

九江地区一九七九年度

年会资料专刊

(外科部分)

中华医学会江西省九江地区分会

一九七九年十二月

前 言

粉碎“四人帮”以后，科学的春天来到了。在这个科学的春天里，在中共九江地区行政公署和地区卫生局的直接领导、关怀下，认真落实党的知识分子政策，贯彻“双百”方针，中华医学会九江分会，中华护理学会九江分会于一九七八年秋恢复了，并且得到了发展和壮大。

一年来，在党的十一届三中全会和五届人大二次会议精神鼓舞下，我区广大医务工作者积极性空前高涨，老年医务人员焕发了新的青春，中青医务人员茁壮成长。广泛开展学术交流，认真进行科学研究，努力攀登医学科学技术高峰的空气，与日俱增。

今年是中华人民共和国建国三十周年。为了提高医疗质量，活跃医学学术空气，向医学科学现代化进军，我区医务人员在学术交流和科研的基础上积极总结临床经验，拟写了一批医学科学论文和临床报导汇编成册，向建国三十周年献礼。

由于时间仓促和我们的水平所限，在选编的内容、编排等方面都可能存在错误。因此，希望同志们批评指正。

一九七九年八月

目 录

浅谈巨腹症	高云甫 (1)
胃十二指肠再次手术24例分析	饶华平 (8)
中西医结合治疗溃疡病穿孔的近期疗效分析	万长毅、敖志新 (13)
溃疡病及术后并发症外科治疗体会 附855例分析	黄君谔 (17)
胰腺平滑肌肉瘤并发胃十二指肠内瘘一例报告	张培军、汪永录 (22)
十二指肠降部巨大溃疡并大出血一例	张昌乾 (24)
胃肠道一层吻合法简介	廖炳松 (26)
中西医结合腹部手术后废除“两管一禁”的临床观察	帅经和 (27)
右上腹部包块的误诊 (附三例报告)	高云甫、敖志新、陈良鸿 (30)
针刺“胆俞”、“脾俞”治疗胆道蛔虫病的经验介绍	
.....高云甫、黄君谔、罗锦娟、饶华平、陶美玉	(35)
蛔虫病的罕见并发症	高云甫、张昌乾 (39)
中西医结合治疗胆道蛔虫病147例	吴剑云 (44)
外伤性膈肌破裂三例报告	孙荣春、罗任波 (46)
急性胃扭转并坏死穿孔一例	罗德坚、张梦琪 (49)
先天性中肠反回转一例报告	孔国胜 (51)
切除肝左叶巨块型癌一例报告	高云甫 (55)
外伤性脾破裂70例临床分析	李名鸿、万长毅 (58)
腹部外伤102例临床分析	罗任波、孙荣春 (61)
脾脏肿瘤 (附脾血管内皮细胞内瘤一例报告)	
.....文国新、关 键、曹医美、李秀文	(66)
恶性无功能胰岛细胞瘤一例报告	汪永录、张培军 (72)
腹膜后巨大神经鞘瘤误诊为卵巢肿瘤一例报告	李辉虎、徐 涛 (74)
单纯大网膜扭转一例报告	龚海庚 (76)

2 4 例颅脑损伤开颅诊治体会	龚海庚 (78)
甲状腺炎单发结节200例临床分析讨论	高云甫、方长毅、冯冬升、李雪贞 (81)
妊娠甲状腺毒症次全甲状腺切除一例报告	高云甫、黄君谔、袁运恒 (85)
结扎、套扎加注脱痔液治疗痔疮疗效观察	孙俊峰 (88)
关于改进张力性气胸急救措施的建议	罗德坚 (91)
游离带血管腓骨移植治疗胫骨骨病的二例探讨	张新力、陈家勋、朱炯明 (93)
先天性左肱动脉瘤及左尺动静脉瘘一例报告	章文华 (99)
三翼钉闭合内固定术治疗股骨颈骨折的临床体会	李中复 (102)
牵引逐步复位加内固定治疗股骨颈骨折八例小结	陈世国 (105)
多发性骨髓瘤二例报告	闵光达、李中复 (108)
单侧多发性肾错构瘤一例报告	陈茂导、敖志新、李钟芳、罗锦娟 (110)
损伤性尿崩症(附一例报告)	吴本立、孙建明 (113)
输尿管异位开口两例	车骋寰、张昌乾 (117)
中西医结合治疗尿石症50例临床小结	陈荫生 (119)
耻骨上前前列腺切除术中采用“前列腺窝短暂缩扎”的手术方法介绍	胡远志 (124)
睾丸鞘膜积液合并结石一例	潘贤煌、孙建明、诸封雅 (126)
4 5 例女性尿瘘手术治疗的体会	聂锦堂、车骋寰、李正南、罗福初 (127)
蚯蚓白糖浸出液治疗感染创面的临床观察初步报告	高云甫、敖志新、陈良鸿、孔国胜 (130)
烧伤皮肤移植与免疫	孔国胜 (134)
硬脊膜外麻醉的几个问题	朱报安 (141)
1 4 6 例老年病人连续硬膜外麻醉的体会	程秀玲 (146)
2 4 4 例针刺麻醉临床观察	武宁县人民医院 (149)
一例巨大甲状腺髓样癌手术的麻醉体会	李雪贞、陈荫生 (151)
一例严重创伤性失血性休克病人的麻醉小结	李雪贞 (154)
甲状腺机能亢进症203例临床分析讨论	刘达机、高云甫、刘桂芬、滕文华、毛裕林、敖志新、陈茂导 (158)
股四头肌瘫痪的功能重建	章文华、闵光达、李中复 (162)

