维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 1997 年第 6 卷第 4 期总第 24 期

输卵管两端结扎切除绝育术应用的体会

浙江省绍兴市第二人民医院　秋云美

（浙江绍兴，邮政编码 312000）

输卵管两端结扎切除绝育术是一种简便有效的方法。本人于 1984 年对 500 例育龄妇女采用了输卵管两端结扎切除绝育术，其中浙江省瑞安县 122 例，苍南县 378 例，经 2～10 年随访只有一例再孕外，无其他远期并发症，本文将本术式作一回顾分析。

临床资料

1. **对象**：以农村妇女为主共 500 例，年龄不超过 38 周岁，胎次均是 3 胎以上，其中已孕做结扎术 12 例。

2. **手术方法**：手术的适应症、禁忌症、术前准备与检查、麻醉方法、切口选择、进腹及关腹步骤均按《节育手术常规》执行。在提取输卵管（本术提输卵管均是采用提钩法）时强调伞端见面，无误后，由助手以右手用组织钳挟住其峡部并提起。并用两把止血钳从输卵管系膜血管最少的地方向对方向穿入并钳住输卵管两端（即近端及远端），用组织剪切除两端中间部分约 0.2～0.3cm，当然切得更长些效果更佳，再用 4 号丝线结扎两端使之游离，或者再可用 4 号丝线于近端 0.2cm 处再贯空结扎加以牢固。至此，完成一侧输卵管结扎。再以同法结扎对侧输卵管。

3. **手术效果**：500 例中成功 499 例占 99.8%，失败受孕一例占 0.2%。

讨　论

1. 改进输卵管结扎的方法，其目的为提高手术效果，减少并发症，缩短手术时间为受术者乐于接受。输卵管结扎术通过百余年来的长期实践，不断改进，筛选，存下不过 10 种左右，目前我国最普遍采用的主要方法有两种，一种是切开系膜输卵管部分切除，近端（或两端）包埋法，另一种是输卵管双折结扎切除法（Pomerey 氏改良法）。而本术式是 Pomerey 氏改良法的基础上加以改变。据报道，双折结扎切除法失败率约 0.3%。切开系膜输卵管部分切除近端包埋法失败率约 0.2%。失败的原因，公认第一位是输卵管管腔重通，其次是输卵管新生伞、输卵管内膜异位和输卵管腹腔瘘管等。新生伞主要发生在伞端切除法，输卵管内膜异位多发生于结扎切除法，输卵管管腔重通侧不论是结扎切除法或包埋法均可发生。而本式虽是可逆的，但其失败率仅 0.2%，与包埋法基本相似，而比双折结扎切除法失败率下降 0.1%，本人体会，只要术中仔细，结扎牢固，效果是显著的，其效果原因可能是两端的中间距离宽，由于两端成了不同方向，同一平面的游离，不仅输卵管重新沟通的机会相对减少而有一定关系。

2. 本手术输卵管系膜与血肿无一例发生。系膜血肿与撕裂是术中最常见的并发症，它除在提管时损伤而造成外，尤多发生在止血钳穿入输卵管系膜时。在整个结扎过程中不用穿针缝合、也不需普鲁卡因注入系膜，所以只要提管熟练而动作轻巧，就可以完全避免并发症的发生，受术者在术后腹部不适亦大为减少。

3. 简便、安全、效佳为受术者乐于接受，受术者对结扎的最大顾虑，是怕出问题，怕时间长，本术式熟练者从局麻切皮肤到关腹最快时间为 10 分钟，一般均为 15 分钟，一个手术组用二张手术台，流水操作，每小时可作结扎 5～6 例，当大规模动员结扎时，该术式快速又安全，不影响效果。

（收稿日期：1997－03－24）

阑尾脓肿　分期手术　局解剖

25－28　治疗　10

病解阑尾脓肿浅析Ⅰ期手术

四川省犍为县孝姑中心卫生院外科　彭贤富

（四川犍为，邮政编码 614405）

R656.8

在交通不便，经济落后的农村地区，由于多种原因，致部分急性阑尾炎以阑尾脓肿的形式就诊。1988 年以来，我们共收治该病 75 例，在不同时期，受不同治疗观点的影响，曾给予脓肿切开引流，经皮穿刺抽脓、单纯保守治疗及Ⅰ期手术。通过对Ⅰ期手术病例的局部病理解剖的分析，我们认为阑尾脓肿的治疗应以Ⅰ期手术为主。若处理得当，既可切除阑尾及大网膜病灶，又可彻底清除脓液，达到Ⅰ期治愈之目的，从而缩短治疗时间，减轻病人痛苦。现对治疗经过及分析结果总结如下。

