维普资讯 http://www.cqvip.com

11299(10)

表 2. 两组病例观察指标统计表

组别	观察组	对照组	P 值
例数	101(%)	101(%)	<0.01
人流综合症	1(0.99)	* *30(29.70)	<0.01
*轻微腰酸腹痛	35(34.65)	48(47.52)	<0.01
无自觉症状	62(61.39)	19(18.81)	<0.01
吸宫不全	2(1.98)	3(2.97)	<0.05

* 观察组术中轻微腰酸腹痛症状出现未经处理在 5 分钟内均消失，而对照组症状消失在 5～10 分钟以后。

* * 对照组 30 例人流综合症有 10 例需吸氧及药物对症处理。

表 3. 两组病例手术中使用扩张器情况观察

组别	观察组	对照组	P 值
例数	101(%)	101(%)	
扩张器 从 4.1/2～5 号开始	2(1.89)	80(79.20)	<0.01
通过宫 6～7 号顺利通过	51(50.49)	12(11.88)	<0.01
颈内口 7 号吸管通过	48(47.52)	9(8.91)	<0.01

讨 论

过去在无麻醉的情况下进行人工流产刮宫术，患者虽能承受但常有不同程度的腰酸、腹胀、下腹坠痛，有部分孕妇在手术过程中或手术结束时出现一系列症状，如心动过缓、心律不齐、血压下降、面色苍白、头昏、胸闷、大汗淋漓甚至昏厥等一系列迷走神经兴奋症状，医学上称之为人流综合反应，又称"心脑综合症"。反应轻的于手术后 5 分钟内开始恢复，恢复慢的可持续 1 小时左右，更有甚者，可以出现休克，如抢救不及时可出现心搏骤停。人流综合反应归根结底是由于手术中牵拉子宫或扩张宫颈使迷走神经兴奋引起。使用这种非麻醉性镇痛栓剂，使整个手术中患者基本上不紧张无痛苦，避免了人流过程反应的发生，使手术能顺利进行，这的确是对计划生育的新奉献。由于本药的镇痛效果好，由于用宫术安栓使宫颈口松驰，在行扩宫时顺利并无阻力甚至无需用扩张器，大大减少了患者扩宫时下坠腹痛、宫颈裂伤等并发病的发生。由于使用宫术安栓术中无痛苦、术者操作手术顺利以致流产不全的发生率也相应下降，虽然刮宫不全还有其它方面因素，但无痛术所减少的流产不全是不可忽视的，对宫术安栓的观察限于时间短暂病例较少，关于宫术安栓在人流术中的镇痛效果的探讨有待于同道者共同研究。

参考文献 略

（收稿：1994－03－13）

22－23

应用高选迷切术治疗十二指肠溃疡穿孔 58 例体会

辽宁省营口市第二医院外科 秦克义

辽宁省营口市中心医院外科 秦 冰

（辽宁营口，邮政编码 115003）

R656.62

〔提要〕高选迷切术（HSV）是国外治疗十二指肠溃疡（DU）的首选术式。国内在溃疡复发方面争议颇大，在基层医院很少应用。作者自 1981 年迄今先后应用 80 例。本文仅就合并穿孔并有明确随访的 58 例予以报告。该组均是作者在城乡基层医院病例。随访最长 10 年，最短半年，疗效达 Visck Ⅰ级 48 例，Ⅱ级 10 例，无复发及死亡。治愈率 100%。

作者推荐本文所用术式及随访方法，因为该术式易被掌握，随访方法以自觉症状、钡透或胃镜为主，这较适合国情。

〔关键词〕高选迷切术；十二指肠溃疡穿孔；基层医院。

临床资料

本文收集 1981 年以来，作者在省、市、县级医院所做的 HSV80 例中合并穿孔的 58 例，其中男 56 例，女 2 例，平均 29 岁。病史 2～18 年，均值 8 年。术前有钡透或胃镜资料者 40 例（占 69%），有典型溃疡症状者 50 例（占 86%），有黑便史者 38 例（占 66%）。第二次穿孔者 1 例，穿孔至手术时间 4～18 小时。术后行 BAO 与 MAO 抽测 10 例，逐日降低，3 日后均低于正常人均值，

