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

维普资讯 http://www.cqvip.com

程度腹痛、发热、恶心、呕吐症状，1例三周后拔管者并出现面色苍白、脉搏细速，血压下降之休克表现。经分别肌注654-2解痉、止痛、禁食、补液，并立即从T管窦道插入合适导尿管引流，其中5例症状逐渐缓解，一周后逐日将导尿管向后拔出1cm，二周后拔除。另5例经上述处理后腹痛症状不缓解，全腹肌紧张，压痛及反跳痛明显。从T管窦道插入胆道镜检查，发现窦道缺如或不完整，镜头进入腹腔，遂立即手术，重新放置T管或引流管。还有2例当时症状好转，但以后体温升高，右肋部叩痛明显，血象升高，B超提示右膈下积液，局部穿刺抽及胆汁，遂在局麻下切开引流，7天后即无胆汁引出，体温恢复正常。本组12例均治愈，无死亡。

二、讨论：①胆总管切开T管引流术后二周，沿T管四周就被大网膜、纤维结缔组织包裹，形成一窦道，拔管后该窦道很快就被结缔组织长满、闭塞，而不会引起胆瘘。这就是常规二周后拔T管的依据。但近来有越来越多的二周后拔T管引起胆瘘的报导。本文12例中，二周后拔管8例，三周后拔管3例，六周后拔管1例。②T管周围窦道形成不全是拔管后引起胆瘘的主要原因。影响窦道形成的因素有糖尿病、肝硬化、营养不良、低蛋白血症及长期服用激素类药物抑制了胶原纤维合成。另如T管从皮肤引出的位置不当，使得T管在腹腔内行程过长，均易导致窦道形成不全。胆总管下端残留结石或狭窄，拔管后使得胆汁排泻不畅，胆道内压力升高，也可使得窦道壁破裂形成胆瘘。术毕关腹前未将大网膜填塞于T管四周，或者大网膜完全切除者也易导致窦道形成不全。全组12例中合并糖尿病3例，严重营养不良2例，T管放置位置不当在腹腔内行程过长3例，胃癌时切除全部大网膜1例，拔管动作粗暴导致窦道撕裂2例。胆管下端残留结石1例。③拔除T管后如出现剧烈腹痛、发热、呕吐等症状，应考虑有胆瘘之可能，可以适当应用解痉、止痛剂，并立即从T管窦道口插入合适导尿管引流，密切注意腹部情况，如症状好转则可保守治疗，如腹痛加剧且导尿管无胆汁引出，应行窦道造影或胆道镜检查，证实胆瘘后应立即再次手术重新放置T管或其它引流管。本组5例保守治疗成功，7例再次手术放置引流管。④防止拔T管后引起胆瘘的方法有以下几点。首先对于择期手术病人应先控制血糖，治疗糖尿病。术前纠正低蛋白血症和营养不良。术毕关腹前应将大网膜填塞于T管四周并加以固定，以利于术后产生粘连，形成窦道。大网膜已切除或过短者，为防止术后窦道形成不全，T管最好从切口中引出。T管从皮肤引出口应靠近切口，如过偏于外侧，T管在腹腔内行程就过长，窦道就有可能形成不全。对于有上述合并症者拔管时间应适当延长，拔管前除需要进行常规T管造影术，对怀疑有窦道形成不全者可行T管窦道间隙造影，即可了解窦道是否完全，决定是否拔管。拔管时动作应轻柔，避免粗暴操作将窦道撕裂。

（收稿：1999-08-30）

高位隐睾症的诊断及术式改进（附38例报告）

张玉亭*

隐睾系指一侧或双侧睾丸停止于下降途中，而未进入同侧阴囊，可位于肾脏下极至腹股沟管下端之间的任何部位，我们把睾丸位于腹股沟管内环以上的隐睾称为高位隐睾。由于睾丸位置高，对诊断及治疗增加了一定的难度。我们采用了一系列诊断方法及对手术方式进行了改革，并取得了良好效果，现将其报告如下。

一、临床资料：本组38例均为高位隐睾症。年龄2～12岁，平均6.3岁，其中4例为双侧隐睾，1例合并有马蹄肾畸形，26例行B超探查，6例被诊断定位，无假阳性，20例假阴性，诊断率为23%。30例行CT检查诊断定位，无假阳性。2例行核磁共振检查定位，无假阳性。睾丸位于内环附近32例，髂血管上方5例，左肾下极1例。手术方式：作沿腹股沟皮纹切口，分层切开皮肤、皮下组织，打开腹外斜肌腱膜，并保护髂腹下神经和髂腹股沟神经，打开腹股沟内环，切断腹外斜肌、腹内斜肌及腹横筋膜，找到睾丸。充分游离睾丸及精索后，仍不能使睾丸无张力降至阴囊，让精索通过腹腔直行向下并做成新的内环口，经耻骨前方穿出。新内环口根据精索粗细而定，原则是精索血管不受压。在睾丸系带缝合一针，再固定于腹股沟韧带或阴囊上部。术后使用HCG1.500IU，每周两次，共10次，1年后行二次手术。

二、结果：本组38例，二次手术时见睾丸发育良好，局部轻度粘连。通过腹腔精索无粘连，游离睾丸后无需再游离精索即可完全无张力，使睾丸降入阴囊。二次手术后半年至2年复查，睾丸发育良好，无任何并发症发生。

三、讨论：高位隐睾在临床物理检查中摸不到睾丸，往往需借助现代化仪器进行诊断定位及排除其它合并症。因B超价格低，可做为首选，CT及核磁共振检查诊断阳性率高，但价格高，可做为第二线应用。术前应做到定位诊断，避免术中损伤，再者高位隐睾精索血管较短，要完全无张力，使睾丸一次降入阴囊十分困难，强行牵下易发生睾丸缺血坏死萎缩，让精索通过腹股沟管固定睾丸，二次手术时局部粘连较多，游离时易损伤精索血管，用硅胶膜包裹睾丸及精索虽可减少粘连，但一般医院又缺乏手术材料。让精索直行向下通过腹腔并形成新的内环口经耻骨前方穿出，睾丸固定于腹股沟韧带或阴囊上部，可减少精索粘连，缩短二次手术时间及避免精索血管损伤，且可缩短精索行程，为二次手术顺利进行做好充分准备。

（收稿：1999-06-08）

* 作者单位：043300 山西省河津市山西铝厂职工医院外科