维普资讯 http://www.cqvip.com

临床资料

一、Ⅰ期手术：本组病例 55 例，其中男 31 例，女 24 例。年龄最小 3 岁，最大 74 岁。发病时间最短 3 天，最长 70 天。其急性阑尾炎病史 52 例，慢性阑尾炎病史 3 例。并高热 9 例，不全肠梗阻 3 例，伴高血压病 1 例，风心病 1 例，肺气肿肺心病 2 例。术前诊断阑尾脓肿 46 例，术后诊断 9 例。

1. 局部病理解剖：①术前右下腹触及包块 46 例，未触及 9 例。直径最小 5cm，最大 20cm。术中脓液最少 5ml，最多 600ml。②由大网膜、局部肠管、腹膜共同包裹形成脓肿 32 例；大网膜、局部肠管包裹 9 例；大网膜包裹 7 例；局部肠管及腹膜包裹 6 例；腹膜后间隙包裹 1 例。③术中切除阑尾 53 例，阑尾全部液化坏死 2 例。阑尾呈化脓性改变 3 例，坏疽性改变 50 例，其中全部坏疽 8 例，部分坏疽 42 例。穿孔 51 例，其中根部穿孔 10 例，尖端穿孔 9 例，其它部位穿孔 32 例。脓腔内见粪石 5 例，蛔虫 1 例。④大网膜形成炎性团块 45 例。其中化脓性 23 例，部分化脓坏疽性 19 例，坏疽性 3 例。团块直径最小 3cm，最大 10cm。⑤脓肿位回盲部 44 例，结肠旁沟 6 例，盆腔 4 例，腹膜后位 1 例。⑥肿块粘连不活动 53 例，游离活动能托出腹腔 2 例。疏松粘连分离较易 50 例，致密粘连分离较难 5 例。

2. 治疗经过：以上病例经腹直肌旁切口 33 例，经腹直肌切口 5 例，阑尾切口 17 例。术中钝性分入脓腔时，立即吸尽脓液，分离阑尾后常规处理并切除大网膜炎性团块。若根部坏疽穿孔或阑尾液化坏死致残端处理欠佳时，尽量用阑尾系膜、相邻脂肪结缔组织、大网膜等覆盖残端，用双氧水、生理盐水冲洗局部脓腔及切口。术中根据需要留置硅胶负压引流管 1 根（注意不压迫残端），术后行负压球吸引。拔管时间最短 1 天，最长 4 天，平均 2 天。术前及术后常规应用氨苄青霉素、庆大霉素、灭滴灵静滴，时间最短 3 天，最长 9 天，平均 4 天。

3. 治疗结果：切口一期愈合 50 例，切口感染化脓 4 例，肠瘘 1 例，无其它并发症出现。感染切口经换药 1 月左右愈合。肠瘘表现为切口钻出蛔虫伴少许肠液漏出，术后一周痊愈。

二、非Ⅰ期手术：本组病例 20 例，其中男 12 例，女 8 例。年龄最小 27 岁，最大 80 岁。发病时间最短 3 天，最长 10 天。右下腹包块直径最小 5cm，最大 15cm。伴高血压病 1 例，冠心病 1 例，肺心病 1 例。治疗分别为：①经腹壁切开引流 5 例，切口愈合时间平均 30 天，其中 1 例遗留腹壁窦道，2 例半年内复发阑尾炎，行手术切除。②经皮穿刺抽脓 10 例。首次抽吸最少 5ml，最多 100ml，抽吸次数最少 1 次，最多 5 次，为隔日抽吸。首次治疗结束后，半年内复发阑尾炎 3 例，均行手术切除。③保守治疗 5 例。对右下腹触及较小肿块者，予以抗生素治疗，首次治疗结束后，半年内复发阑尾炎 3 例，行手术切除。

以上病例常规应用氨苄青霉素、庆大霉素、灭滴灵静滴，或症状好转后改肌注或口服给药，时间最短 4 天，最长 11 天，平均 6 天。再次复发后，手术切除之阑尾可见慢性炎症样改变。

