维普资讯 http://www.cqvip.com

三、讨论

口腔颌面肿瘤与瘤样病变包括颌骨囊肿、牙源性良性肿瘤、非牙源性良性肿瘤、瘤样病变和恶性肿瘤。囊肿是一种内含流体或半流体的病理性囊腔，并不是真性囊肿。发生在口腔颌面部的囊肿几乎都是上皮衬里和纤维结缔组织囊壁。口腔颌面部良性肿瘤和瘤样病变有原发于颌骨和软组织之分。WHO把良性牙源性和非真性肿瘤分为牙源性上皮和间充质性，伴或不伴牙之硬软组织形成；成釉细胞纤维牙本质和成釉细胞纤维牙瘤；牙源性间充质瘤，含或不含牙源性上皮，口腔颌面部恶性肿瘤有源于软组织之分，某些恶性肿瘤在骨组织和软组织内均可发生[4]。

以往口腔颌面部肿瘤诊断依靠临床触诊、口腔颌面部摄片、颈部B超和穿刺。口腔颌面平片，影象相互重叠，很难显示颌骨轻度骨质破坏，不能显示软组织肿物本身，无法观察瘤与周围器官和组织关系。临床触诊易漏掉小的肿物，无法了解肿物内部结构。

口腔颌面部CT扫描直观性强，而且可以不同角度，不同轴位观察，即能显示扫描区肿物形态，亦能直接反映肿物与颈部大血管关系，为临床治疗方案制定和手术可行性提供依据。故CT扫描是制定口腔颌面部肿瘤诊断和治疗方案制定不可缺少的检查手段。

参 考 文 献

1.李果珍，主编，临床CT诊断学.中国科学技术出版社，1994.151－167.
2.吴恩惠，主编，头部CT诊断学.人民卫生出版社，1995.224－256.
3.李银柱，鼻腔和鼻窦腺样囊性癌的CT诊断.中华放射学杂志，1998.32.165－167.
4.马绪臣，主编，颌面医学影象诊断学，人民卫生出版社，2000.108－143.

（收稿日期：2002－09－05）

86例腹部刀刺伤治疗体会

唐连君*

我科于1994年3月至2001年12月共收治86例腹部刀刺伤，现将治疗经验报告如下。

一、资料与方法

1.临床资料：男77例，女9例，年龄13～53岁，平均28.3岁。刀刺入口部位：左上腹23例，上腹18例，右上腹12例，左下腹13例，右下腹5例，左腰部5例，左、右下胸部3例，中腹、下腹及右腰部各2例，左背部1例。全身其他部位合并刺伤20例。

2.受伤至住院时间：1 h以内31例，1～3 h 36例，4～6 h 14例，7～9 h 4例，19 h 1例。

3.症状与体征：病人均有不同程度伤口疼痛，休克5例，有弥漫性腹膜炎36例，局限性腹膜炎23例，腹腔移动性浊音阳性45.9%，肠鸣音减弱或消失66.7%，腹腔穿刺有不凝血液11例，X线透视或摄片膈下有游离气体4例，网膜从伤口脱出19例，肠管脱出10例。术中发现受伤的脏器数：一处45例，二处20例，三处4例。未见腹腔内脏器或组织明显损伤8例。受伤的脏器有：小肠21例，胃16例，肝14例，结肠3例，胰、脾及膈各2例，十二指肠、肾及输尿管各1例，网膜及肠系膜28例等。腹腔内失血300～500 ml 9例，1000～1500 ml 6例，2500～3000 ml 2例。

4.手术方法：剖腹探查76例，其中8例没有发现腹腔内脏器或组织明显损伤，6例肠切除，1例脾切除，其余均行破裂缝合修补或缝合止血。未剖腹探查10例，其中5例单纯腹壁伤，5例腹壁穿通伤，指入探查腹腔有积血，其他无异常所见，病人脉搏、血压正常，腹膜炎不明显，肠鸣音正常，予以清创缝合，置管引流，观察无腹膜炎出现，愈合好。胸腔闭式引流1例。

二、结果

治愈83例，死亡3例，病死率3.5%。

三、讨论

1.重视早期诊断，选择恰当处理，提高治疗效果：腹部刀刺贯通伤常合并腹腔脏器的损伤，通常认为应常规剖腹探查，以免一些严重的腹内损伤误诊误治，导致严重后果。基于这种认识，本组除了5例单纯腹壁伤和另外5例腹壁贯通伤，一般状态好，本人拒绝手术，家属强烈要求保守治疗，观察没有腹膜炎出现，很快痊愈外，76例均行剖腹探查，结果：8例开腹查没见腹腔内脏器伤或明显组织伤，其中2例术前腹腔穿刺抽到不凝血液，术中见腹腔积血分别为50 ml、600 ml，积血来源于腹壁伤流入；有6例为肠系膜和/或网膜裂伤，2例肠浆膜下2 cm×2 cm小血肿，2例肝浅表割伤，术中破裂处均无明显搏动出血，非必须缝合止血。累计开腹中18例加保守治疗10例，共28例，占本组病例的32.5%，由此可以说，具有保守治疗可能性。因此，从实践认识到，对腹部刀刺伤不能一律手术探查，其原因：①据报道剖腹探查阴性的发生率太高，Forde等报告为43%，Maynard等报告为19%，王永征等报告为22.5%。②急诊手术