临床病例讨论（胃大部切除后复发性多发性溃疡）

.....九江地区人民医院高云甫、敖志新整理（166）

临床病案讨论（右上腹包块、便血、高度贫血、消瘦）

.....九江地区人民医院敖志新整理（177）

淺談巨腹症

江西省九江地區人民醫院 高雲甫

巨腹症俗名鼓腹，是某些疾患的症狀之一，這裡所指的巨腹症，是腹部高度膨隆，超過妊娠八個月以上的患者，作者曾遇有高度腹水、巨大囊腫、腫痛、器官積液、氣腹、巨結腸……等，其發病原因，有腹外和腹內兩種，腹外有心臟疾患，腹內有肝脾、卵巢及子宮等疾患所致，在臨床工作中，巨腹症是常見的、多發的疾患，一般來講診斷處理不難，但在某些情況下尚有一定的困難，為了拋磚引玉，故將多年來所積累的有關資料，綜合討論如下：

臨床資料介紹

例一：¹

蘭×，女性，30歲，52年10月30日入院，患者腹部高大異常、瘦弱不堪、呼吸每分鐘46次，心尖搏動在左第二肋間下緣。第二肋間前後胸圍為94Cm，臍部腹圍為165Cm，劍突至耻骨聯合為93Cm，胸骨肋骨向外圍擴大，形如倒型漏斗，腹壁向前後膨脹，形如水缸，前腹壁膨出尤為明顯，初步診斷為巨大卵巢囊腫。

治療經過：術前曾放出囊水39.5公斤，於11月3日手術，先局麻繼而乙醚全麻，切除囊腫，取出囊腫重46公斤，加上術前抽出的30.5公斤的液體，總計85.5公斤，患者於12月26日痊癒出院。58年患者已生小孩兩個，能勝任家庭勞動。

病理檢查為漿液性巨型卵巢囊腫。

例二：²

徐××，女，31歲，腹部膨隆兩年餘，於60年3月18日入院，患者極度消瘦、呈惡病質現象、腹壁靜脈怒張、白蛋白3.32克、球蛋白5.25克，大便孵化陽性。診斷：晚期血吸蟲病、門靜脈高壓症、高度腹水、脾功能亢進症。

處理經過：術前腹部點滴抽液4000毫升，黃色、澄清，肝、脾大。於4月1日在乙醚麻醉下剖腹，大網膜靜脈壓為520毫米水柱，行脾切除及大網膜包腎，術後一般情況好，腹水消失，白血球6300、紅血球376萬，肝功能未見明顯改善，但血清蛋白中白蛋白球蛋白的比例由倒置而平衡，65年隨訪已生孩子一個，79年2月來院復查，營養良好，脾功能有很大改善，已參加重體力勞動，並生了三個孩子。

例三：^{3·4}

蔡××，女，8岁，1963年8月7日，因腹部进行性增大二年而入院，二年前患者自觉脐上有一肿物逐渐增大，占居满腹，从无腹痛及任何不适。

体检：呈慢性重病容，体重20公斤，胸围52公分，腹部高度膨隆，腹围73公分，满腹有高度弹性感，叩呈浊音、无转移性浊音、两侧腰部及剑突部呈鼓音，在腹壁两侧可听到血管杂音，似妊娠期子宫血管音，脐周围未闻及肠鸣音。痰结核菌阴性，X光检查：有胸膜反应，膈肌运动消失，左下肺有条索状阴影。超声波检查，进波1公分，出波18公分，加大增益，平段间无波上升，但在9公分处可见一紊乱之单高波，未见出波衰弱现象，侧腹检查可见肠腔反射。

诊断为腹腔囊肿（以卵巢囊肿可能性大）。8月10日上午在乙醚麻醉下行剖腹探查，将肿物剥下后进行盆腔探查，未发现子宫迹象，于8月28日痊愈出院。

79年4月随访，患者已长大成人，两乳房发育正常，无月经，已参加工作，营养良好。

病理诊断：1、子宫畸形和内膜结核，炎性渗液潴留所致继发性囊性扩张。2、输卵管结核。

例四：

吴××，女，30岁，住院号1940，73年6月30日因腹部膨大7年余而入院。

入院检查：腹部膨隆如鼓，有液波感，不紧张，有移动性浊音，叩诊脐周围呈浊音，两侧腹部呈鼓音，尺测试验（+），阴道内诊：穹隆凹陷，右侧盆腔上部饱满，似可触及囊性之包块，质软，三年来多次经妇产科医院会诊，排除卵巢囊肿，认为系高度腹水，外科考虑为症状不典型之巨大卵巢囊肿。

