维普资讯 http://www.cqvip.com

胰头挫裂伤5例，脾破裂2例、肝破裂4例、18例均有不同程度的腹膜后血肿。

2.治疗方法：在抗休克和对症处理后作急诊剖腹探查，6例十二指肠后壁损伤经Kocher切口确诊，12例前壁损伤伴右侧后腹膜破裂者均在进腹后发现。手术方法：①单纯缝合修补2例；②缝合修补加胃造口9例；③十二指肠端端吻合加十二指肠腔内"T"管造口3例；④十二指肠憩室化手术[1]4例。胃造口者将引流管插至十二指肠修补处远端10cm处。常规在十二指肠破裂修补处置腹腔管引流。对合并脏器损伤作相应的处理。术后全部病人应用广谱抗生素防治感染。

二、结果

12例痊愈，3例腹壁切口感染、无其他早期严重并发症，2例切口裂开，1例于术后第4天死亡(5.6%)、死亡原因因腹穿3次均为假阴性而观察24小时，弥漫性腹膜炎加重时才手术，术后死于腹腔感染，中毒性休克。此外、有3例术后半年发生粘连性肠梗阻，经保守治疗痊愈。

三、讨论

1.诊断：闭合性十二指肠损伤术前诊断较困难，何亮家等[2]报告14例术前无1例确诊。Cone等[3]认为十二指肠损伤多数因并发损伤行剖腹探查时得到诊断。本组术前确诊率为16.7%、均为十二指肠前壁破裂、确诊的依据是右上腹在接受暴力撞击、伤后出现以上腹部为主的急性弥漫性腹膜炎，腹腔穿刺抽出胆汁性肠液或血液、前壁损伤有肠内容物流入腹腔者伤势均较重，易抽到十二指肠液样液体、只要提高警惕确诊不难。对可疑病人应行腹腔灌洗术有利于早期诊断。我们体会对严重闭合性腹部损伤应警惕十二指肠损伤可能，应放宽剖腹探查的指征，及时手术，术中如发现右上腹区腹膜后血肿，胆汁性液体或气体，横结肠系膜根部和胰头颈部上下缘有血肿等怀疑有十二指肠损伤，必要时可作Kocher切口，检查第二段及胰头，Cattell切口检查第三、四段，有时还需以胃管注入美蓝观察是否美蓝外溢以确定后壁有无小穿孔。

2.治疗：方要根据损伤的类型、部位和时间，腹膜炎以及合并伤的严重程度和全身情况等决定。具体有以下方法：①清创后单纯缝合、适用于一般的穿孔，破裂伤，就诊时间早、局部炎症反应不严重；②十二指肠端端吻合术，适用于第一段离断者，或加十二指肠(第三段)空肠Roux-Y吻合术；③十二指肠空肠吻合术适用于不能单纯修补或修补后张力过高而局部血供尚好者；④十二指肠憩室化手术。肠壁缺损大或合并胰头损伤时，可考虑采用此术式。

我们体会，无论采用何种方式，都必须注意做到彻底清创，充分的十二指肠内容转流或减压与腹腔引流，我们常规将胃造口引流管插入十二指肠破裂修补处远端10cm。十二指肠损伤术后应注意营养物质的补给，据情选用营养性空肠造口或TPN治疗。

参考文献

1.钱 礼主编.现代普通外科.第一版.杭州：浙江科学技术出版社，1993：166－171.
2.何亮家，陈福真，郑荣贵.闭合性十二指肠损伤的诊断和治疗，实用外科杂志，1995，11：573.
3.John BC, John FE, Rock A. Delayed diagnosis of duodenal rupture. Am Surg, 1994, 168: 676－679.

(收稿：1999-08-30)

Madigan前列腺切除术14例报告

刘佑宁*

前列腺增生症系男性老年病、其治疗方法日渐增多。目前开放手术治疗仍为临床常用的主要方法之一。我院自1994年10月～1998年4月采用Madigan术14例，疗效满意、现予报道。

一、资料和方法

1.临床资料：本组14例，年龄55～78岁、平均69岁，病程2～20年。均有典型前列腺增生的临床表现，其中4例有尿潴留史。前列腺Ⅰ度增生3例，Ⅱ度11例，其中2例伴有轻度中叶增生。B超检查前列腺最大径5.7cm，残余尿50～150ml，平均最大尿流率＜10ml/s，合并心血管疾病9例，其中冠心病4例，高血压5例，慢性呼吸道疾病3例，慢性前列腺炎2例，糖尿病1例。

2.手术方法：适应症：前列腺增生Ⅱ度以上[3]、不伴有中叶增生或突入膀胱内＜1cm者或肥胖者适于作此类型手术。伴有膀胱肿瘤或结石者不宜采用本术式。手术方法：置Foley氏$F_{18\sim22}$三腔气囊导尿管。耻骨上缘弧形切口，耻骨后暴露前列腺包膜及膀胱颈部。以前列腺中部横行切线为基准，远近端各作一排交锁缝扎，缝线贯穿被膜全层，两端达前列腺侧方，两排缝线间用电刀横形切开前列腺被膜。包膜下用手指钝性分离前列腺的前、侧及后面，一般不越过后中线。正中纵形切开前列腺峡部并锐性解剖尿道，直达前列腺尖部，切断尖部与尿道的相连部分，再将腺叶向前下方牵引，暴露近端，沿腺体组织与膀胱颈粘膜间分离，直至一侧叶切下，另一侧叶作类似切除。伴中叶轻度增生时在一侧叶的牵引下暴露中叶，将其与尿道后壁及膀胱颈粘膜分离后与侧叶一并切除。腺体切除后即可见膨胀的尿道，经尿管注水检查尿道及膀胱粘膜有无损伤，如果膀胱粘膜有损伤应用4-0肠线修补，尿道粘膜损伤不严重可不行

