维普资讯 http://www.cqvip.com

中国局解手术学杂志 2001年第10卷第2期
Chin J Regional Anat & Operative Surg, 2001, Vol. 10, No. 2

一、临床资料与方法

1、一般资料：本组共64例，随机分两组。急诊手术组33例，男性14例，女性19例，平均年龄56岁；急性单纯性阑尾炎21例，化脓性阑尾炎12例；中西医结合组31例，男性11例，女性20例，平均年龄55岁，急性单纯性阑尾炎20例，化脓性阑尾炎11例。两组病人均为发病48小时之内来医院就诊，用B超检查均除外阑尾周围脓肿及阑尾周围炎性包块。两组病人年龄、性别、病情、糖尿病的处理原则无显著差异。

2、诊断标准：阑尾炎诊断标准：高等医药院校教材《外科学》第四版。糖尿病诊断标准：高等医药院校教材《内科学》第四版。

3、方法：本组病人诊断明确后，及时了解患者血糖水平，有无酮症酸中毒及心脑肾并发症，并做相应治疗，本组病人用5%葡萄糖盐水加胰岛素10U和氯化钾1g静滴，有酮体酸中毒者胰岛素50U葡萄糖盐水500ml中，以0.5～5.0U/h静滴，每1h测血糖、尿糖、尿酮体一次，及时调整胰岛素用量，控制血糖在7.0～11.1mmol/L；尿糖(+)酮体阴性，经4～6h后手术组行急诊阑尾切除术。中西医结合组给予抗生素静滴，同时服中药《阑尾清解汤》(天津南开医院方剂)，加位：花粉、麦冬、天冬、石膏等。

二、结果

中西医结合组18例病人经3～7d的治疗病情加重，出现腹膜炎，阑尾周围脓肿且有明显感染中毒症状，转手术治疗。两组病人结果见表1。

表1 两组病人住院期间的一般情况

	发烧(d)	血象升高(d)	住院(d)
急诊手术组	4.48±1.29	4.81±1.03	8.61±1.48
中西医结合组△	10.26±7.13	10.77±6.88	14.25±7.12

注：△：$P<0.01$

急诊手术组并发症为27%，中西医结合组并发症发病率48%，$P>0.01$，两组手术切口感染率分别为13/33(36.4%)，8/18(45%)，$P>0.05$。

表2 两组病人住院期间并发症与死亡情况

	泌尿系感染	肺部感染	败血症	应激性	肾衰	死亡
急诊手术组	3	2	1	0	1	1
中西医结合组	4	3	4	1	1	2

三、讨论

糖尿病是外科手术病人的一个危险因素，特别是因感染需要手术的病人。糖尿病与感染，二者相互影响，互为因果。感染可引起或加重糖尿病，而糖尿病病人则容易感染。我们通过对比发现对于急性阑尾炎患者应在控制血糖及纠正酮症的同时，及早手术治疗。高血糖有利于链球菌、大肠杆菌及肺炎球菌等病原体的生长繁殖，再者，高血糖使用权血浆渗透压升高，抑制白细胞的吞噬能力，病人蛋白合成减少，分解加快，免疫球蛋白、补体等合成减少，这些都降低了机体抗感染能力，感染灶的清除及有效的引流对于急性阑尾炎病人非常重要，当血糖值>11.1mmol/L时，伤口愈合强度减弱，高血糖可降低病人的防御感染能力，胶原合成缺乏，毛细血管内向生长减少，纤维母细胞增生减少等因素造成创伤不愈。但控制高血糖后这种影响是可逆的，应给予足够的胰岛素把血糖控制在11.1mmol/L以下。我们认为胰岛素以人液静点为宜，除酮症酸中毒加入生理盐水外，均加入5%的葡萄糖盐水内。输糖不是糖尿病的禁忌症，只要胰岛素与葡萄糖配比合理，能减少机体蛋白与脂肪的分解，减少酮体的产生。机体感染，手术作的一种应激状态，通过激素调节不同程度的引起的血糖升高，胰岛素的用量更加困难，不应遵守某一经验配比，应及时检查血糖，尿糖及酮体、根据检验结果合理调整胰岛素的用量，更为安全科学，在遵循以上原则的基础上要注意电解质紊乱及时补充矿物质。

总之，急性阑尾炎合并糖尿病患者，急诊手术较中西医结合治疗病程短、费用低，并能减少并发症的发生。手术力求简单，有效，不宜扩大手术范围，而应尽量缩短手术时间。

(收稿：2000-12-18)

晶水囊中期妊娠引产48例临床分析

祝美洲*

自从雷夫奴尔广泛应用于中期妊娠引产后，晶水囊引产日渐减少。近年来，我科对部分引产病例采用晶水囊引产这一方法，收到满意效果，报道如下。

一、资料与方法

1.资料来源：选择1997年1月至1998年12月，我科人院引产病例，孕周15～28周，共48例。肝、肾功能正常，表面抗原阴性。急性阴道炎，高血压病、疤痕子宫及孕期有阴道流血者，均为本方法禁忌症。48例病人中，年龄最小20岁、最大为48岁，平均30.5岁。其中经产妇18例。

