维普资讯 http://www.cqvip.com

9873(8)



才能做到争取时机早期手术治疗，但常由于警惕性不高而被延误。采取何种术式还应因引起本症的不同病因而各异。如本症源于阿米巴性肝脓肿破溃，则应作好肝脓肿的引流和腹腔引流；阿米巴性结肠穿孔，应于积极准备后即行手术修补穿孔，但术后应密切注意再穿孔的可能；阿米巴性坏死性结肠炎而有明显腹膜刺激征象者应早期手术，并根据手术所见结肠坏死部位、节段或广泛性程度不同而采取相应肠段的切除、近端肠造瘘；对节段性或片状局限结肠坏死，全身情况允可时可考虑肠切除后一期吻合术。术中腹腔内充分地冲洗，清除坏死组织、感染源与引流十分重要。冲洗液中可加入适量的选用的抗生素等药物，有人报告[4]术中或术后用甲硝唑注射液灌洗，术后静脉滴注甲硝唑。近年来临床上对甲硝唑的应用越来越广，它既可口服、静滴或伤口的局部应用，治疗感染，也可用来冲洗腹腔治疗局限性或弥漫性腹膜炎，但应警惕该药使用后可出现精神症状(6)，尤以静脉应用甲硝唑较口服易出现，症状也较重，它可发生在应用期或刚停用后。临床报告多发生在用该药的3～9天内。因此，如需静脉应用该药，一般以不超过一周为佳。术后还须积极治疗阿米巴，抗治休克，纠正水电解质及酸碱失衡，应用广谱抗生素控制混合感染。

**参考文献**


1. 甘人，等. 阿米巴性腹膜炎10例分析和探讨. 中华内科杂志 1963；11（4）：270.
2. 王季千主编. 传染病学. 上海科技出版社，1979.
3. 马应雷，等. 肠阿米巴病临床分析. 中华传染病杂志 1984；2（4）：237.
4. 贺景平. 结肠阿米巴病二例分析. 实用外科杂志 1987；2（10）：523.
5. 李明堂. 阿米巴病疾致全结肠坏死一例. 实用外科杂志 1987；7（2）：70.
6. 闻兆章，等. 甲硝唑静脉应用出现精神症状4例报告. 实用外科杂志 1987；7（4），封三.


23—24

# 255例胆石症手术漏诊胃癌2例分析

铜陵有色职工总医院 章帮兴 唐 斌

（安徽铜陵，邮政编码244000）

R735.2

胆石症是胆道系统中最常见的疾病，发病虽与胃癌无关，但这二种疾病同时存在于同一个病人的情况，在临床上仍有可能，有时注意到胆石症而忽略胃癌同时存在，以致失去同时手术良机，造成不良后果。我科自1987～1990年施行胆石症手术255例，漏诊胃癌2例分析如下：

**临床资料**

例1. 男性，61岁，上腹部反复疼痛20余年，曾B超诊断“胆囊炎”，“胆石症”，保守治疗无好转。于1987年2月16日入院。检查：体温39.2℃，右上腹有压痛，无反跳痛，白细胞11×10⁹/L，中性0.86，B超示：“急性胆囊炎”，给予抗菌素、激素治疗及对症处理，次日巩膜黄染，疼痛加重，右上腹出现反跳痛和肌紧张而手术探查，术中见胆囊张力大，胆总管扩张约2cm，脓性胆汁及数枚小结石。行胆囊切除，胆总管切开取石，“T”型管引流。术后恢复顺利，预期出院。出院后二月出现上腹部不适用胀痛，无黄疸体温正常，多次就诊及B超检查，拟诊“胆总管炎症”、“胆道术后综合症”，给予治疗症状无改善，反而加重。术后15个月，呕吐、黑便、纳差，消瘦，左锁骨上淋巴结肿大。于1988年8月17日再入院，行胃肠钡餐检查示：“胃窦幽门前区狭窄，不排除恶变”。胃镜检查及病检和脱落细胞检查均提示：“胃癌”可能。左锁骨上淋巴结病检：“转移性粘液腺癌”，部腹探查见：整个胃小弯、幽门至贲门均癌性浸润，周围脏器也被广泛侵犯，腹腔内淋巴结广泛转移。术后3个月病故。

例2. 女性，53岁，上腹部反复疼痛7余年，B超检查示：“胆囊炎、胆石症”，保守治疗无效，于1987年4月7日入院，行胆囊切除，术中证实胆囊内结石，术后恢复顺利，预期出院。出院后2周，上腹部不适胀痛伴腰背疼痛，术后2个月上述症状渐重，多次就诊和B超检查示：“胆总管炎症”给予消炎利胆治疗无效，术后8月出现腹泻、纳差、偶有呕吐，逐渐消瘦，于1988年1月3日拟诊“慢性胰腺炎”再次入院。胃肠钡餐检查示：“胃窦癌”而手术探查，术中是胃窦部6×5cm大



