维普资讯 http://www.cqvip.com

前列腺摘除术 前列腺肥大 11306(17)

损伤声带，但对于声门暴露不全的病例，虽然从气管镜内看到左侧声带，但在镜尖端未进入声门裂之前先触到了杓间区粘膜，反射性引喉痉挛声门关闭，插入时镜唇前端顶到右侧声带，术者常感到有“落空感”。我们采用镜唇向后的方式，克服了上述的不足，是以活体上观察到声带外展时喉腔看不到声带处有隆起，粘膜平坦为理论基础的，本文病例无一例出现声带损伤，其中 6 例是在病情紧急喉痉挛的情况下强行插入也未见声带损伤。因此本文插入气管镜的方式有如下优点：①在声门暴露不全甚至 1/3 情况下可以准确地插入气管镜，在病情紧急的情况下准确无误地插入气管镜，对于及时地抢救病人有着重要的临床意义。②因镜唇的尖端始终处于喉腔的中线位不会损伤一侧声带。当插入声门时镜尖端先进入声门裂，既使再引起喉痉挛，声门也不能完全关闭，镜体推进时镜唇两侧光滑弧行边缘可将声门扩大。③便于初学者掌握支气管镜检查术。因初学者往往在直接喉镜下不能使声门大部分暴露，用传统方法插入气管镜往往失败、甚至滑入食管，本文方法在声门暴露不全的情况下很易插入。④喉痉挛时强行插入不会损伤声带。由于气管镜类端处于中线位，强行插入时从气管镜内可以看到双侧声带逐渐向两侧被推开，而不会顶到一侧声带上造成声带损伤，也不会滑出喉。因此本文改进符合活体喉内解剖生理，且比传统方式易于掌握，在紧急情况下可以做到准确无误，有着极其重要的临床意义，值得推广应用。

（收稿 1994—03—03）

30-31

对耻骨上前列腺摘除术手术方法的改进

陕西省乾县医院外科 何金荣 李平均

（陕西乾县，邮政编码 713300）

R699.8

1991 年 2 月～1992 年 11 月我们对 12 例前列腺肥大症患者，行耻骨上前列腺摘除术，在术中无选择地对常规的手术方法做了改进，达到了满意的止血效果，现介绍如下。

一般资料

本组 12 例，年龄 60～75 岁，平均年龄 68 岁。有高血压 4 例，肺气肿 3 例。术中常规输血 300ml 者 7 例，其余 5 例术中均未输血，术后无 1 例输血。术后血尿：均呈淡红色，24 小时之内颜色变清亮者 5 例，16 小时之内颜色完全变清者 2 例，其余 5 例均在术后 4 小时之内颜色完全变清。本组术后膀胱冲洗均为 3 天停止，术后无 1 例发生严重血尿及大出血，无 1 例并发全身感染，排尿通畅，无 1 例出现尿道狭窄及尿失禁。

改进的手术方法理由及要点

1. 我们将常规的第三步骤剜出前列腺改为：从膀胱颈部 1 到 12 点做一圈环形双重间断缝扎，其理由是：提前防止腺窝内颈部各点创面出血，防止在剜出腺体时对尿道内口粘膜的撕裂，保持尿道内口有一个整齐的边缘。在各点缝扎时，顺便将荷包紧缩线（3～0 号肠线）置入在缝扎线内，荷包紧缩线不缝入膀胱颈部粘膜，从各点双重线内穿过，然后再剜出前列腺。

2. 将常规的膀胱颈部粘膜荷包缝合法改为单线缩紧多线围绕法，在 3～0 号肠线的拉缩下，使各点的缝扎线将膀胱颈统一整齐的缩紧在三腔导尿管的周围，这样避免了颈部粘膜的撕裂和多余粘膜的围绕，利用单线拉多线的办法，对前列腺窝口结扎牢靠，封闭严密，使腺窝内的渗血不易流入膀胱内，达到彻底隔离的目的。如果按常规的粘膜荷包围绕法，就要在剜出前列腺之后方能操作，所以易受腺窝出血的干扰，视野不清，操作不便，往往缝合不当，甚至多次造成局部粘膜撕裂，或是缝合紧缩的粘膜多少不均，窝口封闭不严，术后血尿严重，持续时间长，延长冲洗时间，易致导尿管多次堵塞，达不到彻底止血的目的。在拔除导尿管后，撕裂的颈部粘膜亦形成尿道内口狭窄，所以致术后排尿不畅，我们用改进的荷包缩紧法，在拔管后无 1 例行尿道扩张术。