讨　论

一、Ⅰ期手术病例局部病解分析

阑尾脓肿中，病灶的局部病理变化是多种多样的，可为充血水肿，化脓坏疽及液化坏死，亦可以某种变化为主多种形式并存。通过分析，可见以下特点：①阑尾脓肿多由大网膜、局部肠管及腹膜共同包裹形成，以回盲部多见，其大小与包裹脓液的多少及临床症状并非具比例关系。②阑尾多呈部分坏疽及穿孔改变。亦可全部坏疽、液化或仅为充血水肿加尖端坏疽等。而根部化脓、坏疽或穿孔、液化只占一部分，本组约 30%。③大网膜炎性团块多呈蜂窝样化脓性改变，或化脓、坏疽并存，亦可全部坏疽。④连系整个肿块的连接多为疏松粘连的炎性组织，从以上特点可见，该病病灶不仅由阑尾及局部包裹脓液组成，同时还由大网膜炎性团块共同组成，揭示了有必要通过 1 期手术切除整个病灶，从术中情况看，切除整个病灶是可行的。

二、Ⅰ期手术的必要性和可行性

在阑尾炎的发病过程中，阑尾脓肿的形成表明炎症扩散与机体防御反应处于动态平衡之中[1]。其变化不外乎：①脓肿继续局限，脓液吸收，炎症消退，疾病痊愈。②在一定的时间内保持相对稳定，临床上疾病暂无明显变化。③感染扩散，脓肿破裂或其它并发症出现等。而对阑尾脓肿采取Ⅰ期手术，通常认为可能引起：①感染扩散。②术中损伤局部炎性器官。③术后肠瘘出现等，尤以肠瘘处理较麻烦。通过以上治疗及局部病解分析，我们认为：

1. Ⅰ期手术固然可因手术创伤或分离已包裹之粘连而有促使感染扩散的一面。但是，切除阑尾和网膜团病灶，长久清除脓液，则因病灶的解除，从而使疾病向好转方向转变，最终有Ⅰ期治愈的机会。另外，急性阑尾炎并弥漫性腹膜炎通常行急诊手术。而阑尾脓肿相对来说是机体抵抗力强，或细菌毒力弱等致病因素综合作用的结果，是该病的相持阶段，在此条件下行Ⅰ期手术，较之更为安全。临床上，部份病例在高热、感染症状重或伴不全肠梗阻时就诊，若仅切开引流或采取其它保守疗法，由于病灶存在，仍有病情迁延或加重的可能，到时再行手术，势必增加手术风险，以及术后恢

维普资讯 http://www.cqvip.com

复较慢。最近，收治一男性 60 岁病例，因转移性右下腹痛伴出现包块 7 天，全腹痛、畏寒、高热 2 天就诊。发病以来，曾在当地静滴氨苄青霉素、庆大霉素、灭滴灵等无好转。入院 1 小时，出现感染性休克，经短暂抗休克治疗后行急诊手术，术中见阑尾及直径 7cm 的网膜团全部坏疽，局部包裹脓液 150ml，全腹散在 10 余处包裹性积液，经彻底分离所有脓腔后，常规处理，术后 10 天治愈出院。该病例再次说明了当机立断尽早手术仍很重要。

2. 阑尾脓肿是一个包裹的炎性团块，多数病例发病时间较短，所形成的粘连多较疏松，术中分离困难不大。具慢性阑尾炎病史者，部分粘连较致密，分离较难。但是，在良好的术野暴露下，术中操作以轻柔仔细，其局部器官的人为损伤完全可以避免，整个手术操作亦并非很难。为此，在切口选择上，以右侧腹直肌旁切口较好。若采用阑尾切口，由于术野暴露差，对部分肿块大，粘连重的病例，手术操作较难，甚至带来难以预料的后果。

3. I 期手术是否出现肠瘘之关键是根部的处理。它与阑尾的局部病理改变关系密切。很显然，根部化脓、坏疽或穿孔、液化，则残端处理较难，是术中应特别注意的部分。若根部仅为充血水肿，则处理较容易。另外，根部处理不满意时，术中留置负压引流管，为引流局部渗出，预防肠瘘等不利因素提供了较好的监测与预防手段。况且，回盲部瘘，由于位置较低，不致造成水与电解质紊乱或营养障碍[2]，对机体影响相对较小。以上病例通过各种方式处理残端后，出现肠瘘 1 例。该例为 3 岁小儿，病程 3 天，脓肿直径 5cm，术中阑尾全部坏死液化，回盲部见直径 1.5cm 粪石及穿孔，修补术后 3 天，切口钻出蛔虫 1 条伴少许肠液漏出，术后一周愈合。由此可见，若残端处理良好，出现肠瘘仅为极少数。总之，因顾忌有肠瘘的可能而对所有病例采取非 I 期手术是不合适的。

