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

维普资讯 http://www.cqvip.com

部、阴茎部、耻骨前、大腿内侧有无类似睾丸样肿块存在，以期做到早期诊断妥善治疗。阴囊血肿严重时，触诊困难，可借助B超鉴别诊断。例1漏诊原因就是缺乏对本病的认识，又未能详细查体，于伤后2月发现腹股沟部包块时方得到确诊。

对合并其它严重复合伤的睾丸脱位，两者应同时治疗。浅部睾丸脱位，早期可冷敷患部，促进水肿吸收。伤后3～4天在麻醉下行手术复位，因此时水肿消退，纤维蛋白尚未附着，较易成功。深部睾丸脱位、或手法复位失败者，或疑有睾丸破裂者，应争取尽早手术探查、睾丸复位固定。早期睾丸复位非常重要，若脱位超过3个月手术复位者，常出现患侧睾丸变小。术后定期随访，注意检查睾丸的位置、大小、硬度及常规精液检查等。

（收稿：1993－10－21）

前置胎盘30例手术治疗分析

浙江绍兴市第二医院　陈卓越　秋玉美　董来娣

（浙江绍兴，邮政编码 321000）

前置胎盘是妊娠晚期出血的主要原因，如处理不当，可危及母儿安全，本文根据本院收治之30例前置胎盘的临床分析，对其病因诊断及处理等问题进行探讨。

一、资料分析

本文收集1987年至1990年收住前置胎盘30例，均经产前B超检查及剖宫产术中，阴道产后胎盘检查证实。同期收住产妇3521人，前置胎盘发病率为0.85%，与国内文献报道相近[1]，其中有3例系晚期妊娠雷佛诺尔引产，宫缩时阴道大出血，经B超诊断为中央性前置胎盘2例，边缘性1例。本组年龄：22～25岁6例，26～30岁12例，30岁以上12例。30例前置胎盘以最后1次B超检查为准：中央性10例，部份性6例，低置性14例，各占37.7%、20%、46.6%。

二、与前置胎盘病因有关因素

30例前置胎盘中初产妇10例，无刮宫史仅2例；经产妇20例，无刮宫史1例。30例中有刮宫史27例，占90%，刮宫1次者14例；2次者8例、3次者4例，4次者1例，总计46次，均数1.48，随机抽取同期分娩数130例，作对照组有刮宫史者24例，占16.9%，1次者18例，2次者5例，3次者1例，总计31次，均数0.24，经统计学处理 $P<0.01$，二者有明显着差异。前置胎盘组中，尚有宫体不全纵隔1例，双胎1例，前次妊娠为前置胎盘死胎1例，胎儿重度，轻度畸形各1例，而对照组无上述情况。

三、出血情况

中央性前置胎盘首次出血在28～35周，部分性与低置性首次出血时间无明显差异，平均约35周，出血次数最多达9次，出血除3例中央性前置胎盘剖宫产术中发生大出血休克外，其余为少量至中等量出血，致孕产妇不同程度贫血。

四、处理及其手术情况

除3例晚期妊娠雷佛奴尔引产者外，凡估计胎儿存活力差者，孕妇无出血性休克，无论何种类型，均予期待疗法。包括休息，吸氧，适时输血，及补充铁剂，其中有5例因有明显宫缩而给予硫酸镁及舒喘灵，并予B超及胎心监护定期复查。27例中，期待时间最长58天，平均0.8天，有效提高围产儿存活率。分娩情况：中央性前置胎盘10例包括两例引产死胎均予剖宫产术结束分娩，余20例部分及低置性中有12例为剖宫产术，其中2例合并产科其它因素，8例经阴道分娩。手术产子宫切口尽量避开胎盘附着处而选择宫体或下段纵切口，下段横切口。术中胎盘附着处出血量＞500ml者15例，占68.1%，3例发生休克。对出血多者使用碘仿纱条局部填压5例，术后24小时内阴道取出均有良好效果，对合并胎盘植入者1例，经处理无效，产妇休克而行子宫切除。

五、围产儿情况

27例中晚期流产1例，自然及医源性早产12例，占44.4%，早产儿死亡2例，足月产儿死亡1例，围产儿死亡率11.5%，与国内文献报道相近[2]。