7月9日，在硬膜外麻醉下行剖腹探查术，开腹后见一巨大囊肿，光滑、与周围粘连，行卵巢囊肿摘除。术后恢复良好，痊愈出院。病理报告：左侧浆液性卵巢囊肿。

例五：⁶

胡××，女，50岁，于55年8月25日入院。腹部胀大，内有活动性肿块十余年，十余年来腹内块状物除随体位变动外，近三年来，腹内日渐膨胀，在翻身时，肿块随体位转移而自由活动，两侧腰部可闻及肠鸣音。初步诊断为腹腔肿瘤或卵巢囊肿，但不能肯定良性或恶性，经手术切开腹壁，流出腹水300毫升左右，并发现右侧卵巢肿瘤，即予切除，病理诊断卵巢纤维瘤。于9月18日痊愈出院，64年5月随访，患者一般能完成较轻的家务工作。

例六：

孙××，女，25岁，1973年9月8日因腹部进行性增大4年余而入院。几年来，午后发热，夜间盗汗，腹部日渐增大。

体检：颈静脉怒张，心尖搏动不明显，听诊在左侧第四肋间乳头线内约1公分，心率每分钟94次，腹部高度膨隆，腹围108公分，剑突到脐为30公分，脐至耻骨联合为18公分，肝于剑突下及右肋缘下均可触及，腹内未触及明显之包块，腹腔穿刺液为黄色、清浙，白细胞78，中性54%、淋巴46%，李凡他试验（+），比重1.023，镜检：脓球及

红血球稍许。心电图检查为低血钾、P波增宽、T波平坦或倒置。X线检查：心脏呈膈抬高位、右心缘增宽、右心搏动不明显、左心搏动存在、无明显之钙化影、腹部阴影致密，静脉压测定350毫米水柱，臂至舌循环时间测定为116秒。

于9月15日晚行腹腔点滴放液9700毫升，经检查腹内无肿块及囊波感。子宫碘油造影，见两侧输卵管正常，碘油部份流入腹腔，经多次扩大会诊讨论，考虑为慢性缩窄性心包炎，合并结核性腹膜炎高度腹水，因患者拒绝手术，仅给予三个月的抗结核治疗，腹水消失出院。1978年6月随访患者已故。

例七：

张××，男性，13岁，学生，于62年4月12日入院，体温36°C，脉搏每分钟84次，呼吸每分钟10次，血压90/80毫米汞柱，呈危重病容，颜色及全身皮肤严重水肿，青紫，端坐呼吸，颈静脉极度怒张，心音遥远，有奇脉，静脉压480毫米水柱，腹部膨隆，有显著之移动性浊音，肝肋下四指，有压痛，肺活量760毫升，循环时间：臂肺12秒、臂至舌20秒，X光报告：心界较前明显缩小，心搏动消失，诊断缩窄性心包炎。

4月18日，患者病情更加恶化，脉搏及血压不易测到，呈周围循环衰竭状态，当即经腹腔点滴放液，征得家属同意后，于62年4月19日，在乙醚插管麻醉下行抢救手术，在手术初期，脉搏血压均不能测到，进入心包表面未见心搏动。将胸膜折转处游离，切开壁层心包后，有白色豆渣样脓液约200毫升，壁层心包厚约1.5~2.0公分，因未见心搏动故切开脏层心包，厚约0.2~0.4公分，心肌突出，并立即出现波动，当时测到静脉压为350毫米水柱，将壁层心包与胸膜粘连处切开，心搏动范围增大，切除心包约1/2，关闭胸腔后，行水封瓶闭式引流。术中输血430毫升，手术终了时脉搏有力，血压110/70毫米汞柱，病检为化脓性缩窄性心包炎。

讨 论

一、巨腹症的诊断与鉴别诊断：

以上几个病例，是巨腹症中常见的、多发的、也有罕见的，还有不少的类型无法一一例举。兹就有关巨腹症的诊断与鉴别诊断的点滴经验与体会讨论如下：

1、腹水在我国南方多见于晚期血吸虫病²。腹水是晚期血吸虫病门脉高压症较为常见的症状，大量腹水的产生是门静脉高压的结果，门静脉高压的产生，是由于在门静脉系统中，一部分或全部的血液受到的阻碍，血液郁滞致压力增高，在肝脏发生硬化或门静脉发生梗阻，血液则由胃冠状静脉反流至胃贲门部和食管下端，致使液膜下层的静脉曲张，在临床上特别重要的是胃冠状静脉，其上端终于食道下端粘膜下层与奇静脉组成侧枝循环，其下端汇流入门静脉主干或脾静脉，血吸虫是寄生于门静脉系统，其卵侵入肝脏后，其周围被以结缔组织，造成肝脏普遍性纤维化。

