维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 1996 年第 5 卷第 4 期总第 20 期

SWY—A 型电控器治疗小儿急性肠套叠 100 例体会

鞍山钢铁公司立山医院外科 杨铁成 那继东
鞍钢眼前山矿职工医院外科 全厚民
（辽宁鞍山，邮政编码 114032）

R725.743

肠套叠是小儿常见急腹症之一，若不及时治疗可因肠管坏死并发腹膜炎，中毒性休克而危及生命。自 1986 年 4 月开始，作者采用 SWY—A 型电控肠套叠诊疗仪对小儿急性肠套叠进行诊治，至 1996 年 5 月止共 100 例（110 人次），总治愈率达 95%，现结合病案分析，将诊治体会进行报告。

临床资料

一、一般资料：1. 年龄与性别：本组男性 62 例，女性 38 例，年龄最小 3 个月，最大 8 岁，其中以 8～24 个月小儿多发。2. 发病距入院时间最短 6 小时，最长 72 小时；平均住院日为 1.8 天。3. 病例来源：本组由儿科转入 10 例，入院前曾被误诊为：上呼吸道感染、消化不良、肠系膜淋巴结炎等，其余 90 例由门诊介绍入院。

二、SWY—A 型电控肠套叠诊疗仪技术操作简介：操作前半小时给肌注阿托品 0.01mg/kg；冬眠灵 1mg/kg，并用开塞露 1 支灌肠排净直肠内粪便，然后按下列顺序进行：1. 将带有气囊的肛管或导尿管放入小儿肛内，气囊部分注入空气 30mg 后钳夹，肛管部分与电控诊疗仪的注气管接通。2. 打开电源开关，先从低压顺序增压开始注气，由于每 10mmHg 为一单位，所以每提高一单位时均有绿色信号灯显示。气体从低压（50mmHg）进入结肠后当遇到套叠鞘部时因通过受阻而出现红灯报警，这说明肠套叠诊断正确，如能配用 X 线监视便在萤光屏上出现“杯口”状改变。3. 根据小儿的精神状态、呼吸和腹部变化，注意反复注气，并适当按顺序增压，当红灯不再报警并且每一单位的绿色信号灯迅速熄灭时说明肠套叠复位成功，X 线萤光屏上可看到肠套叠的鞘部逐渐回退，最后消失，气体顺力进入小肠。小儿也表现安静，腹块消失。4. 排出肠内气体，撤除气囊肛管，给小儿口服活性炭 1g，液状石蜡 30ml，观察 6～8 小时后洗肠，注意排泄情况。

三、治疗转归和疗效判定：本组 100 例，总计 110 人次急性肠套叠采用上述方法诊治，结果诊断正确率达 100%，治愈 95 例，另有 5 例中转手术。术中发现回肠重复畸形并发回肠套叠 1 例，另 4 例均为回回结肠型复套。由于回肠套叠鞘部甚紧，肠壁已苍白变薄，如继续注气加压便有发生穿孔可能，分别做了肠切除术。按疗效判定，本组有效 95 例，显效 5 例，故总治愈率为 95%。

讨论和体会

一、小儿急性肠套叠的早期诊断问题：急性肠套叠是小儿最常见的急腹症，据小儿外科专家们讲，我国的发病率高于国外。小儿肠套叠发生的病因目前仍尚未明了，但专家们认为可能与小儿的饮食变化，腺病毒感染，肠管本身病变（如息肉、憩室等）以及小儿的生理解剖特点有关。这些因素都能促使小儿肠管蠕动节律发生改变，进而诱发套叠。当肠套叠发生后，小儿表现有阵发性哭闹、呕吐、腹部包块和血便的症状和体征。本组病例发病距入院时间分别为 6～12 小时，并且绝大部分已有血便，这表明已不是早期，通过对 SWY—A 型电控肠套叠诊疗仪的运用，我们体会，该仪能对肠套叠早期正确诊断并且还可直接治疗，明显优于其他方法。同时也避免了因症状和体征表现不典型的早期误诊和晚期出现的各种并发症。

二、对 SWY—A 型电控肠套叠诊疗仪的诊治原理探讨和疗效判定：该仪主要是通过空气在肠管（主要是结肠）内的压力变化来诊断和治疗肠套叠的。诊治时如能在 X 线监视下进行更为妥当（为了便于观察和减少 X 线的辐射，我们在萤光屏上按装有增强器，每次射线仅有 0.5 毫安，一般无不良影响）。我们体会，当肠套叠发生后，注入的气体通过受阻导致肠内压增高，诊疗仪上的指示灯闪亮说明了诊断正确，此刻通过提高注气的增压和反复排气，注气方法迫使套入的鞘部后退直至复位止，一旦复位后气体顺力进入小肠，结肠内压力下降，这时指示灯逐一熄灭，说明治疗成功。上述这些改变在 X 线萤光屏的增强器上可以看得清清楚楚。本组病例从开始注气至复位止，最

