维普资讯 http://www.cqvip.com

定时可用平镊轻轻提起提睾肌，另一手触摸同侧睾丸是否移动，这样有利于疝囊的发现，同时有效避免了误伤膀胱的可能。

参 考 文 献

1. 金百祥. 临床小儿科. 银川：宁夏人民出版社，1989. 185－186.
2. 钱信忠. 中国医学百科全书小儿外科分册. 上海：上海科技出版社. 1982. 84－86.
3. 武汉医学院第二附属医院. 小儿外科手术学. 北京：人民卫生出版社，1977. 297－302.
4. 李宇洲、姚 干，梁健开，等. 微型腹腔镜下小儿腹股沟斜疝高位结扎术. 中华小儿外科杂志，1999，20(6)：347－348.

(收稿：2000-03-04)

严重肝外伤28例诊治体会

翁伟建* 叶光华** G·Mantion***

肝脏外伤是外科创伤中较为严重的创伤，我们从1984～1998年先后收治28例严重肝外伤病例，其中手术治愈25例，死亡3例，死亡率10.7%，现就我们的一点体会报道如下。

一、资料和方法

(一)一般资料：本组28例，男22例，女6例，年龄8～58岁，其中15～40岁20例，占71.4%；闭合性损伤24例，开放性损伤4例；致伤原因，多为挤压、撞击、砸伤、坠落等。

(二)损伤部位及伤情，其中星状伤8例、多发性碎裂伤5例、穿透或贯通伤3例；裂伤长＞10cm，深＞3cm者8例。第一肝门损伤2例，第二肝门损伤2例。参照美国创伤外科协会(AAST)肝外伤分级标准[1]，本组病例均属Ⅲ～Ⅴ级。

(三)合并伤：本组28例，有合并伤24例，其中伴肋骨骨折和其他胸外伤者12例，脾破裂8例，胃肠破裂6例，膜腺损伤3例，肾挫伤及腹膜后血肿5例，脊柱损伤2例，脑外伤3例，四肢骨折6例，骨盆骨折2例。

(四)手术方法及结果：本组28例中单纯深部行褥式缝合者6例，大网膜填塞加缝合者6例，池塘式清创加大网膜塞压迫固定者5例，肝左叶切除者3例，清创性肝段切除者4不规则性肝右叶切除加肝后腔静脉或有静脉修补者3例(死亡1例)，阻断第一肝门并修补门静脉者2例(死亡1例)。全部病例术毕均行腹腔引流术。结果：治愈25例，死亡3例，病死率为10.7%，其中因肝后腔静脉和门静脉破裂大出血死亡各1例，术后因多器官功能衰竭死亡1例、术后切口感染2例、肝脓肿1例，胆瘘2例，膈下脓肿1例，肠粘连2例，肺部感染1例，均治愈。

二、讨论

(一)早期诊断与诊断标准

对于Ⅲ级以上严重肝外伤，多伴有其他部位损伤，伤情严重，失血性休克症状明显，必须及早确诊，以争取抢救时间，我们的体会是：①有右上腹及下胸部外伤史；②腹腔穿刺阳性(本组阳性率96.8%)；③病情许可时作影像学检查如B超、CT、MRI等，为早期诊断提供重要依据。

肝外伤的分类与伤情判断，对治疗方法，预后及疗效的评定等密切相关。在目前国内尚无统一标准情况下，我们参照美国创伤外科协会(AAST)判定肝外伤的分级标准[1]，结合临床所见，我们认为，有明显失血性休克或成人腹腔积血＞2000ml，合并有下列情况之一者，可判定为严重肝外伤：①肝实质裂伤长＞10cm，深＞3cm者；②肝裂伤属行清创性肝叶切除术者；③肝某一段或多段裂伤需切除者；④肝实质贯通伤，出血严重者；⑤肝脏大血管损伤者；⑥胆道损伤伴有严重胆漏者；⑦第二肝门损伤伴有活动性出血者。

(二)一旦疑有严重肝外伤，应立即施行剖腹探查术，迅速彻底止血，清除失活肝组织，缝合修补损伤的较大肝血管，再根据不同伤情，采取不同的方法，我们的体会是：①采用Pringle法阻断第一肝门，迅速清除积血，寻找肝出血源；②全面探查肝脏，充分显露创面，进行可靠的止血；③损伤较重，需作肝叶切除术者，应尽量行不规则的肝叶切除术；④主张使用带蒂大网膜填塞止血，尽量避免使用纱布、绷带填塞止血或肝动脉结扎止血；⑤术毕行充分引流[2]。

文献报告[3]肝外伤行规则性肝叶切除术死亡率大于50%，故多数学者不主张采用。对复杂性肝外伤如火器伤、挤压伤及星状裂伤、多发性碎裂伤等有较大范围的肝组织失活或有肝碎片相连者，也应行不规则性肝叶切除或清创性肝叶切除为好，因为这样，手术较简便，损伤相对较小，止血可靠，可避免继发性出血，预防术后肝脓肿和胆瘘的形成。本组5例行不规则性肝叶切除，均获较满意效果。

对合并有门静脉或肝静脉损伤者，应视具体情况而定。阻断全肝血流后，再行血管破口修补，既复杂又费时，多难奏效。对于第二肝门损伤的处理则十分棘手，主要原因是肝静脉无静脉瓣，壁薄又较固定，血管不易收缩，出血量大，加至位于肝后方，暴露十分困难，本组2例，其中1例为右半肝损伤合并肝右静脉损伤，立即用手指压住破口，用心耳钳夹住破口，行修补术而获成功；另1例则腔静脉与肝静脉汇合处呈片状撕裂，出血过多而死亡。