出现腹水，是标志门静脉系统代偿机能的减退，肝硬变晚期的表现。

腹水的形成是由于多种原因综合作用的结果，其中门静脉高压是决定腹水产生的主

要原因，但非唯一原因。

2、腹水与卵巢囊肿的鉴别诊断^{1,2}，在临床中并不困难，应用叩诊、触诊就能确诊。但是对某些巨大的卵巢囊肿和高度腹水，在鉴别诊断上仍是有困难的。大量腹水是由肝硬化、结核性腹膜炎、慢性缩窄性心包炎等引起，在临床中有时很难与巨大卵巢囊肿鉴别或排除癌病。

在一般典型病历中，卵巢囊肿在叩诊时，腹中部是浊音，两侧腰腹部则呈鼓音；而在腹水患者则腹中部呈鼓音，两侧为浊音，同时有移动性浊音。腹壁静脉怒张，在巨大卵巢囊肿也有所见，所以在鉴别上比较困难，结核性腹膜炎，腹腔有大量腹水，往往是包裹性的，肠管与网膜混在一起，触诊时可有气体或液体的感觉。这样与卵巢囊肿在触诊时也很难区别。缩窄性心包炎在不典型的病例中，往往以巨腹症而就医，缺乏临床特征，很容易混淆为巨大卵巢囊肿。妊娠时合并肿瘤和慢性气腹与巨结肠等，在临床中也是比较棘手的问题。近年来用胃肠造影检查来研究巨大卵巢囊肿与腹水、结核性腹膜炎及腹壁肥厚等的鉴别，认为相当可靠，检查方法是当病人空腹，内服钡剂以观察胃的外形与位置、以及小肠的分布，二小时后再复看小肠的分布、外形及位置情况，六小时后观察小肠充盈情况，以及结肠的外形与位置，必要时可追随观察。观察中可嘱患者进少量食物，以加速钡剂下行。如为巨大卵巢囊肿，主要表现是胃肠道受挤压而移位，胃被推向上，并呈横位而位于上腹部，其大弯则往往有弧形压迹。小肠则被推向两侧，一侧或囊肿的后面，而且一组肠曲的边缘也呈弧形压痕。小肠之肠管常居腹腔周缘，外压时位置不易变更。结肠也向上移位，盲肠、横结肠位置升高。腹水在胃肠检查时，腹部呈均匀的透明度减低，胃的位置正常或稍高，小肠漂游，十二指肠曲较大，若肠曲团聚，经推压不分散或移位，团聚的肠曲多呈椭圆形。

慢性结核性腹膜炎，合并大量腹水时，与单纯性腹水相似，可见全腹部透明度减低，另外可见小肠肠曲排列不规则、粘膜皱壁粗糙而紊乱，小肠肠管呈分节状扩张，肠管内常见残存碎片样钡剂影。有时因腹膜粘连肠曲粘在一起，不能以外力分离，小肠运动大为减退，钡停时间延缓。

73年遇到一例高度腹水（例六），多次扩大会诊，无法排除巨大囊肿，直到施行子宫内碘油造影，发现两侧输卵管正常，碘油流入腹腔内，为此才排除卵巢囊肿的诊断、而确定为慢性缩窄性心包炎合并慢性结核性腹膜炎大量腹水。故此法为鉴别巨大囊肿与腹水的良法，（若输卵管阻塞则不可靠）。

尺测试验为鉴别腹水与囊肿的固有方法。我们曾遇到一例（例四）临床检查为腹水象，在××医院曾误诊三年之久，当腹水治疗无效。经尺测试验为阳性，考虑卵巢囊肿而剖腹，解除了多年误诊而恢复健康，但此法对包裹性结核性腹膜炎亦呈阳性，是值得注意的，不能单凭此检。

另外，值得注意的是腹部肿瘤合并腹水，长期以来被认为是晚期癌肿已转移的表现，但通过本文例五的实践，已扭转了过去的错误观点⁶。例五为卵巢纤维瘤，是盆腔良性肿瘤之一。其临床特征合并腹水，甚至有时有胸水⁶但胸水之所以产生，有人认为是腹腔内器官迫使横膈上升，引起心脏之代偿不佳，但对小型肿瘤解释不通；有人认为

系胃、奇静脉的阻塞，或因奇静脉回流障碍而形成腹水，但盆腔良性肿瘤如何使奇静脉阻塞也无法解释；也有人认为肿瘤有粘连时，使其蒂部之血管及淋巴管被压迫，因而液体自肿瘤表面渗出形成腹水。但胸水如何形成则解释不通。有人认为卵巢纤维瘤中可能有某些因素可使胸水或腹水产生。也有人认为腹水之产生可能由于肿瘤压迫内脏之感受器，成为恶性刺激，经腹内神经丛传入大脑皮层，扰乱了身体内在环境的平衡，使浆液膜失去正常状态而积液，即成腹水胸水等。由此可见伴有腹水之肿瘤，并不一定为恶性肿瘤，切不可放弃手术良机，增病人痛苦。手术切除肿瘤后，患者恢复健康，是证明了把造成恶性刺激的肿瘤切除后，使神经机构得到改善之结果。