* 作者单位：116100 辽宁省大连市金州区第一人民医院

维普资讯 http://www.cqvip.com

增加较大危险性和相对多的并发症。③增加病人手术痛苦和住院费用。作者体会,腹部刀刺贯通伤有无内脏损伤,初期的临床表现并不十分明确,对有腹膜炎体征,肠音减弱或消失的病人应行急诊手术;对脉搏血压正常,无腹膜炎体征或仅局部有腹部压痛、肠音正常或活跃;虽腹腔抽出不凝血,但无腹腔移动性浊音;无腹胀的病人行保守治疗,严密观察,如出现腹膜炎,或腹腔引流引出胃肠内容,或引出血量超600 ml,甚至引出鲜血凝结,则中转手术,本组1例左下胸刀刺伤,X线透视左膈下少量游离气体,左上腹压痛,腹腔无移动性浊音,肠音正常,腹腔穿刺阴性,保守治疗痊愈,提示膈下游离气体可以以腹壁伤口或膈肌穿孔伴气胸而从外界进入。

2.认真细致探查,避免遗漏病灶:腹部外伤者约1/3以上是多脏器伤,本组腹内2~5处伤者为38.4%,因此术中不能满足于发现一处伤或一个脏器伤,而处理一处或一个脏器就罢,应有计划有步骤地逐一全面认真细致地探查,特别应注意不要遗漏那些隐蔽部位的损伤,以免造成不良后果。本组一例27岁男性病人,手术缝合胃前壁破口,忽略打开胃结肠韧带,探查后壁有无损伤,术后腹痛腹胀,继发中毒性休克,第3天死亡。尸体解剖:胃体后壁遗有一1.5 cm×1.0 cm破口。还有一例青年男性也做过胃前壁破口缝合术,术后腹痛腹胀,腹膜炎体征进行性加重,术后3天再次剖腹探查,发现胃后壁有一2.0 cm×1.5 cm破口,并胰体也有裂伤,虽予缝合,腹腔引流,术后积极抢救,但终因中毒性休克,抢救无效而死亡,教训极为深刻。另有一例男病人左腰背侧刀刺伤,术前导尿非肉眼血尿,剖腹探查:空肠浆肌层及肠系膜裂伤,予以缝合,经穿通伤道可及12肋骨折端,腹腔冲洗关腹,术后左腹出现包块,并进行性增大,3个月达26 cm×15 cm,B超检查包块显液性暗区,穿刺抽出淡黄色液体950 ml,随注入亚甲兰2 ml,观察尿着兰色,顺行肾、输尿管造影检查为输尿管破裂,予以置管外引流,再择期二次手术治疗。这次教训使工作更加谨慎细心了,例如对结肠、十二指肠的刀刺伤,特别注意探查对侧壁有无贯通伤;肠系膜缘的血肿即使不大,也需打开检查,以免遗漏小的穿孔;凡胃损伤,常规打开胃结肠韧带探查胃后壁有无穿孔,曾遇一例翻转检查没有发现,而通过挤压胃体,结果损伤部位漏气出泡沫而发现。还可经胃管注入亚甲兰2 ml加生理盐水200 ml混和液,有助检查胃破裂口。

腹部刀刺贯通伤过去认为应尽快手术,以挽救病人的生命。近几年来,国外有的学者[1]认为几乎有一半腹部刺伤的病人可行非手术治疗。对有腹膜穿透,网膜或肠管脱出,膈下游离气体和腹腔穿刺阳性,均不是外科手术的绝对适应证。国内有的学者[2]认为腹部刀刺伤的处理有保守治疗的可能性,因为腹部刀刺贯通伤剖腹探查的阴性率22.5%。本组统计也有20%的病人是完全可以非手术疗法治愈的。随着医学的发展,诊断方法的增多,诊断技术的提高,抗生素的发展和外科临床经验的不断丰富,腹部刀刺伤,常规剖腹探查的认识是会转变的,也是应该转变的。医疗实践中,通过外科医生对病人的认真观察,细致检查,科学分析,把握病情,是能够较准确的选择手术或保守治疗的,以不断提高其疗效。

参 考 文 献

1. Demetriades D. Indications for operation in abdominal stab wounds. Ann Surg, 1987, 205:129.
2. 王永征. 腹部刀刺伤的处理. 中华创伤杂志, 1992, (8)6:368-369.

(收稿日期:2002-10-18)

64例肺癌病理分析

姜庆久* 唐发功**

据WHO统计,在发达国家16种常见肿瘤中肺癌居首位。上海肿瘤研究所预测上海、北京肺癌发病率在2000年时将增高30%~50%,男性肺癌仍将居首位。同济医科大学1992~1993年临床病检恶性肿瘤3283例,肺癌占11.02%(362例),次于胃癌(20%)和结肠癌(18%),居第3位。患病年龄在50~59岁组占39.23%,60~69岁组占31.76%。肺癌患病年龄的峰值较文献报道者(70~79岁)年轻约20年。男与女患者比例为5.94:1;高于国内报道的2.13:1[1]。现将我院2001年肺癌病例65例报道如下。

一、资料与方法

本组65例病例均来自本院病理科2001年全年肺癌病例,其中男性52例,占80%,女性13例,占20%,男女比例为4:1。其中,年龄最大者79岁,最小者33岁。50~59岁组15例,占23.08%,60~69岁组23例,占35.38%,50岁以下组14例,占21.54%,70岁以上组12例,占18.46%。本组病例均用10%福尔马林固定,酒精脱水,石蜡包埋,HE染色,光镜检查。

* 作者单位:154002 黑龙江省佳木斯大学第一附属医院病理科
** 绥芬河市阜宁镇卫生院