3. 各点缝扎时用短粗圆针 2～0 号肠线先从 6 点开始，然后 5～7 点、4～8 点、3～9 点、2～10 点、1～11 点。各点出针均从后尿道内口穿出，

维普资讯 http://www.cqvip.com

12 点不缝合，作为经后道剜出前列腺时用。缝合结束时可见全部凸入的膀胱颈部粘膜紧紧缩扎在缝线内，尿道内口向外有点扩大，伸入食指经后尿道剜出腺体不受各点提前缝扎之影响，剜出顺利、完整，无腺体残留，剜出后出血很少。剜出的腺体最大 56g，最小 20g，平均 38g，还是以大为主。

4. 注意在缝扎 6 点时以深宽为主，让凸出的后唇紧缩在缝扎线之内，剜出腺体后不需再作后唇的楔形切除。4、5、7、8 点以深为主，使双侧的前列腺动脉得到可靠结扎，以防剜出后大出血。剜出腺体后迅速用热盐水纱块塞入腺窝压迫 5～10 分钟，此时可从 12 点由上向下垂直连续缝合缩小尿道内口，一般缝到 1 点和 11 点接近为止，再下入三腔导尿管，取出压迫纱块，将导尿管气囊置放在腺窝内，尖端的两个侧孔置入膀胱内。迅速用提前置好的 3～0 号肠线于 12 点交叉打结，围绕导尿管用力缩紧各点缝扎线，结扎后可见一个整齐的粘膜边缘，紧密的围绕导尿管形成一个和正常人相似的尿道内口，严密的封闭了腺体窝口，膀胱内显得干干净净，气囊注水后不在作膀胱造瘘，只作膀胱内尿管尖端腹壁外牵引。

讨　论

通过对本组病例的观察，我们认为：腺体剜出后的出血，一是前列腺动脉，二是膀胱颈部内的创面，在剜出之前我们先行各点双重缝扎，是控制术中大出血的可靠方法。用单线拉紧多线扎紧法是严密封闭前列腺窝口的有效方法，能使腺窝和膀胱内达到彻底隔离，所以术后血尿消失快，冲洗，引流、排尿均很顺利。由于我们把膀胱颈部的处理和荷包缩紧线在剜出腺体之前已经完成，所以不要剜出后出血的干扰，手术始终在一个视野非常清楚的情况下进行。对膀胱颈部粘膜和输尿管间嵴不会造成损伤。我们翻阅了过去耻骨上前列腺摘除术的麻醉记录，比较之下，手术时间较前节约了近 1/2，本组手术基本在 2 小时之内完成。我们体会利用以上方法行耻骨上前列腺摘除术，视野清楚，操作方便，节约时间，是防止术中和术后出血的有效方法。

（收稿：1994－03－30）

急性出血坏死性胰腺炎术后并发症 14 例原因分析

邯郸钢铁总厂职工医院外科　张玉荣　张占仲　谢明泽　魏关忠
峰峰矿务局邯郸洗选厂医院　郭广英
（河北邯郸，邮政编码 056001）

〔提要〕我院自 1987～1992 年共收治出血坏死性胰腺炎 29 例。发生严重并发症 14 例，在发病 72 小时以内手术者 10 例，72 小时以后手术者 4 例。均行胰腺被膜多口切开减张，松动胰床，腹腔灌洗。本文对急性出血坏死性胰腺炎的特点、手术时机、术式选择、手术适应症等，进行了详细地讨论。

〔关键词〕急性出血；坏死性胰腺炎；术后并发症

临床资料

一、一般资料：14 例中，男性 8 例，女性 6 例，年龄最小 19 岁，最大 67 岁，平均年龄 37 岁。

二、手术时机：发病 72 小时之内手术者 10 例，3～7 天手术者 4 例。

三、术式选择：本组均行胰腺被膜多口切开减张，松动胰床，在胰腺前后及腹腔置多根、多孔引流管，早期腹腔冲洗，并持续腹腔负压吸引，空肠造瘘。

四、临床所见并发症见表 1。

表 1.　并发症例次

并发症	成人呼吸窘迫综合征	胰周脓肿	胃衰	胰外瘘	肠瘘	瘘肠梗阻
例次	10	7	1	4	3	3

合并 1 种并发症者 5 例，2～3 种者 7 例，3 种以上者 2 例。

并发症时间：1. 早期（术后 2 周以内）出现呼吸窘迫综合征者 10 例。2. 后期（术后 2 周后）出现胰周脓肿 7 例，胰外瘘 4 例，肠瘘 3 例，肠梗阻 3 例。

结　果