3、本文例三，子宫畸形、宫口闭锁合并结核性大量积液及输卵管结核，入院前患者除腹部高度膨隆外，无其它不适，因此造成临床上误诊为高度腹水或囊肿。未能考虑到子宫畸形、宫腔积液。为了进一步提高认识，特提出本例诊断问题，在青春期以后若有周期性下腹部胀痛，而无月经，随年月增加而出现肿块，应考虑生殖器畸形所致，此例术前未能考虑到本症，而考虑卵巢囊肿的诊断也是应该的，因本症在青春前实在罕见。下列数点可供参考，首先巨大囊肿的腹壁外观前壁比较高，弹性较强，囊液不随体位转动而改变。听诊静寂，而在两侧腰区及剑突下可闻及肠鸣音。若为腹水，则腹中部呈蛙形，有移动性浊音，在脐周围可闻及肠鸣音，同时根据超声波特点，鉴别囊肿与腹水，是无疑的。本例在术前诊断为卵巢巨大囊肿，其特点极为相似，但忽视了听诊所闻及似妊娠子宫血管音，若进一步分析讨论，是有可能考虑宫腔积液的。

4、慢性缩窄性心包炎往往以腹部膨隆就医，本文例六曾多年以肝硬化腹水经中西医治疗无效，来院求治，后经妇产科会诊，肯定为巨大卵巢囊肿，又经全市有关医务人员多次会诊讨论，经碘油宫腔造影始能排除巨大囊肿，确认为腹水，其来源于缩窄性心包炎、结核性腹膜炎。

一般上下腔静脉在某些地方发生粘连狭窄，常出现颈静脉怒张、肝肿大、发生充血性肝硬变和高度腹水，它是由于心舒张受限致使肝静脉、肝中央静脉及肝窦状隙内压力增高，使液渗入肝组织内肝包膜下的淋巴管直接通过肝包膜而到腹腔，故当心包部份切除后，腹水很快消失，否则腹水消失缓慢。由于穿过膈肌处之下腔静脉心包粘连缩窄有关，这与门静脉高压症所致腹水不同⁷。

在诊断方面，有典型缩窄性心包炎症状的患者，诊断并不困难。但有时由于经验缺乏或症状不够典型，常易误诊为其它疾患，如肝硬变、卵巢巨大囊肿、结核性腹膜炎、纵膈炎或心力衰竭等，故应特别注意。

二、有关治疗问题：

1、在九江地区因晚期血吸虫病所致门静脉高压症，产生高度腹水、食道静脉曲张出血、脾功能亢进和恶病质现象，在临床中是常见的，手术治疗效果多属良好。

根据一般文献记载，凡有高度腹水和恶病质现象的患者，选作脾切除、网膜包肾或分流术者所舍弃。但从作者的有限经验看，对此类患者手术之疗效佳良，不少病人营养良好，恢复健康已参加重体力劳动，而且生了孩子（如本文例二），故对此类患者手术

指征是可以放宽的，尤其是那些情况较差的更迫待手术治疗。

对于此类患者，经中西医内科治疗无效，应及时进行脾切除。我们有不少病例在术前多次输血，红血球逐月下降至120万~140万左右，但在脾切除后红血球迅速升高，痊愈出院，多已参加体力劳动。通过临床实践证明，这种病例虽不适合过去所规定之手术指征，但以极慎重态度来处理是可以挽救病人生命的。

2、85.5公斤的巨型囊肿是很少见的（例一）。作者曾手术很多腹部肿瘤患者，其中最大者不过数十斤。本例是一农村妇女，在旧社会当过童养媳，受尽了各种折磨。廿二岁左右结婚，婚后不久腹部逐渐长大，直到解放后经农村当地党政干部的访知，于1952年10月间来我市人民医院，经检查断定为巨大囊肿，当时市的党政领导非常重视，要不惜任何代价治好患者的病，经全院医务人员的研究与准备，于52年10月3日胜利的完成了手术，安全地度过了危险期，于12月26日痊愈出院。出院后一年，她与一船民结婚，58年底夫妇带着两个亲生的孩子来院感动的说：“我们万分感谢毛主席，感谢共产党，感谢政府与全院工作人员救了我的命，使我重新过着幸福美满的生活”。为什么我们会治好她的病呢？首先是党的正确领导，医务人员大胆负责、细致操作，克服了保守思想和保险思想，在战略上藐视敌人，在战术上重视敌人。经过数次的研究讨论，消除了怕手术失败的顾虑。做好手术前后的处理，经过详细的诊查，心、肺、肝、肾等器官功能良好，术前放出部份囊水以预防休克，术前做好思想工作，给予患者精神上的安慰。术后密切注视患者水电平衡，营养的调济，早期离床活动，麻醉的选择也非常重要，对此患者采用了先局部麻醉，保持了稳定的血压，到手术的最后阶段，方采用全身麻醉是取得手术成功的又一个重要因素。