维普资讯 http://www.cqvip.com

短只需 3 分钟，最长达 120 分钟，除 5 例中转手术外，其余 95 例全部治愈。值得说明的是，中转 5 例手术者，均是小肠套叠（1 例是回肠重复畸形并发套叠，另 4 例为回回结肠型复套，并且肠壁有坏死穿孔可能），根据疗效判定，本组 100 例有效 95 例，显效 5 例，诊断正确率达 100%，治愈率达 95%。

三、SWY—A 型电控肠套叠诊疗仪的优点：该仪操作简单，易掌握，经济实用，有无 X 线装备均可使用，可在基层医院推广，2. 由于是电控，并且肠管注气由低压顺序增压，可避免肠穿孔等并发症，3. 不用麻醉，复位后观察 6～8 小时后便可进食，可以不住院。4. 经与 X 线下钡剂灌肠复位法、纤维结肠镜复位法、B 超监视下生理盐水灌肠复位法相比较更具有方法简单，不用麻醉和并发症少的优点。

参考文献 略

（收稿日期：1996—08—24）

先天性前列腺缺如 1 例

山西铝厂职工医院普外科 **张玉亭**

（山西河津，邮政编码 043300）

患者，男，55 岁。因无痛性肉眼全程血尿半年，经膀胱镜检及取活组织检查诊断为"移性细胞癌"入院。既往史：20 岁结婚，性生活正常，每次精液量约 2～5ml，现有 2 男 1 女孩。查体：外生殖器发育正常，血及大便常规正常，尿常规红细胞满视野。入院诊断：膀胱癌。

手术所见：膀胱底及膀胱体多发性乳头状灰色肿瘤，充分游离膀胱达前列腺部尿道，发现局部空虚，未触及前列腺，肛诊仍未触及前列腺。自尿生殖膈上方切断尿道。术后病理检查诊断为膀胱乳头状移行细胞癌，前列腺部尿道未见前列腺样组织。

讨论：先天性前列腺缺如在临床上罕见。无论男性或女性，在胚胎早期都可发生一对中肾管和一对副中肾管（亦称苗勒氏管）。苗勒氏管，中肾管及尿生殖窦的正常分化是由胎儿睾丸分泌的两种激素引导的。其中间质细胞产生的睾酮可以刺激尿生殖窦生长并分化成为前列腺的外周区，同时刺激中肾管分化成为前列腺的中央区及附睾、输精管及精囊。睾酮是胎儿性腺的主要分泌物并且是中肾管细胞内的活性雄激素，而共同原基的活性雄激素是二氢睾酮，如果有 5α—还原酶选择缺陷，那么诸如前列腺及外生殖器就会分化异常，而精囊及其它中肾管结构则不受影响。本例术中由于寻找前列腺费时很多，增加了局部损伤及出血，如果在术后行肚诊、"B"超、CT 等检查，且了解前列腺分化知识，则对手术顺利进行起很大帮助作用。

（收稿日期：1996—05—27）

积极行动起来迎接第四届局解手术学年会的召开

中华医学会外科学会局解手术学学组自 1990 年 10 月于重庆第三军医大学建组并召开首届学术年会以来，至今已走过 6 个年头。重庆会议后又于 1992 年 7 月在锦西中国医科大学培训中心、1994 年 8 月在西安临潼空军疗养院相继如开了第二、第三届学术年会。

局解手术学学组从建组之日起即着手创办自己的学术刊物《局解手术学通讯》，1992 年将通讯改版为《局解手术学杂志》，至今已出版发行 5 卷 20 期。

局解手术学学组在全国知名专家教授关怀指导下，通过学组全体成员的共同努力与申请于 1993 年经中华外科学会常委会讨论，批准我学组正式归属于中华外科学会领导，从此对我学组的建设，工作开展以及对该学科的发展都起到了重大推动作用。

从历届三次年会的召开，不难看出学组组织机构日趋完善，参加会议的院校代表逐年增加，学组刊物《局解手术学杂志》出版印刷质量、发行数量也在逐步提高，学组知名度在全国具有一定影响，

几年来由于学组成员的努力工作，时号召全国医药院校从事局解手术学教学的同行起到了组织联络作用，对局解手术学课程的教学起到了一定的推动作用，课程逐渐得到人们的重视，不少院校组建了局解手术学教研室统一教学，如延安医学院等。（下转第 16 页）