* 作者单位：610092 成都市飞机工业集团公司医院泌尿外科

维普资讯 http://www.cqvip.com

修补，前列腺包膜应作单层缝合，耻骨后置血浆管引流。

二、结果

14例术中失血量估计值150～400ml、平均约250ml、有5例未输血，切除腺体重量25～60g，12例术中撕裂尿道（0.5～1.5cm）、手术时间100～120min。术后间歇膀胱冲洗1～3d，引流尿液清亮、尿管留置7～10d、本组病例拔尿管后均排尿通畅，术后7～12d出院。

术后随访了全部14例病员1～4年、全部排尿通畅、夜尿及尿流率恢复正常，均无尿失禁，且性生活均正常。

三、讨论

目前开放性手术仍是主要的，能达到根治前列腺增生的治疗方法。Dixon等于1990年首次报告59例接受Madigan术或者[1]。我院于1994年首次施行本术式、且发现腺体与尿道易于完全分离、且保留了完整的尿道粘膜和膀胱颈部，合乎解剖生理特点，具有术后并发症少，住院时间短，患者痛苦少，恢复快，护理量减轻，保持了生理排尿和正常的射精功能等优点。

该术式尿道后下方保留一小块腺体的目的是保留精道的完整性[3]，前列腺残腔内有足够大的空隙，保留这一小块腺体，即使再生也不致于压迫尿道，造成排尿困难等症状。该术式直视下切除前列腺，止血效果可靠，术后一般无血尿或轻度血尿、如未损伤尿道，无需膀胱冲洗。

本术式操作要点是仔细分离前列腺尿道，一旦损伤术后留置导尿管的时间相应延长，本组有一例术后发生尿外渗、引起切口感染、当然也与术中尿道粘膜撕裂及前列腺外科包膜缝合不完整有关。

该术式的优点归纳起来有如下几点[2]：①可避免因膀胱颈破坏及缺损一段尿道带来的出血感染，尿道狭窄、尿失禁，附睾炎、逆行射精等并发症。②可避免术中盲目摘除，盲目止血的缺点。③部分病例无需膀胱冲洗或可缩短冲洗时间。④尿管留置时间短，无需牵引、减少了膀胱痉挛。⑤术后恢复快，缩短卧床时间、避免了心血管及肺部并发症。

综上所述，Madigan术式是治疗BPH的较好的术式、无需特殊设备，易于掌握。但仍应掌握其适应症，根据术者的经验和习惯去选择对患者有利的术式。

参 考 文 献

1. Dixon AR、Lord PH、Madigan MR. The madigan prostatectomy. J Urol, 1990、144：40－41.
2. 吴保忠、等. 保留尿道前列腺切除术360例报告. 临床泌尿外科杂志，1999，14：11－13.
3. 王景玉，等. 耻骨后保留尿道前列腺切除术52例报告. 临床泌尿外科杂志，1998，13：215－216.

（收稿：1999-08-30）

Joel-Cohen切口剖宫产术临床分析

于 峰*

我院自1998年4月至1999年4月，采用随机分组方法，比较传统下腹纵切口剖宫产术与"The misgav-Ladach-Method"剖宫产术在临床上的优缺点，共收集病例107例，方法与讨论如下。

一、资料与方法

1.一般资料：Joel-Cohen切口组初产妇53例，经产妇1例，平均年龄26岁。纵切口组初产妇52例，妇产妇1例，平均年龄26岁。

2.手术方法：连续硬膜外麻醉，取下腹部横切口，以正中线为中心，由双侧髂前上棘连线以下2～3cm，直线切开皮肤15cm（切口位置高低可据胎先露高低稍加调整）。切开皮肤后，切开脂肪与腹直肌前鞘长2～3cm。剪刀两刃紧贴前鞘之上下方，潜行"裁"开前鞘。钝性分离腹直肌3cm。由术者与助手配合，用手指一并撕开腹直肌及皮下脂肪。用手撕开腹膜入腹腔。将膀胱腹膜反折横向切开3cm，用手撕开12cm。在子宫下段肌层中央横行切开3cm，撕开达12cm，手取胎儿及胎盘。1号肠线连续锁扣缝合子宫肌层全层。大网膜覆盖切口。两处腹膜伤口均少处理。7号丝线连续缝合腹直肌前鞘。最后用4号丝线将皮肤及脂肪全层褥式缝合3针。若缝针间有皮肤对合不良，用组织钳夹闭5分钟即可完好对合。敷料包扎后不上腹带。术中应用青霉素800万单位静滴，术后可不用抗菌素。术后立即喝水，6小时下床。第一天进流质及换药，5天拆线出院。

二、结果

两组手术对照结果总结如下（附表）。

附表 两组手术对照结果

项目	研究组（$n=54$）	对照组（$n=53$）
手术时间（min）	28.12	55.10
胎儿娩出时间（min）	5.11	11.5
术中出血量（ml）	153	286
术后下床时间（h）	6	40
术后排气时间（h）	21.2	35.5
术后疼痛时间（h）	9.5	18
术后进食时间（h）	17	24
导尿管留置时间（h）	22.4	30.6
切口甲级愈合率	100%	98%

* 作者单位：471003 河南省洛阳市涧西区中信重机公司中心医院妇产科