3、腹部肿瘤合并大量腹水时，首要问题是把调查所得的资料进行全面分析，以严格的科学态度来对待诸如发病时间，腹水性质，全身情况等等。万万不能粗枝大叶，混淆不清。切勿把良性肿瘤合并腹水当作恶性肿瘤而放弃手术治疗的良机。本文例五切除肿瘤后经访视未见腹水再发，身体均属健康。

4、关于子宫畸形合并大量积液时，子宫壁发生囊性变，消失了原有的组织结构，进行了全部摘除。留下部份输卵管及卵巢，以保持其性功能。通过随访，一般发育尚好，此类患者若早期发现宫腔少量积液，虽宫口闭锁，做成形术是有可能的。

5、缩窄性心包炎的治疗问题，目前已公认为心包剥离部份切除最为有效，但根据文献报告，死亡率仍然很高。我们认为，只要手术时仔细慎重，死亡率是可以降低的。

化脓性心包炎往往由于治疗不够积极而产生缩窄性心包炎。

关于如何防止化脓性心包炎至缩窄性心包炎手术时机问题，在积脓期间应积极穿刺抽脓，大量使用抗菌素，若效果不佳时，应早期切开引流，若出现缩窄现象，则应早期行心包切除，于此期间操作容易，若想等待情况好转，则心脏产生高度压迫而造成手术困难，危险性增多，甚至死亡。本文例七本应早期手术，因家属拒绝而造成患者病情极度恶化，手术前脉搏血压不易测到而险些死亡。因此在化脓性心包炎过渡到缩窄性心包炎时应立即手术，不能等待，否则会导致病人死亡。本例施行了抢救手术，解放了心脏。另外手术治疗这类患者当然危险性是很大的，我们应该克服“坐以待毙”的思想，

必须积极慎重抢救类似患者。

四、小 结

- 1、本文报告临床常见的多发的及偶发的巨腹症病例。
- 2、本文论述巨腹症的鉴别诊断及治疗原则。
- 3、对巨腹症的诊断治疗要具有高度的无产阶级感情与严格的科学态度相结合，否则会造成错误的诊断和治疗，给患者带来痛苦与死亡。
- 4、通过本文讨论，体会到为革命钻研技术、精益求精，用无产阶级政治统帅业务，有了进一步的提高与认识。

参 考 文 献

- 1、高云甫等、85.5公斤的巨型卵巢囊肿一例报告。
中华妇产科杂志、3：278、1956年。
- 2、高云甫等、晚期血吸虫病门静脉高压症108例外科治疗临床分析。
江西医药、9：990、1965年。
- 3、高云甫等、子宫畸形并发结核性宫腔大量积液一例报告。
中华妇产科杂志12、2：141、1966年。
- 4、九江市人民医院、临床病例讨论。
武汉小儿科附刊2：2：107、1965年。
- 5、高云甫等、脓性心包炎所致缩窄性心包的临床体会附三例报告。
江西医药、5：216、1964年。
- 6、高云甫等、卵巢纤维瘤一例报告。
江西卫生、1956年。
- 7、柳文建、缩窄性心包炎外科。
江西省外科学会年会论文资料，1962年。
- 8、高云甫等。
江西医药3：2 1963年
- 9、中华妇产科杂志1号
1—16、84—86、83—94、1955年。

胃十二指肠再次手术24例分析

九江市二医院外科 饶华平

我院自1971~1978年，共收治胃十二指肠再次手术24例，其中8例首次手术是在他院。故本院的仅16例。其中男23例，女1例，年令以40~50岁最多，占54%。死亡四例，其中三例为胃大部切除术后发生并发症，1例多次并发吻合口溃疡。现就本组有关资料，分析如下，供同志们参考。

临 床 资 料

年 龄 与 发 病 关 系

年 龄	20~30岁	31~40岁	41~50岁	51~60岁	备 注
例 数	4	2	13	5	

职 业 与 发 病 关 系

职 业	农 民	工 人	干 部	知 青	不 明
例 数	13	5	3	1	2

第一次病因、手术与第二次病因、手术的关系：

1、胃溃疡穿孔5例。4例行修补术，1例行胃大部分切除术，术后好转，但均有上腹部不适，于术后5~8个月作第二次手术，均证实胃溃疡复发。（胃大部切除，1例除外，但此病例于术后两个月发生吻合口溃疡，急性穿孔，而作第二次手术。）

