维普资讯 http://www.cqvip.com

溃疡病，穿孔，气腹征，消化性溃疡

常。体重增加。无反流呕吐，X 线钡餐检查无狭窄及反流征象。

讨 论

1913 年 Heller 用双侧（前后壁）食管贲门粘膜外肌层切开治疗贲门失弛症，1923 年 Zaaijer 将 Heller 术改良为单侧食管前壁肌层切开术，沿用至今。改良的 Heller 术是否需附加抗反流手术，一致是大家争论的问题。

本组 5 例病人，3 例经腹行 Heller 氏术加抗反流术，2 例经胸行单纯 Heller 氏术。术后均无反流发生。我们认为经胸手术无需附加抗反流手术，而经腹手术则需附加抗反流手术。理由是：(1) 经胸手术显露食管贲门充分，食管肌层切开彻底准确，避免切开胃肌过长，仔细解剖，可减少对左迷走神经干及分支的损伤。Csendes 等[1]认为，胃壁肌肉并不参与失弛缓的形成，因此由食管继续向胃壁切开时，长度不超过 1cm，以 0.5cm 为宜，否则可切断 Helvetices 环，造成反流。另经胸手术可避免损伤膈疝。(2) 经腹手术需加抗反流手术，因为经腹手术对食管下段游离的范围较经胸者广泛，破坏了膈食管韧带的完整性，易导致术后发生反流[2]。另经腹手术食管往往显露不佳，食管肌层切开不够，而胃侧肌层切开过长。胃壁肌层切开的部位越长，越易损伤迷走神经支，使胃壁张力减退，亦增加了反流发生率，故经腹手术时附加抗反流手术可减少术后反流发生。

本组 2 例经胸手术，胃壁切开均在 1cm 以内并可清楚地将迷走神经游离出并加以保护。而经腹手术 3 例由于胃壁受牵拉影响，胃壁肌层切开不易准确掌握，均超过 2cm，故均附加幽门成形术。Jara 等曾证实，贲门肌层只要切开 2cm，即 100% 发生反流。究竟经胸还是经腹途径手术，由术者习惯而定，各有优缺点。作者认为经胸途径手术更宜。由于本组病例少，故小儿贲门失弛缓症的手术方式尚需进一步研究。

参考文献

1. Csendes A, et al. Late subjective and objective evaluation of the results of eskphagomyotomy in 100 patients with achalasia of the esophagus surgery 1988; 104: 469.
2. 徐启明，等．贲门失弛症的外科治疗，中华胸心血管外科杂志 1993; 9: 99.

（收稿：1994－03－29）

26－27

溃疡病急性穿孔气腹征阴性 65 例

济南铁路局临沂铁路医院外科 任志国

山东省临沂地区人民医院外二科 曹玉军

（山东临沂，邮政编码 276004）

R656.62

自 1985 年 1 月至 1992 年 12 月，我们两院共收治溃疡病急性穿孔 518 例，其中 X 线检查气腹征阴性者 65 例。为探索气腹征阴性的原因，将 65 例报告分析如下。

临床资料

本组 65 例，男 41 例，女 24 例，年龄 18～66 岁，30～48 岁 39 例，占 60%。穿孔至入院时间最短 3 小时，最长 42 小时，24 小时内入院者 38 例，占 58.5%。全部病例均经手术证实，其中十二指肠溃疡穿孔 39 例，胃溃疡穿孔 26 例，均为胃窦、幽门管溃疡。术前确诊 52 例、误诊 13 例。穿孔单纯修补术 44 例，胃大部切除术 21 例本组病人无死亡。

气腹征阴性原因

本组 65 例入院后均经立位 X 线腹透或摄片检查，分析气腹征阴性原因大致为如下几类：

1. 穿孔小、穿孔后不久被大网膜或食物颗粒将穿孔填塞。本组有十二指肠溃疡穿孔 18 例，胃溃疡穿孔 8 例，术中见穿孔已被大网膜或食物堵塞、且穿孔直径均在 0.5cm 以下。

2. X 线检查时穿孔时间短，本组有 8 例病人穿孔时间在 3 小时内行 X 线检查，均为十二指肠球部溃疡穿孔。分析其原因可能为穿孔后幽门痉挛，胃内气体不易通过穿孔进入腹腔，或进入气体

维普资讯 http://www.cqvip.com

11303(14)

