维普资讯 http://www.cqvip.com

三、讨论

急性坏死性筋膜炎在 1871 年由美国外科医生 Joseph Jones 首次描述，以后相继有报道但命名混乱，直到 1952 年 Wilson 建议将皮肤、皮下脂肪、浅深筋膜急性进行性疽统称为急性坏死性筋膜炎，而后被广泛采用，直到现在仍在沿用[2]。

1. 病因及机理：急性坏死性筋膜炎多发生于腹部、会阴部术后，皮肤损伤口，特别是合并糖尿病等慢性病者因免疫力下降、白细胞趋化功能差而更易发生，致病菌多为溶血性链球菌、大肠杆菌、类杆菌、消化链球菌。本病多为需氧菌和厌氧菌混合感染，Pessa 报告的 33 例中 30 例为混合感染[3]。本组病例为混合感染。感染在皮下筋膜广泛迅速扩展，与机体免疫力下降，细菌协同作用及易感部位的解剖特点有关。溶血性链球菌产生溶纤维蛋白酶、透明质酸酶、破坏纤维素形成的脓腔壁；消化链球菌等厌氧菌分解糖类产生气体，使组织张力增加，血液供应减少，以及毒素的作用可引起血栓形成，血运障碍；易感部位皮下筋膜、脂肪丰富，但血运差。局部缺血导致吞噬细胞、抗体不能达到坏死组织，故感染易扩散。

2. 诊断：近年来有的学者报告[3,4]，本病在严重感染时或晚期可以侵及肌肉，但根据有关文献报导[5]和本组病例检查情况，仍然认为肌肉不受累是本病的特点，并且早期在感染区内渗液或脓液涂片检查有无革兰氏阳性粗大杆菌有助于鉴别诊断。Fisher 提出了诊断标准[5]：①皮下浅筋膜广泛坏死伴潜行坑道状损害；②全身中毒症状；③未累及肌肉；④伤口血培养未发现梭状芽胞杆菌；⑤清创时见皮下微血管栓塞。

3. 治疗：本组病例经确诊后进行标准化的治疗，死亡率明显降低。死亡者因合并糖尿病，感染未能得到控制。标准化治疗包括：彻底切除病灶，升高感染区的氧化还原电位，全身给予大量敏感的抗菌素及支持疗法。本文特别强调局部一期切除坏死组织的彻底性以及多处脓汁、坏死组织的细菌培养对指导全身用药的重要性。

一经确诊，尽早行多处小切口引流，切口间距保持 5cm 以上，以免影响皮肤血运；一期彻底切除坏死区的脂肪、筋膜、如有皮肤坏死一并切除，但勿损伤筋膜；分离皮下潜行坑道至正常组织；二期反复清创；用 3% 双氧水或 1:5000 高锰酸钾冲洗，提高感染区氧化还原电位，造成不利于厌氧菌生长的环境，冲洗后用甲硝唑纱布湿敷；严密观察病情，及时换药，从而减少细菌和毒素作用时间。

全身应用大量联合敏感抗生素。做细菌培养药敏试验时，要多处取材，因不同部位致病菌有可能不同。本组 8 例 12 处取材，发现 2 例因部位不同而致病菌不同。在无药敏结果前，一般选用甲硝唑、林可霉素、氨基糖甙类抗菌素及第三代头孢抗菌素联合应用。同时要注意到因创面大量渗液，及时纠正酸碱平衡、多次输血及白蛋白等支持疗法。

参 考 文 献

1. 王宗义，孙华民. 急性坏死性筋膜炎 2 例. 中国实用外科杂志，1997，17(1)：26.
2. 闫喜魁. 小儿急性坏死性筋膜炎 9 例. 河北医学院学报，1991，12(4)：223.
3. 林治瑾，主编. 临床外科学. 天津科学技术出版社，1994. 171.
4. 张绍锦，张 源，张慧玲，等. 小儿急性坏死性筋膜炎. 中华小儿外科杂志，1996，17(4)：237
5. 吴阶平，裘法祖，主编. 黄家驷外科学. 北京：人民卫生出版社，1992. 115
6. 姜世杰. 小儿急性坏死性筋膜炎 9 例报告. 中华小儿外科杂志，1986，7：104.

(收稿：2001-05-08)

电视透视下输卵管造影术 167 例临床分析

徐超珉* 袁 军*

引起不孕症的原因很多，但输卵管因素引起的不孕症比较多见。本文对 1998 年元月～2001 年 2 月在本院行电视透视下输卵管造影术 167 例患者进行分析。

一、资料和方法

1. 一般资料：检查者在当地医院或本院门诊已行输卵管通水术，均为输卵管不通畅或通畅仍无妊娠，要求行输卵管造影术者。年龄 22 岁～37 岁，不孕时间 1 年～16 年，原发性不孕 47 人，继发性不孕 120 人(以最后一次终止方式为统计，其中正常分娩 12 人，引产 13 人，药物流产 22 人，人工流产 73 人)。人工流产及药物流产最多 4 次，最少 1 次。

2. 方法：造影术的术前要求同输卵管通水术。常规消毒后，宫腔插入子宫双腔造影导管，在电视透视监护下缓慢注入 76% 复方泛影葡胺 10～20ml，并摄片以供术后参考。

二、结果

输卵管造影结果见表 1。

表 1 输卵管通水术与输卵管造影术结果比较

通水术结果	例数	造影术结果		
		双侧阻塞、积液	单侧阻塞、积液	双侧通畅
不通畅	128	65(50.8%)	48(37.5%)	15(11.7%)
通 畅	39	11(28.2%)	7(17.9%)	21(53.9%)