维普资讯 http://www.cqvip.com

更低于 DU 者，全组术后 3～6 个月，一年均再次钡透或行胃镜检查，自觉症状随访最长 10 年最短半年。方法见参考文献[1]，结果无复发，无远期并发症，近期 8 例上腹闷胀（占 14%），3～4 日自愈，全组达 Visick Ⅰ级者 48 例，Ⅱ级者 10 例，治疗率 100%。

手术方法

麻醉：静脉普鲁卡因复合全麻或硬膜外麻醉。术中加用 0.5%利多卡因腹腔神经丛封闭。

步骤：正中开腹，必要时切除剑突，先行穿孔修补术（S）和腹腔冲洗至洁，于大弯侧窦体交界左右各 4cm，弓内离断胃之血管神经供应，向左上打开胃结肠韧带、脾胃、胃膈韧带，胃右翻，于贲门食管交界处打开浆膜，扪及 Latarjet's 神经后干，予以切断，并稍向食管方向剥离，顺此向下，在可见方便之处，将 Latarjet's 神经后干胃分支连同小血管逐一切断，借以补充万一遗漏罪恶支之不足，但不切开浆肌层，将胃复位，关闭胃结肠韧带，找到前 Latarjet's 神经，认清鸦爪支，切断鸦抓第一支，并距胃小弯缘 0.5～1.5cm 分别将可见之胃分支连同小血管逐一缝扎、切断、暂留线做牵引，然后在两排牵引线间，切开小弯侧全部浆肌层，直到胃底而终，边切边缝，缝时注意内翻浆肌层，以防神经再生。

讨 论

DU 为临床常见病，在基层医院并发穿孔就医者更多见，国内特别是基层医院仍以胃大部切除术治疗为主，这虽是轻车熟路，但并发症多而且严重。单纯修补术又仅是权宜之计。故国内近年来已开始重视 HSV、HSV+S 是国外近二十年来治疗 DU 及穿孔的首选术式，疗效满意。国内对其溃疡复发率一直争议颇大，教科书和手术学上也仅近年来才谨慎地提到[3,5]，至于来自基层医院的临床报告更是寥寥无几。

作者实践体会，在广大基层医院用本文推荐术式应无太大困难，疗效可靠。当然，术者必须熟知 Latarjet's 神经的解剖，作者下乡带领青年医师做 10 例以上后，一般均可独立操作。但应注意适应症的选择。

郑扶民教授推荐之 Visick 氏随访方法[2]简便易行，很适合广大基层医院，在基层医院不仅 DU 病源多而且不切胃，患者，尤其体力劳动者都乐于接受，我们见议开展 HSV 的同时，更及时总结经验，以便对其作出更确切的评价。

HSV 又称近侧胃迷走神经切断术（PGV 或俄文 спв），是在迷干切（TV）和选择性迷干切（SV）基础上发展起来的，它不会产生“全腹瘫”和“胃瘫”。本文仅 8 例术后早期有上腹饱胀感，很快自愈。也可给吗丁啉口服，疗效很好，在具体操作中，麻醉很关键，一定要使腹肌充分松弛，才能保证手术操作顺利，是否行大弯侧去神经术尚有争论，但作者没遇到麻烦，也未遇到小弯坏死、出血、倾倒综合症等并发症。

（作者呈蒙白求恩医大郑扶民教授书面赐教，特表深谢）

参考文献

1. 吴阶平、裘法祖主编．黄家驷外科学第 5 版．北京：人民卫生出版社 1992：1082～1086.
2. 郑扶民，近侧胃迷走神经切断术的疗效评价及术式进展，普外临床 1993；8（6）：330.
3. 沈魁、何三光主编，实用普通外科手术学．第 1 版．沈阳：辽宁教育出版社 1989；266～272.
4. 郑扶民．关于 HSV 的复信．个人咨询．1986－04－09.

（收稿：1994－03－14）

腰椎间盘突出症手术并发症的防治体会

鞍山市第三医院骨科 韩庆余 冯克亮 张 翔 杨青松 丁铁夫 胡 轶

（辽宁鞍山，邮政编码 114031）

〔提要〕本文报告 5 年间手术治疗腰椎间盘突出症 132 例。其中 9 例发生并发症，占 6.8%，包括腰脊髓撕裂伤 5 例；椎间隙感染 1 例；神经根牵拉伤 1 例；间隙定位错误 1 例；硬膜外静脉出血 1 例。分别叙述 5 种并发症的原因、表现、治疗及结果。其中 1 例再次手术，7 例获良好效果，两例有