4. I 期手术不可避免的人为的破坏包裹屏障，使脓液扩散，以致病原菌经局部蔓延或经淋巴道、血道扩散[3]。术前足量应用抗生素，为机体提供有效的杀菌药物浓度，为可能扩散的病原菌起预防性杀灭作用，其原理与抗生素选择过程中的药物敏感试验相似。又因该病病原菌多为肠道内的各种革兰氏阴性杆菌和厌氧菌[4]，且多为混合感染，故选择氨苄青霉素、庆大霉素及灭滴灵。临床上，由于手术时间一般不长，未予术中给药，而采用术前、术后静脉给药，尤强调术前用药。

总之，I 期手术能迅速的彻底清除病灶，阻止疾病向炎症扩散方面发展。在良好的术野暴露下，术中操作轻柔仔细，足量应用抗生素，加强支持疗法等，为该病的 I 期治愈提供了有利的因素，开展 I 期手术是必要的和可行的。

三、非 I 期手术的回顾与认识

1. 过去，我们对感染症状重或肿块较大的病例多行麦氏切口引流。由于手术目的是引流，切口较小，为防止脓液扩散，术中不做较多分离，到达脓腔即可，病灶难以切除，术后引流口愈合较慢或形成腹壁窦道。可以设想，若病变继续加重，渗出不断，或阑尾穿孔，其穿孔通过脓腔与切口相交通，则人为的造成回盲部到腹壁外的通道，以致长期不愈。另外，部分深部脓肿，在分开脓腔时，脓液有可能溢入腹腔，致脓夜扩散。若脓腔中脓液较少，则因流量太少，以致切开引流似乎没有太大的意义。1 年前，对一 7 岁小儿，高热，病程 1 周，肿块直径 6cm 病例行切开引流术，术中引流脓液 20ml，术后 2 月切口方愈，且术后 1 年内反复发作阑尾炎症史 3 次，均在当地经抗生素治疗好转，最后仍予手术，切除一粘连扭屈的阑尾而治愈。

2. 经皮穿刺抽脓能减少脓液，达到与切开引流相同的目的。可以设想，以阑尾已经“自切”（全部液化坏死），或即将“自切”（全部坏疽）病例来说，若伴其它疾病如糖尿病，或不能耐受手术等，经皮穿刺抽脓简便易行，若在 B 超引导下，则准确性更高，但是，对脓液的彻底抽吸仍较困难，常需多次抽吸，且穿刺针通常较大。若脓腔外由大网膜、肠管包裹，则有损伤血管或肠管之可能，而位置较深，如后腹壁或腹膜后伴，则不利行此方式。

3. 对一般情况好，肿块较小者，予以保守治疗。在治疗中，抗生素的应用较为重要。对该病来说，脓肿的形成及周围组织充血、水肿，或包裹团块中动静脉血栓形成，致局部血循环障碍，最终通过血循环到达脓肿的抗生素的量或浓度减少，致有效作用减弱。与此同时，脓肿的存在，毒素的吸收不可避免，并且，脓液的吸收，炎症的消退受多种因素的制约，需要一定的时间，在这段时间中，患者可因发热，腹痛、纳差等，使机体处于消耗状况下，仍有感染扩散的一面。

总之，非 I 期手术未予彻底清除病灶，治疗时间长，抗生素及其它药物应用总量较大，并且，首次治疗结束后，除极少数阑尾“自切”病例外，绝大多数仍可遗留一管腔狭窄、管壁增厚、粘连扭屈的阑尾，成为慢性阑尾炎的病理基础，以致再次复发，最终仍需手术。二次治疗的结果，增加了病人的精神及肉体痛苦，也加重了经济负担。

四、结论：综上所述，阑尾脓肿的局部病理改变是多种多样的，临床上，对每一病例来说，在术前并不易确切得知，通过对 I 期手术病例的局部病解分析，以及对非 I 期手术病例治疗结果的回顾与认识，我们认为阑尾脓肿的治疗以 I 期手术为主。

