维普资讯 http://www.cqvip.com

手术治疗急性附睾炎43例临床观察

第二医院泌尿外科
张维力 何士元 蔡天恩 郑光天 杨七永

提 要 从1984年1月至1988年6月施行附睾切开术治疗急性附睾炎43例。本文对本病的病原菌、手术原则、超声多普勒检查以及麻醉方法进行讨论，认为附睾切开术是一种治疗急性附睾炎的有效方法，值得应用

关键词 附睾炎；附睾切开手术

急性附睾炎是泌尿外科最常见的阴囊内炎性疾患，以往多采用非手术治疗。病程长，易复发，而且少数病人有并发睾丸坏死的危险。我科自1984年1月至1988年6月施行附睾切开减压术治疗急性附睾炎43例，现将临床观察结果报告如下。

临床资料

病人年龄为20～65岁，其中<40岁者35例(81.4%)，>40岁者8例(18.6%)；发病时间为18小时～14日，其中32例(74.4%)≤72小时；13例(30.2%)有尿路刺激征；25例(58.1%)尿常规检查有异常发现；血白细胞计数升高者37例(86%)；左侧附睾炎24例(55.8%)，右侧19例(44.2%)；发病部位：附睾头7例(16.3%)，尾部28例(65.1%)，头体尾部均受累者8例(18.6%)；麻醉方法：精索阻滞麻醉18例(41.9%)，硬膜外麻醉25例(58.1%)；11例尿培养中仅有1例细菌生长；15例阴囊液培养中6例有细菌生长。对4例阴囊壁红肿严重，附睾扪不清者采用超声多普勒检查，考外睾丸扭转。本组患者均表现为附睾肿大，胀痛，部分患者诉疼痛牵涉至腹股沟及下腹部。多数患者伴有全身感染的征象以及阴囊壁水肿。所有患者均在入院后24h内施行附睾切开减压术，术后疗效良好。

手术方法与我科以前报道的相同[1]。

结 果

全组病人术后当天阴囊睾丸处的剧烈疼痛完全或基本缓解，体温升高者均在术后48～72小时明显降低，术后6～7日切口愈合拆线，一般住院5～7日。

随访31例(72.1%)，时间2月～4年，未见附睾炎复发以及患侧睾丸萎缩。

讨 论

1. 本组病例以40岁以下者为多(81.4%)，虽术前有尿路刺激征，尿常规异常以及白细胞计数升高，但尿培养11例中仅

phy is helpful also in differentiation of echo-free lesions and hypoechoic lesions in the renal collecting system or between intrasinus lesions and lesions of the sinus itself. Whether an intrasinus abnormal echo originating from the renal sinus itself or being due to protrusion of sinus lesion with the renal parenchyma can be identified too. This test is harmless and is worthy of being recommened

KEY WORDS ultrasonography; renal; furosemide test

维普资讯 http://www.cqvip.com

1例有金葡菌生长；患侧睾丸鞘膜液培养15例中只有6例有细菌生长，菌株有表皮葡萄球菌、金葡菌，而尿培养和鞘膜液培养阴性者的年龄均<40岁(除一例尿培养外)，这些病人的尿常规检查均发现了脓细胞。据Melekos和Asbach[2]报道的一组附睾炎病例的细菌学资料表明<40岁者中56%的致病菌为衣原体，而普通的泌尿道菌科感染占22%，>40岁者的衣原体感染仅18%，而泌尿道细菌则占68%，即40岁以下患者常为衣原体感染所致，而40岁以上患者的感染多来自泌尿道的普通菌株。本组病例尿培养及鞘膜液培养的阳性率较低，可能系衣原体感染所致。本组发病部位以附睾尾部为多(65.1%)，且尿培养或鞘膜液培养阳性者的发病部位均在附睾尾部，这进一步支持炎症源于尿路逆行感染，首发于附睾尾部，再浸润到附睾体、头部。

2. 睾丸和附睾的血供主要由睾丸动脉(精索动脉)，同时还接受输精管动脉，阴囊后动脉，提睾肌动脉和阴部外动脉之侧枝供应[3]。Romero-Maroto[4]等对睾丸侧枝循环功能进行实验性研究，结果表明精索动脉属终末动脉，其功能必须由精索动脉的再血管化代替，而进入睾丸的输精管动脉和提睾肌动脉没有重要功能。附睾的急性化脓性感染导致附睾组织严重炎性水肿和内压增高。当炎症波及睾丸和精索时，供应睾丸和附睾的血管可因炎性水肿压迫，致使附睾、睾丸缺血，细菌侵入缺血的睾丸，产生坏死性的附睾睾丸炎[5]。在急性附睾炎的早期，对肿胀的附睾施行被膜切开减压术，使附睾内压迅速降低，对预防睾丸坏死起到有益的作用。

