维普资讯 http://www.cqvip.com

才能使之为广大群众所掌握，并付诸于实践，实现自身的社会价值，服务于社会，科研成果和技术成就才会变成生产力和物质财富，科普是科学社会化和科学化的必然产物。因此，不搞科普，科研便失去了意义，而离开了科研，科普就成了无源之水、无本之木也是没有前途的。有些国家要求大学生毕业时，除提交毕业论文外，还必须提交一篇内容相同的科普作品。1981年钱学森指出：研究生在撰写论文的同时，最好再写一篇同样的科普文章。因此，科研离不开科普，科普也离不开科研二者应当同时并举、双管齐下。

三、科普创作需要作者奉献领导支持

早在1979年，当时的卫生部长钱信忠指出："中华医学会如果不做普及工作，学会的工作就只做了一半。"1988年卫生部长陈敏章在全国健康教育理论学习班上讲话时又指出：一篇科普文章就是一张社会处方，一篇好的科普文章所产生的社会效益，并不亚于高技术学术论文的效果。看不起科普是没有道理的，评薪论职时不把科普作为衡量工作成绩的一项指标是很不公平的。因此，目前应尽快改革职称评定中只看论文、外文凭资历的弊端。对优秀的科普工作者，应当特殊对待，给予奖励以调动广大医务工作者进行医学科普创作的积极性。另一方面作为科普作才应当有奉献精神，摒弃社会偏见，克服科普创作"吃亏"的错误认识，焕发创作热情努力工作，在撰写医学论文的同时，根据自己的专业特长，结合教学与临床实践以人们喜闻乐见的方式撰写出高水平的医学科普文章，赢得科普应有的社会地位，为人类身心健康做出更大贡献。

（收稿：2000-04-01）

269-270 医源性隐睾 治疗 病因 防治 R6

医源性隐睾及其处理

原志平*

R697.72

先天性隐睾系小儿常见病，其临床处理方法已基本定型，手术效果尚满意。但由于其他所致隐睾，尤其是医源性隐睾症在临床少见报道。本文将手术后6例并发医源性隐睾，2例由首诊医师漏诊的创伤性隐睾，统称为医源性隐睾予以报道，并对其病因和防治方法加以讨论，以其引起广大临床医师的重视。

一、资料和方法

1.临床资料：本组8例，年龄2～24岁不等，病程2月～3年，其中左侧隐睾3例，右5例。位于腹股沟管内环与外环之间，6例靠近外环口，2例靠近内环口，详见附表。

附表 8例医源性隐睾症

序号	年龄(岁)	部 位	病 因	病 程(月)	处理方式	随 访
1	24	左侧近内环处	阴囊脚踢伤	36	手术切除	隐睾胚胎癌12月肺转移
2	8	右侧腹股沟区	右斜疝术后	6	睾丸复位术	随访12月正常
3	5	右侧腹股沟区	右斜疝术后	12	睾丸复位固定	随访12月正常
4	19	右侧近内环处	会阴部创伤	3	睾丸复位	随访24月正常
5	3	左侧腹股沟区	右精索鞘膜积液术后	2	睾丸手法复位	随访12月正常
6	2	右侧腹股沟区	右斜疝术后	12	睾丸手法复位	随访6月正常
7	12	左侧腹股沟区	精索静脉剥脱	3	睾丸手法复位	随访12月正常
8	2.5	右侧腹股沟区	交通性鞘膜积液并斜疝	6	睾丸手术复位	随访12月正常

2.非手术治疗：本组有3例行手法间断牵引（每日手执睾轻柔下推至阴囊内，反复数次，每次10分钟余），伤口疤痕热敷、按摩等。其中1例加用绒毛膜促性腺激素（HCG）进行一个疗程注射。HCG1 000u肌注，每周两次，十次为一疗程，3例其本降入阴囊，其中1例降至阴囊底部，两例降至阴囊根部，较健侧位置略高。其余5例非手术治疗无效，改行手术。

3.手术治疗方法：本组两例创伤隐睾经患侧腹部横纹切口，顺肌纤维方向切一腹外斜肌腱膜，在腹股沟管找到睾丸，游离精索及局部粘连，其中1例无张力复位阴囊内，无需固定牵引。另一例睾丸肿大，有结节形成，结合病程已3年之久，遂将睾丸切除。

另外3例术后并发的隐睾症，经原手术切口探查睾丸，见腹沟管结构变异，精索血管稀少、睾丸与周围组织粘连固定上移，术中松解粘连、游离精索、注意保护精索血管，将睾丸还纳入阴囊，做皮下固定。

二、结果

3例经手法牵引复位者，睾丸均能逐步下降至阴囊，未再回缩。分别随访12月2例、6月1例，睾丸大小有硬度均与健侧

* 作者单位：043300 山西省河津市山西铝厂职工医院外科

维普资讯 http://www.cqvip.com

比较无明显差异。2例创伤所致隐睾患者中,1例睾丸复位后随访2年无异常、1例隐睾恶变切除后1年双肺转移死亡。余3例手术所致隐睾患者经手术将睾丸复位到有袋中下部、随访12个月无异常.