严重肝损伤术后常伴有一定程度的渗漏，因此，术毕行充

* 作者单位：528200 广东省南海市中医院外科
** 兰州医学院第一附属医院普外科
*** 法国宫代大学医学院 Minjoz 医院

维普资讯 http://www.cqvip.com

分的引流乃是预防和减少术后并发症的重要措施之一。本组除术中死亡2例外，余24例均行引流术，其中2例术后分别出现肝脓肿和膈下感染，均与引流不畅有关，后在B超引导下，穿刺置管引流而获愈。

参 考 文 献

1. Feliciano DV, Pachter HL. Hepatic trauma revisied. Curr Probl Surg, 1998, 7: 459.
2. 吴孟超，主编. 腹部外科学. 第1版. 上海：上海科学技术文献出版社，1997. 347.
3. Pachter HL, spencer FC. The management of complex hepatic trauma. Phil dephia; Saunder, 1983. 241－249.

（收稿：2000-04-01）

胸腺瘤手术治疗体会（附23例分析）

黄继红*

胸腺瘤在纵隔肿瘤中最为常见，均起源于胸腺上皮细胞，在各种治疗方案中，以手术治疗为首选。自1992年5月至1998年12月，我们共收治胸腺瘤病人23例，其中手术治疗21例，另2例自动离院。合并重症肌无力5例，占21.7%与文献报告10～30%[1]相符。现结合文献学习将手术治疗体会报告如下。

一、临床资料

本组23例中，男11例，女12例，年龄19～64岁。其中合并重症肌无力者：男2例，女3例。手术前病程3个月至4年。所有病人均经胸部拍片或CT检查发现前上纵隔内肿瘤影，2例示肿瘤较大并侵犯邻近脏器而放弃手术。病人术前按Masaoka分期标准，符合Ⅰ型17例，Ⅱ型4例。5例重症肌无力病人均有口服溴吡斯的明，剂量60毫克～240毫克/日不等。

本组手术病人均采用全麻下部分胸骨劈开方法。取胸骨正中切上起胸骨切迹，下止第3肋骨，正中劈开胸骨，第3肋骨处横断胸骨。胸腺瘤均完整切出。其中16例同时行前纵隔内脂肪组织清扫。术后病理诊断：淋巴细胞型12例，上皮细胞型7例，混合型2例。

二、结果

术后全组病人恢复顺利，病情无反复。重症肌无力病人无肌无力危象发生，临床症状均有不同程度缓解，其中2例术后药物治疗用量减至术前用量一半，并逐渐停药。因目前对胸腺瘤切除病人是否放、化疗，意见尚不一致[2]，所有病人均未经放、化疗。随诊期限6个月至3年，无切口感染、胸骨裂开及并发重症肌无力，无死亡病例。

三、讨论

1. 临床表现：单纯胸腺瘤病人可无任何临床症状，有时可出现胸部钝痛，胸闷，发热，体重下降，但均无显著特异性。本组中有自觉症状病人8例，占34.8%。重症肌无力病人表现出以神经肌肉传导障碍引起的骨骼肌无力，分眼肌型，吞咽肌型和呼吸肌型。

2. 诊断：胸部拍片及CT常规应用对胸腺瘤的诊断，尤其是较小胸腺瘤的检出具有明确意义。本组23例病人均经胸部拍片或CT检查发现前上纵隔内肿物影。

3. 治疗：在所有胸腺瘤中良性胸腺瘤比例大约是40～70%[3]，其生长速度有时很缓慢，但具有潜在的恶性特征。因此对确诊为有腺瘤的病人，除非临床上证实肿瘤无法切除或肿瘤有胸外转移，均应行肿瘤完整切除，尤其是Ⅰ、Ⅱ期的胸腺瘤应视为手术绝对适应症。而于胸腺瘤合并重症肌无力迄今普遍认为手术治疗是较为有效的方法。手术以部分劈开胸骨，腺瘤完整摘除为首选。

Masaoka等指出胸腺包膜外、前纵隔内的脂肪中，72%的病人镜下发现有胸腺组织。因此术中要求无论肿瘤多小都要完全切除胸腺及其周围脂肪组。本组行纵隔内脂肪清扫病人占76.2%。

虽然手术本身可能会导致术后肌无力危象，但只要术前准备充分、得当，会使病人安全渡过围手术期而不加重重症肌无力，不出现肌无力危象。本组5例重症肌无力病人中，术前应用溴吡斯的明使病人肌力不低于Ⅳ级、并给安定5～10毫克、阿托品0.3～0.5毫克肌肉注射。术后按术前药量并参照肌力情况，酌情口服溴吡斯的明。在药物治疗前题下、加强呼吸道管理及预防肺部感染亦很关键，尤以术后48～72小时为重要。

鉴于对胸腺瘤手术适应症的掌握及本组重症肌无力病人有限，对此病的很多方面如：术后肌无力危象或胆碱能危象的鉴别、治疗，尚缺乏经验。有待进一步实验、总结。

参 考 文 献

1. 郭兰敏，苏应衡，主编. 实用胸部外科手术学. 山东科学技术出版社，1996. 564.
2. 陈文庆. 胸腺瘤外科治疗近况. 中华胸心血管外科杂志，1994，10(1)：83.
3. 黄孝迈等，主编. 现代胸外科学. 人民军医出版社，1996. 598.

（收稿：1999-12-13）

* 作者单位：114032 辽宁省鞍山市鞍山钢铁集团公司立山医院外科