3. 在43例中，我们对4例阴囊壁水肿严重，附睾扪不清者，为了与睾丸扭转鉴别，术前用超声多普勒检查睾丸动脉，发现患侧睾丸动脉血流声强于健侧，这与Leahy[6]的报道一致，该氏报告用超声多普勒检查时发现急性附睾炎的睾丸动脉血流声强于健侧，而睾丸扭转侧的血流声缺如或勉强闻及。同其它部位的炎症一样，附睾炎早期血流量增多，但一旦炎症累及睾丸动脉后可产生血管栓塞、受压，多普勒检查就可能发现血流声减弱。

4. 附睾切开减压术的麻醉可采用硬膜外麻醉。睾丸的神经支配来自肾丛及腹主动脉丛的小支，沿睾丸动脉下降，入睾丸[7]。因此，硬膜外麻醉的麻醉平面应包括胸10节段，否则麻醉效果不理想。鞍麻、骶麻不能消除术中牵拉睾丸时的疼痛。本组有18例采用精索阻滞＋阴囊皮肤浸润麻醉，部分病人的麻醉效果不十分满意。

根据我们的初步经验：及时的附睾切开减压术可以迅速改善急性附睾炎病人的症状并预防睾丸缺血、坏死的发生。但对炎症轻，病程短，经抗生素治疗病情已稳定者，仍可以采用非手术疗法。

参 考 文 献

[1] 何士元·四川医学 1987; 8:137

[2] Melekos M D, et al. J Urol 1987; 138:83

[3] Hollinshead W H. The thorax, abdomen and pelvis. Second edition. Harper & Row Publishers 1971; p860

[4] Romero-Maroto J, et al. Brit J Urol 1986; 58:553

[5] Witherington R, et al. J Urol 1982; 128: 722

[6] Leahy P F. Brit J Urol 1986; 58:696

[7] 中国医科大学.《局部解剖学》第一版，北京，人民卫生出版社，1979年; 229

维普资讯 http://www.cqvip.com

表面睫状体透热治疗绝对期青光眼

第一医院眼科 游世平 吕 钢

提 要 本文报告了22例各种类型的绝对期青光眼经表面睫状体透热治疗，平均随访3.5年，不用任何药物，13例获得满意眼压控制，2例眼压降低50%、症状消退，有效率68%。并介绍了手术方法及并发症。本术式简便易行、效果满意、并发症少，为治疗各种类型的绝对期青光眼之可取的手术方式

关键词 绝对期青光眼；睫状体透热术

绝对期青光眼的治疗是一个非常棘手的问题，虽然眼球摘除是消除患眼疼痛的可靠方法，然而，这将给患者带来心灵和美容上的创伤，不易为大多数患者所接受。我们采用表面睫状体透热术治疗各种类型的绝对期青光眼27例，取得较满意的效果，现报告如下：

材料和方法

1. 对象

各种类型的绝对期青光眼27例，其中原发性闭角型青光眼18例，原发性开角型青光眼2例，新生血管性青光眼3例，前粘性角膜白斑、继发性青光眼2例，钝挫伤继发性青光眼1例，Sturge-Weber综合征1例。27例中，男性17例，女性10例。年龄6—79岁，平均56岁（中位数）。

2. 手术方法

（1） 球后及球结膜下麻醉。

（2） 上方或下方，距角膜缘6—7mm作以角膜缘为基底之结膜瓣，长半圆周。

（3） 用2mm直径透热电极在睫状体区巩膜表面分别作两排表面透热点，每排8—9点，两排相互交错排列，范围达半圆周。电量50—60mA，每点透热时间5—10秒，以巩膜表面出现淡黄色收缩反应为准。对新生血管性青光眼，同时在赤道部作两排半圆周巩膜表面透热点。

（4） 连续缝合结膜瓣，滴1%阿托品液扩瞳，涂眼膏包扎。

THE SURGICAL TREATMENT OF 43 CASES OF ACUTE EPIDIDYMITIS

Zhang weili, et al,
(Division of Urology, the Second Affiliated Hospital)

From Jan, 1984 to June 1988, epididymotomy was performed for the treatment of 43 cases of acute epididymitist The causative microorganism, the operative principle, Doppler ultrasonic examination and the method of anesthesia for this disease were discussed. It is thought that epididymotomy is an effective procedure for the treatmen. of acute epididymitis

KEY WORDS epididymitis; epididymotomy