28-29 11 维普资讯 http://www.cqvip.com

强力碘作为手术人员手臂消毒和术野消毒的临床效果观察与评价

新疆奎屯前山医院外科 魏安民 魏艳雪
（新疆奎屯，邮政编码 833207）

提要 强力碘（碘伏 1 号）是目前临床应用的广谱高效消毒药，从 1992 年 6 月至 1997 年 6 月，我们将该药应用于手术人员手臂消毒和手术术野消毒，随机抽样取点检查，消毒后 1 分钟，取点细菌培养，结果为少量细菌、真菌生长，二次消毒后，1 分钟取点细菌培养，结果为无菌生长，1 小时、2 小时、3 小时分别细菌培养，结果为无细菌、真菌生长，4 小时后再次细菌培养，结果为少量细菌，真菌生长。我们认为强力碘与过去传统消毒化学药物相比，外用灭菌消毒效果更好，且使用方便、经济、安全，作为外用灭菌消毒性治疗，值得推广应用。

关键词 强力碘 外用灭菌消毒。

强力碘[1]为含有效碘 0.5%的水溶液，对各种细菌、病毒、真菌均有强大的灭活力，主要用以取代碘酒，用于皮肤、粘膜，医疗器机械的消毒。我院外科、妇科从 1992 年 6 月至 1997 年 6 月将该药应用于手术人员手臂消毒和手术术野的消毒，临床效果满意，报告如下。

临床资料

一、消毒方法：手术人员手臂消毒，共 3364 人次，手术人员用肥皂及清水将手及前臂清洗一次，用消毒刷沾 20%软肥皂刷洗指尖、手指、手掌、手背、前臂至肘关节以上 6cm，清水冲洗后，反复进行 3 次，清水冲洗干净，擦干，用消毒纱布或棉球沾强力碘液擦洗双手、前臂一遍，1 分钟后，随机抽样对甲下，指间、手掌、手背、前臂及肘关节后侧取样进行细菌培养，结果为少量细菌、真菌生长，强力碘擦洗二遍后 1 分钟，进行细菌培养，结果为无菌生长。

二、手术术野消毒，共 1264 人次，其中男 612 人次，女 652 人次，年龄最小 4 岁，年龄最大 79 岁。手术名称为：阑尾切除术 662 人次，（其中化脓性阑尾炎 342 人次，坏疽性阑尾炎 196 人次，单纯性急性阑尾炎 124 人次），腹股沟疝修补术 282 人次；剖腹探查、胃大部切除术、胆囊切除、胆总管探查术、胆肠吻合术、甲状腺次全切除术、子宫次全切除术及剖宫产手术共 320 人次。术野常规备皮后，用消毒棉球或纱布浸透强力碘，按顺序擦手术术野一遍，1 分钟后，随机抽样根据手术名称的不同，分别对颌下、胸骨上窝、肋缘下、脐内、腹股沟区取样细菌培养，结果为少量细菌生长。擦洗 3 遍后，1 分钟再次对上述部位取样细菌培养，结果为无菌生长。

三、观察强力碘对皮肤持续消毒灭菌时间：估计手术操作 4 小时以上手术病例，强力碘消毒二遍后，分别在 1 小时、2 小时、3 小时、4 小时取样细菌培养，结果为 1 至 3 小时内消毒部位为无细菌及真菌生长，4 小时后为少量细菌、真菌生长。故手术完毕后切口部位再消毒灭菌一次。

效果观察

一、全部手术病例，术后观察 1 至 10 天，重点观察感染性病例手术切口及全身情况术后拆线时间为 5～7 天，其中化脓性阑尾炎术后切口感染 3 例、肠切除、肠吻口术后切口感染 2 例、单纯性急性阑尾炎切口感染 1 例、十二指肠球部溃疡穿孔修补术后切口感染 1 例、剖宫产术后切口感染 1 例、其它手术切口均一期愈合，手术切口感染率[1]为 0.63%。比国内近几年统计数字切口感染率 3～4%明显降低。

二、抽察 1989 年 6 月至 1992 年 5 月同期手术 826 例，术后 3 天，6 天，9 天发生切口感染 11 例，切口感染率为 1.34%。

三、该药临床应用 5 年来，经临床观察，无论是手术人员手臂消毒或是手术术野消毒，无发生皮肤药敏现象及其它不良反应。

参考文献

1. 钱礼主编．腹部外科学，第 1 版，上海：人民出版社 1973：380.
2. 裘法祖主编．外科学，第 4 版，北京：人民卫生出版社 1995：487.
3. 武忠弼主编．病理学，第 3 版，北京：人民卫生出版社 1995：120.
4. 裘法祖主编．外科学，第 4 版，北京：人民卫生出版社 1995：482.

（收稿日期：1997－03－09）