过少，不易被发现。

3. 入院时间过晚，本组有 16 例入院时间在 36 小时以上，可能胃肠道逸出的少量气体被吸收。

4. 解剖上原因，腹腔内原有粘连，特别是肝脏与膈肌粘连、气体不能进入膈顶，或少量气体在左膈下与胃泡、结肠脾曲重迭，不易被发现，本组有 4 例属于这种情况。

5. 穿孔部位特殊，本组有 5 例穿孔在十二指肠球后壁或胃幽门后壁、穿孔又较小，进入腹腔的胃液较少，穿孔被大网膜、结肠系膜等邻近脏器贴附、粘连包裹，很少有气体进入腹腔，或气体进入小网膜囊致膈下无游离气体。

讨 论

X 线气腹征阳性是诊断上消化道穿孔的重要依据之一，如遇气腹征阴性，再加上临床表现不典型者，极易误诊。本组误诊率为 20%；蔡卓华报告一组 80 例溃疡病急性穿孔误诊 15 例[1]，15 例中，7 例未行 X 线检查，6 例气腹征阴性。可见气腹征阴性者误诊率较高，应引起注意，不可过份依赖 X 线检查。

对于气腹征阴性者，许多作者主张气胃造影术[1][2]。我们曾行此检查 18 例，经胃管注入 50ml 空气后检查，有 15 例显示膈下游离气体。这项检查虽可协助确定有否穿孔，但对穿孔已被粘连、填塞者，无疑将增加腹腔污染的程度，并且这项检查也有阴性者。因此，我们主张在决定手术探查前进行。

参考文献

1. 蔡卓华. 溃疡病穿孔误诊原因分析. 实用外科杂志 1984; 4 (1): 49.
2. 杨春明. 非典型溃疡病穿孔的诊断. 实用外科杂志 1985; 5 (7): 337.

(收稿：1993—12—06)

27—28

外伤性睾丸脱位的手术治疗

解放军 80590 部队医院外科 王怀湘 聂成科

(河南洛阳，邮政编码 471031)

R699.8

外伤性睾丸脱位较少见。作者在临床工作中遇到 2 例，现报道如下：

临床资料

例 1 男，19 岁。因外伤后右睾丸下降不全 2 月入院。2 月前因车祸致会部开放性损伤，当时无血尿、休克症状。在院外行清创缝合术。术后 1 月余发现右侧腹股沟内侧有一包块。查体：双侧阴囊不对称，右侧阴囊空虚，于耻骨联合外侧可触及一光滑包块，约 3cm×2cm×2cm 大小，边缘清楚，左侧阴囊内睾丸大小、形态正常。B 超示右侧睾丸移位。1991 年 1 月在腰麻下行右侧睾丸复位固定术。术中见右侧睾丸位于耻骨联合外侧皮下，睾丸形态、大小正常，睾丸、精索与周围组织粘连。遂游离、松解睾丸、精索，回纳睾丸并固定于阴囊底部。术后随 2 年，患侧睾丸无萎缩。

例 2 男，35 岁。因车祸致血、气胸、会阴部闭合性损伤 3 小时急诊入院。查体：急性痛苦面容，呼吸急促。气管左移。右胸饱满，语颤增强，叩诊呈浊音，呼吸音减弱。心腹正常。阴囊皮肤肿胀。左侧阴囊内未触及睾丸，于左侧腹股沟区触及一光滑、质中包块。B 超示右侧血胸、左侧睾丸脱位。急诊行右胸腔闭式引流术，会阴部予以冷敷，全身应用抗生素。3 天后拔除胸腔闭式引流管，在腰麻下行左侧睾丸复位固定术。术中见睾丸位于左侧腹股沟区，轻度水肿，与周围组织无明显粘连。顺利实施手术。术后随访 6 月，睾丸大小、形态正常，患者性功能正常。

讨 论

外伤性睾丸脱位是男性生殖系统少见的一种损伤。当睾丸受到直接钝性暴力时，可使其离开阴囊被挤入附近皮下或沿腹股沟管进入腹腔。本组两 例致伤原因均系车祸。

睾丸脱位的诊断多不困难，关键是加强对本病的认识和详细地询问病史、系统的体格检查。对于多发伤、复合伤、尤应注意会阴部的检查。当患侧未触及睾丸时，仍要详细检查会阴部、腹股沟

创伤，睾丸脱位，外科手术