* 作者单位：533000 广西百色地区人民医院妇产科

维普资讯 http://www.cqvip.com

各种终止妊娠方法与造影术检查结果，见表 2，一次性人工流产，药物流产，引产引起输卵管性不孕 88 例，占继发性不孕的 73.33%，原发性不孕中输卵管因素不孕 26 例，占 55.32%。

表 2 各种终止妊娠方法输卵管造影术检查结果

方式	例数	造影术结果		
		双侧阻塞，积液	单侧阻塞，积液	双侧通畅
正常分娩	12	2(16.6%)	4(33.3%)	6(50%)
引产术	13	3(23.08%)	6(46.15%)	4(30.77%)
药物流产	22	11(50%)	9(40.91%)	2(9.09%)
人工流产	73	49(67.12%)	21(28.77%)	3(4.11%)

三、讨论

1. 排除输卵管因素引起的不孕症是诊断女性不孕的必要检查步骤。输卵管通水是检查输卵管最常用、简单、方便的方法，在基层医院、卫生院是唯一的检查方法。但由于每个人操作时的判断不一样，特别是当双侧输卵管积液时，就出现明显差误，如表 1 中就可以看出输卵管通水感觉通畅者 39 人，造影发现 11 人双侧输卵管积液。造影术就可以避免这种误差，因其可清晰了解双输卵管的形态、阻塞部位，为进一步治疗提供依据，尤其是输卵管积液确诊后可在腹腔镜下行输卵管粘连松解、造口术，并可在分离粘连时恢复子宫、卵巢、输卵管的正常形态，去除卵巢与输卵管间的薄膜状结构，卵巢表面薄膜包裹，有利于伞端捕捉卵细胞，多点刺破多囊卵巢内大量囊性化的卵泡使体内的 LH/FSH、T、E 接近正常水平，恢复正常的月经调节机制，使大部分患者恢复排卵功能，而妊娠。由于我国腹腔镜手术基本接近或达到国际先进水平，并有很多优点[1]，因此易被病人接受。故建议基层医院在检查输卵管因素引起不孕症时，尽量做造影术，以免延误治疗。

2. 有报告[2]自流产后第二天，宫腔杀菌力开始被破坏，流产后 3 d ~ 4 d 致病菌排出量明显增多，常为葡萄球菌和大肠杆菌，如术前生殖道有炎症未治疗，经手术干扰而引起急性扩散，加上不注意无菌操作和手术后个人卫生或药流流血时间长，人流不全，更容易引起盆腔、宫腔感染粘连，使输卵管管道狭窄、阻塞，造成不孕。此外吸、刮宫深度不易掌握，易损伤子宫内膜基底层，引起宫腔粘连，子宫内膜异位症等一系列病理过程，也可引起输卵管粘连、阻塞。有文献报道人流引起输卵管阻塞占 95.89%，一次人为终止妊娠引起输卵管阻塞占继发性不孕 73.33%[3]。故未产妇行人工流产有一定不安全性，因此必须做好避孕措施，避孕失败要终止妊娠时也要到条件好的医院、术后一定要按医生的嘱咐做好个人卫生，以免造成终生的遗憾

参 考 文 献

1 刘 彦. 实用妇科腹腔镜手术学. 北京：科学技术文献出版社，1999，119.
2. 张罗兰，译. 人工流产手术对妇女机体及其功能恢复的影响. 国外医学计划生育分册，1983，2：165.
3 陈锡玲. 未产妇人工流产致输卵管梗阻性不孕 288 例临床分析. 中国实用妇科与产科杂志，1999，15：40.

（收稿：2001-05-08）

小切口胆囊切除术的切口改进

刘燕乐* 曾义兵*

作者从 1996 年开始尝试作小切口胆囊切除术（mirulaparotomy cholecnystectomy MC）。起初仅选择体形瘦的病人，随着手术经验的积累，逐渐放宽了体形的选择。对体格健壮或肥胖的病人也施行 MC。经过手术实践体会到，MC 的难点之一是切口小，尤其是遇到体格健壮和肥胖的病人时，由于手术野深、暴露困难，操作难度增加，切口小这一难点就更为突出。为了改善这个难题，本文在一组 MC 时，将切口作了改进。从而降低了 MC 手术的难度并取得了一定的临床效果。现报告如下。

一、临床资料

1. 一般资料：本组对 50 例患胆囊疾病的患者用切口改进的方法施行了 MC，其中慢性结石性胆囊炎 37 例，慢性非结石性胆囊炎 4 例，胆囊息肉 9 例。男 14 例，女 36 例。年龄 18 ~ 59 岁，平均 41 岁。切口长度：4.5 ~ 7.0cm，平均 5.9cm 手术时间：25 ~ 80min，平均 52min。术后住院时间：3 ~ 6d，平均 4.6d，全组患者伤口一期愈合、全愈出院。

2. 切口的改进方法：为了改善 MC 在小切口条件下的手术显露，降低手术难度，将本组 MC 切口作了改进。常规取肋缘下斜切口，遇肥胖或体格健壮者，术前作 B 超定位有利于切口选择。在切开腹直肌前鞘及腹外斜肌腱膜后，沿腹外斜肌纤维方向将其内、外侧片腱膜各作外上、内下不在同一水平的平行切口，各长约 1.5 ~ 2.0cm（图 1，2），再钝性分离腹外斜肌深入其切口。

* 作者单位：610209 四川省成都市双流县中国科学院成都光电所医院