维普资讯 http://www.cqvip.com

中国局解手术学杂志 2000年第9卷第1期
Chin J Regional Anat & Operative Surg, 2000, Vol.9, No.1

少，又提高了吻合的成功率，降低了病死率。因此，经多年的临床实践，我们认为，认真作好术前准备，纠正贫血及低蛋白血症，选择恰当的暴露良好的切口，游离胃和食管时应操作轻柔保证吻合部位的血运，提高术者的技术水平更是势在必行，因此，为了进一步确保吻合成功而减少吻合口瘘的发生，除以上注意事项外，采用 GF-Ⅰ型管型吻合器行机械吻合后，在吻合口处加用全层间断缝合方法可使术后吻合口瘘发生率明显降低，从而提高手术效果。

（收稿：1999-08-30）

76-77 外伤性 肝破裂 诊断 治疗

外伤性肝破裂28例诊治分析

王瑞福* 隋 岩** 龚光清***

R657.32

我院1985年至1995年共收治外伤性肝破裂28例，现就早期诊断及各类型的外科治疗进行讨论。

一、临床资料：本组28例，男25例，女3例，年龄最大56岁，最小15岁，青壮年24例。损伤类型：钝性伤26例，刺伤2例。右叶损伤16例，左叶伤6例，左右同时受累6例，有合并伤者14例，主要合并有肋骨骨折，血气胸和腹膜血肿等，合并3个脏器损伤8例，就诊时有休克者19例。

二、结果：本组临床表现及检查情况详见表1和表2。本组28例除2例保守治疗外，26例均手术治疗，治愈率89%，死亡3例，为术后2～7天分别死于其它合并伤引起腹腔内出血，胆瘘及感染性休克；急性肾功衰竭等。

表1 临床表现及检查结果

	腹膜炎体征	休克	腹穿阳性	B超阳性
例数	20/28	19/28	23/25	27/28
%	71.4	67.8	92.0	96.4

表2 治疗方式及结果

治疗方式	总例数	治愈例数	死亡例数
保 守	2	2	
肝右叶部份切除	5	5	
肝脾修补加胃部切除	2	2	
肝修补加脾切除	2	2	
肝修补加引流	7	7	
肝尾状叶切除加明胶海绵填塞	2	2	
肝胆囊修补造瘘加引流	1	1	
肝修补加肝固有动脉结扎	4	4	
肝修补胆总管引流	1		1
右肝叶切除加引流	2		2
合 计	28	25	3

三、讨论：1.早期诊断：开放性锐器刺伤诊断并不困难，闭合性肝外伤则可根据患者的腹部外伤史，右侧肋弓部压痛，不同程度的休克，腹膜刺激征等作早期诊断，本组出现休克者占67.8%，腹膜刺激体征占71.4%。本组对其中25例患者作诊断性穿刺，阳性率为92%，B超对肝外伤的诊断有肯定性帮助，尤其对肝包膜下血肿，肝实质中心性血肿及肝面浅度裂伤。本组28例作B超检查，阳性率为96.4%，CT亦可帮助诊断。2.肝外伤的治疗：较严重的肝外伤必须施行手术治疗，而正确的手术操作和恰当的手术方式是抢救成功的关键。基本要点是加强复苏，立即手术止血，清除失去活力的组织，胆汁和积液的通畅引流及术后的支持疗法。重点是保持呼吸道通畅，纠正低血容量休克，对严重肝外伤应采用多路静脉输入，在输液、输血扩大血容量的同时进行腹腔探查，进腹腔后吸净腹腔积血，迅速检查判断腹腔内脏器情况，以便有计划有步骤地进行手术处理，左肝伤易在切口下见到，而较多的肝右叶损伤，尤其在右膈顶部，右侧面及背后侧通过术者用手触摸来发现。一般在肝伤面及其附近存在着大量的血液及血块，术者可用手心部将其托出取净，禁止用吸引器吸引，以免加重肝组织的损害，仔细了解肝损伤的部位、伤口的大小，深度及形态，我们将肝外伤分为四类，Ⅰ度为轻度肝外伤，即单纯包膜下血肿，不超过10cm，或浅度肝实质裂伤长度小于5cm，用修补加引流即可。Ⅱ度为中度肝外伤，有较大的肝实质裂伤大于5cm，深度达3～5cm，伴有活动性出血，我们采用指切法通过肝撕裂伤口用手指分切至正常肝实质或显示损伤的血管或胆管并结扎，用缝合或填塞大网膜或开放引流。Ⅲ度为重度肝外伤，有广泛性粉碎性肝损伤伴大量活动性出血，典型呈星状损伤。多见于右肝部位，此类型肝外伤有的用上述方法处理，有的行不规则肝叶或肝段切除术。Ⅳ度为极重度肝外伤，指广泛性肝双叶损伤，并有肝静脉，动脉和腔静脉损伤，手术方法是迅速切除破损右肝，暴露肝后术野，直视下修补血管。3.引流：肝损伤手术清创后止血创面通常继续有渗血液，胆汁漏出必须引流以减少感染机会。因此，我们对所有肝外伤手术病例均放置引流，对肝叶切除者或肝面清创留有创面者，放置双套管持续负压吸引3～5天，我们的经验是

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯纸业集团职工医院
** 佳木斯市第二人民医院
*** 佳木斯大学医学院第一附院