胃肿瘤；漏诊；胆结石；外科手术

维普资讯 http://www.cqvip.com



小肿块，并浸润至胰头、小弯侧淋巴结转移，行姑息性胃大部分切除。病理诊断："溃疡型"腺癌，侵及全层，小弯侧淋巴结转移，二次手术后 6 个月死亡。

## 讨 论

在我国胃癌是常见的恶性肿瘤之一，其发病率占癌瘤的 30～40%，居各种恶性肿瘤之首，一般认为早期胃癌发展到进展期约 5 年左右，进展期胃癌的病程约 3 年，胃癌临床病象的特点是在病程的早期没有明显的症状，甚至可以毫无症状，而症状出现及并发症发生，证明已在病程晚期。少数胃癌患者同时患胆石症，这一临床现象属客观存在，临床医师只注意到胆石症而被漏诊。我院自 1987～1990 年施行胆石症手术 255 例，其中并患胃癌 3 例，占胆道手术的 1. 2%。手术中探查发现 1 例，漏诊 2 例，漏诊率 0. 8%。

胃癌与胆石症同时存在于一个病人比较少见，术前检查，术中探查，往往只注意到胆道系统而忽略了胃部，胃癌又无特异性症状，即是上腹部疼痛也难以与胆石症所致的上腹部疼痛相区别。患者多次就诊，B 超探查提示胆囊炎、胆石症，临床医师常满足于此项诊断，不再深究，以致漏诊。本文二例患者均属这种情况，笔者敬告临床医师，对"胆囊炎、胆石症"患者，特别是肿瘤高发年龄患者，要警惕同时患有"胃癌"可能，手术前应常规进行胃肠钡餐检查或纤维胃镜检查，手术中更不能放弃对胃和其它好患肿瘤脏器的常规探查，以免失去同时手术良机而漏诊。对胆道手术后不久出现上腹部疼痛患者，以"胆道术后综合症或胆总管炎症"论之，虽经临床治疗自觉症状无改善，应高度引起重视，不然待出现典型胃癌症状或体征时，已属晚期，例 1 和例 2 分别于第一次手术后 18 个月和 6 个月确诊"胃癌"，都经二次手术病理证实，术后不久死亡。表明第一次手术已有"胃癌"存在。这是由于术前满足于 B 超的诊断，术中局限于胆道系统的探查，这是值得我们深思的，只有对危害人体健康的主要疾病——肿瘤加深认识，才能早期发现，及时手术根治，这是提高患者生存的关键。

参考文献 略

# 经腋动脉外侧或内侧穿刺行臂丛麻醉用于手外伤手术的观察

陕西省乾县医院麻醉科 叶陈前

（陕西乾县，邮政编码 713300）

我院自 1986 年 4 月至 1992 年 2 月，采用经腋动脉外侧或内侧穿刺行臂丛麻醉，用于手外伤手术 81 例，取得了满意效果。

**一般资料**：本组 81 例中男 53 例，女 28 例，年龄 14～56 岁。手部外侧（指桡侧手掌、手背、拇指、食指及中指以内的范围）外伤者 47 例，手部内侧（指尺侧手掌、手背及小指以内的范围）外伤者 34 例。手术时间最短者 25 分钟，最长者 135 分钟。

**麻醉方法**：患者取仰卧位，患肢外展 90°，前臂再向上屈曲 90°，呈"举手礼"状。在胸大肌下缘与臂内侧缘相接处扪到腋动脉搏动，在动脉搏动最明显处作标志。对手部外侧外伤者在标志处经腋动脉外侧穿刺，对手部内侧外伤者在标志处经腋动脉内侧穿刺，出现异感回抽无回血后注入 2%利多卡因加 2%普鲁卡因各半的混合液 15～20ml，内含肾上腺素 0. 05mg。

**麻醉效果**：效果完善者 79 例，占 97. 53%，2 例手部外侧外伤者桡神经阻滞不全，辅用强化麻醉使手术完成，占 2. 47%。麻醉作用维持最短者 65 分钟，最长者 145 分钟。

**讨论**：在腋窝部，正中神经位于腋动脉的前外侧，桡神经位于腋动脉的后外侧，尺神经位于腋动脉的内侧。在手部，正中神经支配手掌面拇指、食指、中指和无名指桡侧以及手背面上述各指一部分，桡神经支配手背桡侧皮肤及桡侧三个半手指背面的皮肤，尺神经则分为手掌侧和手背侧支，分别支配内侧手掌和手背以及无名指尺侧半和小指。

本组 81 例采用上述方法，经临床观察，如经腋动脉外侧穿刺注入 15～20ml 混合液，可使正中神经与桡神经完全阻滞，手部外侧痛觉完全消失，但用针刺尺侧手掌和手背、小指、无名指尺侧则阻滞不完全；经腋动脉内侧穿刺注入 15ml 混合液，