2、十二指肠球部溃疡穿孔5例。作修补术，均于术后10个月~5年，溃疡病症状加重，行第二次手术，证实为球部溃疡复发。

3、有一例在他院手术，怀疑胃癌，行单纯胃空肠吻合，术后2年，因症状加重，第二次手术，证实为吻合口巨大溃疡，原十二指肠球部溃疡已愈（疤痕形成），吻合口溃疡和胃大部分切除，常规吻合，痊愈。

4、十二指肠球部溃疡4例，均旷置，胃大部切除，毕氏Ⅰ式，结肠前胃空肠吻合。其中两例有腹腔局限脓肿，1例旷置溃疡处出血，再次手术治愈。一例高位空肠系膜扭转并广泛性小肠缺血（高位梗阻，绞窄所致），再次手术解除绞窄，重建吻合口以后又发生广泛粘连性高位肠梗阻，又行手术抢救无效死亡。

5、胃溃疡择期手术，结肠前毕氏Ⅱ式共9例，有2例术后吻合口出血，经再次手术缝合止血痊愈。1例吻合口溃疡再手术而治愈。另一例吻合口溃疡经两次再手术，术后仍发生溃疡症状，衰竭死亡。疑胰源性溃疡，遗憾的是未能证实。另有胃结肠瘘及十二指肠瘘各一例。虽经再手术引流，均衰竭死亡。吻合口溃疡并急性穿孔三例，经再手术，均痊愈。

讨 论

一、性别关系：从本组24例中，男23例，女1例，男占绝大多数，这与溃疡病的发生本来男就多于女，约3~4:1，而手术者男比女更多之故。

二、年龄：因十二指肠溃疡的发病率多在20~35岁之间，而胃溃疡多在40岁以后，常于发病后经一段时间内科治疗无效或有并发症情况下才手术，故溃疡病手术多在40岁左右，本组以40~50岁占大多数，亦符合各家之统计规律。

三、术后出血：本组有三例，1例球部溃疡，作溃疡旷置，胃大部切除，毕氏Ⅱ式，结肠前，术后48小时发生上消化道大出血，再次开腹探查，无明显出血，仅吻合口稍有渗血，故疑吻合口出血，加强缝合止血。术后第三天又发生上消化道出血，故第三次进腹，见胃肠已无新鲜血，亦无陈旧血，反复检查均未发现出血灶。正准备关腹时，突发现十二指肠有紫色液体充盈，立即在残端前壁切开，发现球部溃疡处有一血管呈喷射性出血，溃疡面加明胶海绵并缝扎而止血，恢复良好，痊愈出院。

另一例术后一个月发生上消化道出血，再手术为吻合口出血，无吻合口溃疡，故缝扎止血，出血停止，痊愈出院。但恢复不满意，常有吻合口溃疡体征，于一年后，作第三次手术证实吻合口溃疡，作溃疡切除，空肠端端吻合，胃空肠结肠前重新吻合，恢复良好，能参加体力劳动。

还有一例术后六小时发生呕吐血性液体不止，即进腹，探查吻合口有活动出血，经加强缝合，恢复良好。

从上几例教训是：

1、凡溃疡旷置，若有出血史或因溃疡并急性出血而手术者，应常规在溃疡处用明胶海绵或止血粉，再在溃疡处环形缝扎或单纯缝扎两次。效果是可靠的。

2、吻合口出血，一般是可以预防的，只要基本功良好，视野清楚，操作稳准，一般不会发生。但也有些虽缝合了3~4次，认为可靠，却发生出血。我们的体会是：

①、常规作浆肌层下缝合。

②、留下的胃肠不上肠钳，作开放直视下吻合，若有出血，即可发现。

③、后壁吻合完毕，以纱布轻擦，若有被血凝所堵，常可发现出血，便于处理，以术后因咳嗽或血压升高，冲去凝块而再出血。

④、前壁吻合前，将明显出血处止血，并同样以纱布揩擦，无明显出血再吻合。

⑤、缝合不能过紧，也不能过松，只有适当才妥。

⑥、上肠钳吻合法，常因肠钳压迫血管，而不见出血，当吻合毕，松开肠钳，有可能发现出血。因此对习惯用肠钳者，建议在闭合前壁前，开放一次肠钳，检查有无出血，再重上肠钳吻合，以防出血。

四、术后痿，本组有四例，一例十二指肠残端痿，开初腹膜炎体征不明显，待术后13天才确诊进腹引流，第二次术后，又发生D、i、C抢救无效而死亡。另一例胃结肠痿，术后第七天再手术引流，最后衰竭死亡。另两例为膈下脓肿，肠祥脓肿，可能痿孔小，经治疗后，炎症局限，最后治愈。

胃切除术并发肠痿发现越早，处理越及时，预后越好。故一旦有可疑症状若观察无好转，应尽早进腹探查，不要犹豫，若等症状明显，再进腹，已经太晚。由于十二指肠液与胰液消化作用，组织反应严重。