维普资讯 http://www.cqvip.com

尽早拔除。至于T管引流，只用于肝外胆管损伤者。

从表2可以看出对广泛性肝损伤，行肝叶切除术的死亡率较高。急诊肝叶切除术后并发的凝血障碍已被公认为死亡的常见原因，胆破裂的主要危险在于出血。死亡和术后败血症的多器官衰竭，因此改善肝损伤的疗效，必须做到早期诊断，尽早手术并采用恰当的手术方式，才能提高疗效。

（收稿：1999-05-24）

妊娠中期合并急性化脓性坏疽性阑尾炎并穿孔一例

蒋有香

一、临床资料：患者30岁，一天前无明原因出现上腹部疼痛不适一小时后转为全腹痛而住院。患者自感畏寒发热，无恶心、呕吐及腹泻，无阴道流血流水。病后精神、睡眠及饮食均差，大便未解，小便约250ml。查：体温36℃，脉搏100次/分，呼吸28次/分，血压12/8kPa，发育正常，营养差，神清，呈急性痛苦面容，心肺正常，腹丰满，宫底平脐，可扪及6月大小胎儿，胎心音好140次/分，律齐。全腹压痛，反跳痛明显，轻度肌紧张，肝、脾、肾均未扪及，腹部叩诊呈鼓音，未闻及肠鸣音。血常规报告：Hb:80g/L。RBC:2.8×10^{12}个/L。WBC:21.3×10^{9}个/L，N:0.82，L:0.18。入院后初诊为：(1)弥漫性腹膜炎，(2)急性化脓性阑尾炎，(3)孕6月。考虑立即手术，术中见腹腔内大量脓液约500ml，子宫平脐，宫缩频繁难受，血压0/0kPa，脉搏132次/分，呼吸28次/分，立即吸氧、静滴多巴胺80mg，静脉切开加压快速输液，半小时后血压12/8kPa，呼吸30次/分，脉搏120次/分。当时考虑患者有流产可能。阑尾充血水肿，根部化脓穿孔坏死，在阑尾根部将阑尾切除，大量盐水冲洗腹腔干净后，甲硝唑200ml又冲洗腹腔，右下腹置腹腔引流管一根，关腹术毕。病理报告：坏疽性阑尾炎并穿孔。术后患者持续腹痛、宫缩频繁、无阴道流血流水8天，家属要求引产，因患者感染期，禁引产，只待期自然流产。每天一次用硫酸镁30ml加10%葡萄糖500ml静滴，每分钟15滴，抑制宫缩。在胎心音不佳时，予以吸氧及输三大联等安胎处理。术后第七天引流口分泌物培养出大肠艾希氏菌，并且对诺氟沙星、庆大、头孢三嗪等药物敏感，此药对胎儿有一定影响。在每天使用青霉800万^{U}基础上，加用诺氟沙星0.2g静滴增强抗炎。术后第九天患者腹痛，宫缩减轻，无发热及阴道流血流水。术后第十三天患者已排气排便。术后第十六天患者自觉脐周间隙性隐痛不适，饮食及二便正常，无宫缩、胎心音好130次/分，律齐而出院。

二、讨论：急性阑尾炎好发年龄10～30岁。妊娠期急性阑尾炎较常见，大约每1500例妊娠妇女有1例。急性阑尾炎是由于阑尾腔内粪石或淋巴样组织过度增生导致管腔阻塞而引起阑尾炎。若未能及时识别及处理，则炎症和水肿引起局部血管栓塞、缺血，造成阑尾坏疽和穿孔。妊娠期急性阑尾炎，由于妊娠时因解剖和生理改变，使阑尾炎症状隐晦，诊断困难。妊娠3个月后阑尾基底部位于髂嵴下二横指；5个月后阑尾位置向外上侧推移，约在髂嵴水平；8个月后升至髂嵴上方约二横指；产后10天恢复接近原位。妊娠期盆腔充血，大网膜上移，阑尾炎症不易局限而致阑尾穿孔和弥漫性腹膜炎的发生率比非孕期高1.5～3.5倍。为提高诊断率，取左侧卧位有利于检查出阑尾触痛区，盆腔右侧或可摸到明显的肿块，但在孕期上述检查常阴性。在孕16～18周是妊娠期手术相对安全期，手术均可引起流产、早产，所以安胎措施至关重要：(1)术者动作要轻柔，尽量避免刺激子宫；(2)手中麻醉及术后用药，要选择对胎儿无毒副作用的药物；(3)手术后注意镇静、安胎治疗；(4)防感染。总之，妊娠期急性阑尾炎的诊断和处理均困难，尤其是妊娠中、后期。由于急性阑尾炎在妊娠期穿孔和弥漫性腹膜炎发生率高，会严重影响母子生命安全。因此，及时正确的诊断和处理十分重要而不可忽视。

（收稿：1999-06-08）

* 作者单位：556600 贵州省天柱县中医院

77-75 拔T管 胆瘘 胆结石 64

拔T管引起胆瘘12例分析

孙亚传* O R657.4

我院从1990年5月～1999年5月共收治拔T管引起胆瘘12例。现就其产生原因、临床诊断、处理及预防分析如下。

一、临床资料：本组男4例，女8例。年龄40～70岁，平均52岁。全组均为胆囊或胆总管结石行胆囊切除及胆总管切开取石或探查术而放置T管引流，术后12天开始拔T管，13天行T管造影。仅1例发现胆总管下端有残留结石，其他11例均正常。8例于术后二周拔T管，3例术后三周拔T管，胆管残留结石者于术后6周拔管，行胆道镜取石。全组拔管后均出现不同

* 作者单位：213003 江苏省武进市医院外科