三、讨论

1.后天性隐睾是指患者出生时睾丸大小及质地正常,因某种原因如手术、炎症、创伤、肿瘤等所致睾丸上移于腹股沟或腹腔。分析本组8例病因,其中有2例系创伤所致,钝性外力突然作用于患侧阴囊,阴囊内容飞速上移突破鞘膜,嵌顿于腹股沟区,受伤当时局部剧烈疼痛,睾丸挫伤、出血、粘连,不能复位。首诊医师未能发现,其中1例漏诊达3年之久,致使睾丸恶变切除。另1例漏诊3月后发现,手术治愈。另外6例隐睾与手术直接相关(医源性)。分析原因多与腹股沟区手术操作不当、动作粗暴、术中上拉精索及睾丸,结扎精索静脉时精索扭曲、折叠、局部固定、剥离及切除疝囊、精索鞘膜或修补腹股沟管前后壁时缝合不当,致使睾丸位置上移,术后未能及时复位,术后瘢痕挛缩、粘连均可造成隐睾。追问病史,6例医源性隐睾均系青年医师缺乏手术经验、轻视疝、精索鞘膜积液、精索静脉结扎为小手术,操作失误所致。近年来我们针对该种情况强调正规手术操作,上级医师指导、术中尽量不牵拉睾丸,或嘱助手固定睾丸于阴囊。若术中睾丸被上拉至切口,应将睾丸妥善复位,避免扭转及损伤。采取上述方法、基本避免了因操作不当所致医源性隐睾的发生。

2.创伤性及术后医源性隐睾若发现,即应立即治疗。位置靠近阴囊者,经体外徒手间断轻柔牵引、推拉、局部理疗、热敷,甚至精索阻滞麻醉手法复位,有一部分可以降入阴囊。我们体会若经上述方法治疗2月以上无效,应立即手术复位,以免影响睾丸发育。治疗效果与病程长短密切相关。本组1例创伤性隐睾3年余,术中发现睾丸有结节样肿大,切除后病检为胚胎癌,而其余7例因病程较短、睾丸大小及硬度基本与健侧无异。

3.创伤及术后隐睾的手术治疗与先天性隐睾相同。患者因有外伤有手术史,腹股沟区解剖结构多有变异,睾丸及精索与组织互相粘连,术中应首先解剖精索及睾丸,注意保护输精管及精索血管。应在睾丸被膜外细心分离,精索应彻底松弛。尽量在睾丸鞘膜间分离至阴囊底部,将睾丸复位。必要时睾丸与阴囊皮肤缝针固定,以防扭转。一般无须牵引,很少术后回缩。本组患者随访1~3年、均未见明显回缩现象。

总之、对创伤性隐睾症及时诊断与治疗,早期处理,避免漏诊。而术后隐睾则是可以经过完善技术而避免发生的,应重在预防,以减少病人不必要的痛苦。两种隐睾症的治疗,效果满意、明显优于先天性隐睾。

(收稿:2000-03-22)

170-171 药物穴位注射 麻醉 甲状腺 的手术 47

药物穴位注射麻醉用于甲状腺手术的探讨

樊长川* 杨再隆 罗康战* R653

近几年来,我院采用药物穴位注射麻醉用于甲状腺手术取得满意效果,现报道如下。

一.临床资料

1.一般资料:男性9例,女性31例,年龄24~58岁。甲状腺囊肿12例,甲状腺腺瘤24例,甲状腺功能亢进4例、术后均作病理检查证实。

2.方法:术前常规准备,肌注东莨菪碱0.3mg,鲁米那钠0.1g。入室后选择上肢双侧合谷、内关穴定位。用2%碘酊和75%乙醇消毒,用备好药物(10ml注射器,22号长2.5cm针头,抽吸哌替啶100mg,异丙嗪50mg,生理盐水2ml)先在左手合谷穴行针刺、待患者自觉酸、麻、胀后、回抽无血液注入混合液1.5ml。拔针后、换一针头在同侧内关穴注入混合液1.5ml。再以同样方法在右手合谷和内关穴行针刺注药。注药后按压各注药穴位其酸,麻、胀感各约2分钟,并按摩病人双侧太阳穴约10分钟。密切观察病人血压、脉搏、呼吸的变化。

3.结果

注药后按摩太阳穴约10分钟后,麻醉开始起效、针刺病人术野疼痛消失后,术者开始消毒。麻醉评估以手术开始切皮肤为最后评价标准。分为良好、满意、欠佳和无效四个等级:①痛觉完全消失、切开皮肤毫无感觉为良好;②痛觉消失、切开皮肤有感觉为满意;③痛觉迟钝,牵拉不能忍受,需辅助其它药物为欠佳;④用手术镊夹术野皮肤、疼痛明显,无法切开皮肤而需改用其它麻醉者为无效。结果:良好28例占70%,满意8例占20%,欠佳3例占7.5%、无效1例占2.5%。术中病人清醒、语言对答清楚。1例术中出现兴奋、烦躁,血压升高、心率增快,静滴安定10mg,吸氧,约10min症状消除,病人安静入睡。术后当天下午随访无呼吸困难和其它不适。本组病例中24例返病房后入睡约3~5h,16例无睡意,无1例出现其它不适和并发症。麻醉持续时间最长5h、最短2h。

二、讨论

甲状腺手术多采用颈丛神经阻滞和局部麻醉,由于颈丛神经阻滞深支常采用单侧阻滞、术中牵拉时疼痛难忍,给病人带来很大痛苦。局部麻醉使局部组织水肿,术中受到影响。50年代后期,甲状腺手术采用针麻曾取得了一定效果,但经总结仍有一些镇痛不全和操作不便等不足。根据中医学中的辨证施治、以"循经取穴"的方法,通过针刺和药物同时作用下,达到较

* 作者单位:557400 贵州省从江县民族医院