胃切除第一次手术应严肃认真，遵守操作规程。缝合严密而不遗漏孔。我们一般缝两层，二角更要注意缝严，吻合后一定要常规复查。如残端水肿严重或有疤痕，或切除时残端边缘血运不理想，可在十二指肠作侧壁造痿，以策安全。空肠近端不宜留置过长，以免扭曲，注意通畅，只有十二指肠与输入空肠排空通畅，才可降低十二指肠残端压力，减少残端痿的发生机会。一旦十二指肠残端痿发生，就应及时手术，根据具体情况，或作持续负压吸引，或作修补，同时应注意水盐平衡及抗菌素的应用。

五、溃疡复发：本组胃溃疡穿孔修补四例，胃溃疡均复发，十二指肠球部穿孔5例，有4例行修补术，术后球部溃疡均复发。

溃疡病急性穿孔，单纯修补法是常用也能解决问题的一种手术方法，近期效果是满意的，但远期效果还不理想。据某些资料谈到溃疡修补，复发率达70%，有50%常需再次手术治疗。因此近代多数外科医师主张：对溃疡穿孔争取作一期胃大部分切除术，其远期效果是比较满意的。我国外科医师用中西医结合的方法治溃疡病穿孔，经过数千例临床实践也取得较好的疗效，这在世界医学史上可说是个创举。

其急性穿孔行胃大部分切除的条件是：

- 1、病人全身情况能耐受手术要求。
- 2、局部组织炎症水肿不甚严重，组织能承受切除后的缝合操作。
- 3、巨大溃疡，周围有严重水肿或硬结，单纯缝合不可靠，且有再次穿孔之危险。
- 4、有恶变可疑。
- 5、溃疡穿孔又并出血，或估计修补后会发幽门梗阻者。

六、术后吻合口溃疡：本组有5例因溃疡病作胃大部份切除术后发生吻合口溃疡，其中有3例发生穿孔。据各家统计，十二指肠溃疡比胃溃疡术后并发吻合口溃疡者要高，因我组5例均查不到第一次手术记录，故究竟是因十二指肠溃疡或胃溃疡手术不能肯定。

吻合口溃疡发生的原因，可能为：

- 1、胃大部切除没有达到标准要求胃即2/3——3/4。
- 2、输入空肠留得过长。
- 3、溃疡旷置而胃窦部粘膜又剥离不彻底，以致胃酸过高。
- 4、其同时并慢性胃炎，则粘膜愈合不良。
- 5、不吸收缝线之刺激。
- 6、吻合时胃、空肠之粘膜切除过多等均有引起吻合口溃疡之可能，对多次复发之吻合口溃疡还需警惕胰原性溃疡，（Zollinger——Ellision氏症候群），

预防意见：

- 1、必须切除远端胃的足够部分至少70—75%。
- 2、如可能应切除胃窦部及十二指肠溃疡部份，如旷置则应作胃窦部粘膜剥脱术。
- 3、作毕氏Ⅰ式，决不能为了便于吻合，而保留过多胃。
- 4、作毕氏Ⅱ式，应避免输入段空肠留之过长。
- 5、避免作单纯胃空肠吻合，Y型胃空肠吻合，及输入输出空肠侧侧吻合。
- 6、在情况不允许被迫只能做胃部分切除或胃空肠吻合术，则应另加迷走神经切断术。
- 7、避免损伤吻合部粘膜及剪除过多粘膜。
- 8、术前应注意纠正口、鼻、咽等慢性病灶，术中有慢性胆囊炎等可考虑一并切除。

治疗时我们认为保守疗法对复发性溃疡效果是不好的，而且复发性溃疡并发穿孔出血的机会都较多，故诊断明确后，应手术治疗，手术方法，我们均采用溃疡周围空肠及胃大块切除重作空肠端端吻合，胃空肠吻合（结肠前）或加作迷走神经切断。疗效尚满意。

七、有一例空肠高位扭转，致小肠血运障碍，再次手术解除扭转，拆除胃肠吻合口，整修边缘，小肠部分切除，端端吻合，胃空肠吻合，术后又发生广泛性肠粘连的高位梗阻。手术部份分离，空肠侧壁造瘘，抢救无效死亡。

本例发生原因，第一次作毕氏Ⅱ式结肠前，近端对大弯（摩尼汉氏法），但把输出段被压在输入段之后，故系膜扭转。

预 防：

1、无论做荷夫米斯脱(Hoffmeister氏)法，或摩尼汉氏法，输出段之位置均应在输入段之前，可避免系膜扭曲，受压。

2、是做荷夫米斯脱氏法，还是做摩尼汉氏法，应视蔡氏韧带部位而定，当蔡氏韧带偏左则以摩尼汉氏法为宜，若蔡氏韧带正中和或偏右侧以荷夫米斯脱氏法为妥。

3、空肠输入段不宜过长，一般的结肠后为10~15公分，有提出4~8公分，结肠前15~20公分，也有提到8~10公分，但我们认为不能死搬数据，应以各人具体情况为原则，以达到长短适当，因过长可致食物在输入袢停滞，过短常造成横结肠受压。