2、方法：孕妇阴部备皮后，取膀胱截石位，外阴、阴道、宫颈常规消毒，宫颈钳钳夹宫颈前唇，用大镊子钳夹水囊，沿宫腔侧壁缓缓送入宫腔，如有出血，则改变方向从另一侧置入，操作过

* 作者单位：114032 辽宁省鞍山市鞍钢立山医院妇产科

维普资讯 http://www.cqvip.com

程中，防止水囊接触阴道壁。然后向水囊内注入室温生理盐水，注入量为：孕月 × 100ml，最多不超过 500ml。注入后，尿管末端折迭结扎，纱布包裹后置于阴道内。

二、结果

48例孕妇水囊引产一次成功者46例，占95.83%，水囊置入至规律宫缩最短3h，最长31h，平均14.5h。水囊置入至分娩最短为6h，最长为76h，平均时间为32.4h，产后失血量最少50ml，最多500ml(一例)，平均失血量102ml，胎盘完整娩出者26例，占54.16%，胎盘、胎膜残留者20例，占41.67%，其中18例经手取胎盘或胎膜后，胎盘完整2例行钳刮术。48例水囊引产病例，因产力不好加用催产素者21例，占43.75%，催产素用量为2～40U(累计量)。引产中或引产后，体温升高超过38.5℃者9例，占18.80%。全部病例均予抗生素预防及控制感染。两例失败病例，分别妊娠16～18周，均系水囊脱落后无规律宫缩，经静点催产素后，宫口扩张不理想，改用钳刮术，其中一例发生产后失血(500ml)。

三、讨论

1、晶水囊引产具有成功率高、引产时间短、失血量少，无药物副作用等优点，在中期妊娠引产中的作用不可低估。本文资料成功率为95.83%，与上海第一人民医院报道的低温水囊引产成功率97.66%相接近。

2、水囊引产只限于中期妊娠，术前应验肝功，乙肝系列等。

3、晶水囊引产，往往需加用催产素。由于中期妊娠子宫对催产素不甚敏感，故催产素用量可稍大，一般可从10U开始(5%Glucose + 催产素10U)，滴数宜控制，且应有人专门看护。

4、晶水囊引产最主要的并发症为感染。本文病例T > 38.5℃者4例，高达18.80%，故晶水囊引产，宜严格选择病例，阴道炎症应列为禁忌，操作中，防止水囊碰撞阴道壁，水囊在宫腔放置的时间应小于24h，全部病例均应用抗生素预防及控制感染。

(收稿：2001-02-26

低位胸导管结扎预防食管癌术后乳糜胸41例报告

李 俊* 王俊东* 李 庄* 李爱民*

乳糜胸是食管癌切除术后的严重并发症之一，我们自1993年7月～2000年6月，对41例食管癌手术切除患者，施行低位胸导管预防性结扎，术后无1例发生乳糜胸，现报告如下。

一、临床资料与方法

1.般资料：本组41例，男性33例，女性8例。年龄在32～70岁，平均60.3岁，其中食管中段癌23例，下段癌13例，贲门癌5例，行主动脉弓上吻合20例，颈部吻合3例，主动脉弓下吻合18例。

2.手术方法：在手术侧膈肌裂孔上5～6cm处胸主动脉内缘剪开壁层胸膜，两侧奇静脉之内、脊椎之前，剪开椎前筋膜，分开脂肪组织，即可显露胸导管，然后用直角钳小心将胸导管及前面覆盖的胸膜、脂肪组织一并分离，用10号粗丝线双重大块结扎。

二、结果

本组41例食管癌手术切除患者，施行低位胸导管预防性大块结扎，术后无1例发生乳糜胸。

三、讨论

1.胸导管和双侧纵膈淋巴间有丰富的吻合支，且解剖变异大，加之食管癌病变较长或外侵，切除剥离广泛，故术中易损伤胸导管及其属支，尤其是属支损伤，术中不容易发现。国内资料统计，其发生率为0.4%～2.6%，主要发生在中上段食管癌术后。

2.胸导管管壁薄，管内压比静脉压高，术后胸腔为负压，管内外压力差较大；加之乳糜液中抗纤维蛋白酶含量大，凝血酶含量低，乳糜液凝固缓慢，破口处不易愈合。因此，术中预防性结扎胸导管，可降低食管癌术后并发症的发生率和围手术期死亡率。而淋巴循环实际是血液循环的支流，胸导管与双侧纵膈淋巴间有丰富的吻合支，所以预防性结扎胸导管并不影响正常的淋巴循环。

3.胸导管结扎的方法 我们认为：只要熟悉胸导管的解剖特点，结合低位，钝性分离，无需强求显露胸导管，将主动脉与奇静脉之间和脊柱前组织大块用粗丝线结扎，用力不宜过大，可避免结扎线切割损伤胸导管，且周围组织也可起到垫片作用。总之，只要采用正确的操作方法，低位预防性大块结扎胸导管，可有效地预防术后乳糜胸的发生。

(收稿：2001-01-08)

* 作者单位：671000 云南省大理医学院附属医院外二科