

术,用羊水测定胎儿血型。若胎儿血型与父同,则可提示本病的可能;若与母同型,则可排除本病。我院曾对9例ABO血型不合可疑的孕妇作过羊水血型测定,其中1例与母同型,娩出婴儿无异常发现,7例与父同型,娩出婴儿血型与羊水预测相符。

三、关于治疗问题:孕期存在ABO血型不合,如何使胎儿免受影响,目前尚无有效办法。岛田信宏采用巴比妥类药物用于预产期前两周预防新生儿溶血症⁽³⁾。本组病例因有流产史,需要妊娠早期治疗,故采用中西药综合治疗。本方茵陈、黄芩、焦山栀清热利湿;当归、白芍有改善子宫血液循环的作用,具有养血功能;桑寄生、川断、杜仲为补肾安胎要药。有学者通过动物血凝抑制试验及凝集吸收抑制试验,初步认为茵陈、黄芩等含有A(B)血型物质,可在胎儿

体内与红细胞竞争抗体,减低A(B)抗体对A(B)红细胞的凝集力,从而保护胎儿。本组32例孕妇,无1例发生流产,婴儿存活率为88.1%,证实本方对胎儿确有保护作用。此外,从本组病例来看,抗体效价高低与胎儿受损程度并不一致,经本方治疗后,抗体效价有升有降或保持不变,可见本方无降抗体的作用,因此我们认为孕前不必为降抗体而进行无效的治疗。

参 考 文 献

1. 赵桐茂. ABO 新生儿溶血症血清学检查. 新医学 1976; 7(9):246.
2. 赵桐茂. 母亲IgG抗A(B)抗体的滴定预报新生儿溶血症的探讨. 上海医学 1982; 5(10):573.
3. 岛田信宏, 他. 前回高ビリルビン血症新生儿. 围产期医学 1982; 12:1241.

经皮穿刺外引流法配合中药治疗胰腺假性囊肿 3 例

河北省怀来县医院 唐宝山

手术治疗胰腺假性囊肿操作复杂,创伤较大,出血和并发症较多,甚至遗留瘘管或逆行感染。我们采用经皮穿刺外引流法配合中药治疗无感染胰腺假性囊肿3例,报告于下。

临床资料 患者男2例,女1例;年龄15~65岁。囊肿形成原因:脾破裂合并胰腺尾部挫伤2例,于伤后10天和2个月发病;胰腺炎后1个半月发病1例。诊断依据:(1)上腹部钝伤或胰腺炎后上腹部囊性包块;(2)尿淀粉酶(温氏法)增高(1例尿淀粉酶为256u,2例囊内液尿淀粉酶值分别为1024、4096u);(3)X线钡餐造影胃大弯侧常受压变形或将胃体部向右前方推移。

方法与结果 (1)经皮穿刺置管外引流术:经B型超声波扫描明确胰腺区液性暗区径线大小、囊肿壁厚薄及与周围器官的关系,并选定距体表最近的穿刺点。在选定的最佳穿刺点处作局部浸润麻醉,用套管针穿刺进入囊肿后置入F14号导尿管即可,逐日记录引流液量。(2)内服中药煎剂:此证系瘀血与痰饮搏结中脘,形成“积”或“癥”,脉象弦缓或弦滑,舌质红,苔白厚或黄。治宜祛瘀散积,健脾化痰,取沈氏血癥丸随症加减,每日1剂,水煎300ml分2次服。自引流后服22~54剂,囊肿全部消失,经3~11年随访均健在无复发。

典型病例 李××,女,65岁。于2个月前上腹部突发剧烈疼痛,呕吐频繁,不能进食,诊断“急性

胰腺炎”,经治好转,半个月后复发一次。近半个月左上腹憋胀有包块,进食减少,有时呕吐。左上腹肋弓下可触及12×10cm大小囊性包块,质中等硬,光滑,活动度差,轻压痛。B型超声波扫描在胰腺尾部有15×13×10cm大小液性暗区,囊壁较薄。X线钡餐胃大弯受压,胃体部被推向右前方。血红蛋白9g,白细胞13900,尿淀粉酶16u。诊断为胰腺尾部假性囊肿。在B超引导下经皮穿刺置F14号导尿管,引流出褐色液体1000ml,测尿淀粉酶1024u。引流液初为每天200~250ml,7天后不足50ml,35天后引流液消失,40天拔管。B超扫描仍有6×5cm大小液性暗区。脉象弦滑,舌红尖部有红点,苔白厚,治以活血化瘀,软坚散结。当归12g 赤芍12g 桃仁12g 川芎10g 红花10g 三棱12g 莪术12g 大贝母10g 花粉12g 枳壳12g 白花蛇舌草30g,水煎服10剂。100天后B超扫描检查,囊肿完全消失,随访3年无复发。

讨 论 (1)应用经皮穿刺外引流治疗胰腺假性囊肿是由传统的外引流术简化而成的,在B超引导下选择最佳穿刺点,引流畅通且囊液不外漏,不会发生腹膜炎。不必等待囊壁增厚,可争取及早引流。(2)配合活血、化痰中药能调节改善局部血流量和微循环功能,改善毛细血管通透性,减少囊内渗出液,刺激吞噬细胞功能,加速囊肿组织的吸收愈合过程。活血药多有抗菌消炎作用,可防止逆行性感染。