

YI XUE ZI L'AO XUAN BIAN

医学资料选编

西 医 分 册

石 柱 县 医 学 会

一九八四年十月

前 言

石柱县医学会成立于一九八一年十一月三十日，有会员 329 人，理事会由二十九人组成，设理事长一人，副理事长八人，秘书长一人。学会下设内科、外科、中医药、卫生防疫、妇幼计划生育、药物、检验、五官口腔、护理、放射和管理共十一个学组。三年来围绕四化着眼临床开展各种类型的学术会议、专题报告、经验交流活动共 52 次，有 1697 人次参加，撰写学术论文、经验总结 169 篇，其中有 20 篇参加了省、地专题学术会议交流。

为了客观地反映我县目前的医疗技术水平，历史地记录下医学会活动的概况，经学会第一届第四次理事会决定：将学会成立前后（主要是成立后的）收到的稿件进行整理，选择有代表性，有实用参考价值的，汇集刊印成《石柱县医学资料选编》。为便于交流和分发，选编分中医、西医、卫生防疫三个分册。本书由欧兴凯、向信才、陈时全、陶昔安、裴良怀、张天德、曾毅（特邀）七位同志负责编辑工作，以期在本届理事会届满时，作为献给广大会员的礼物。

本届学会工作得以顺利和有成效地开展，首先是卫生局领导的大力支持，其次是理事会和广大会员的共同努力，还有县科协和有关部门的协作和支持。在指导思想上是立足长远，普及为主，发扬优势，重点突破。在方式上是以学组为单位开展活动，采取请进来，派出去和相互交流的办法，收到了较好的效果。这是本书得以刊印的前提和基础。

由于我们的水平有限，经验缺乏，错误和缺点在所难免，敬请批评指正！

一九八四年九月三十日

目 录

综 述

临床研究工作中应用文献资料的体会·····	刘丕成 (1)
急性颅脑损伤·····	向信才 (2)
胆道疾病诊断方法的进展·····	刘泽战 (4)
急性梗阻性化脓性胆管炎 (AOSC) ·····	胡友超 (7)

论 著

海绵窦血栓形成·····	罗赐华 (10)
慢性骨髓炎冲洗疗法 1 5 例小结·····	冉隆万 (11)
2 0 8 段输精管细菌培养报告·····	刘泽战等 (13)
胆石症 3 0 例治疗体会·····	刘泽战 (15)
闭合性腹部损伤 5 4 例临床报告·····	伍维鑫 (17)
2 1 3 例胆道疾病分析·····	刘泽战 (20)
兰尾炎伴腹膜炎的切口选择·····	苟大国 (21)
输精管高频电凝 8 1 例随访·····	胡友超、马培和 (22)
兰尾炎误诊的原因·····	徐建中 (23)
女性尿瘘 1 4 例治疗小结·····	左辉君等 (25)
阴式子宫大块切除术并发症之防治·····	左辉君 (27)
1 0 8 例滞产临床分析·····	付本秀、李 芬 (28)
输精管结扎术后并发症 7 0 例鉴定小结·····	李顺友 (31)
妊娠中毒症的护理·····	龙兴群 (33)
试谈药物的相互作用·····	陈甲兰 (35)
我院西药处方在规格化方面存在的问题·····	陈甲兰 (38)
在我院开展临床药学工作的设想·····	陈甲兰 (39)

个 案 报 道

冬眠灵中毒误诊一例的经验教训和体会·····	代廷均 (40)
------------------------	------------

敌敌畏急性中毒抢救存活一例	代廷均 (42)
肺梗塞和肺栓塞四例报告	欧兴凯 (43)
抢救一例延髓型格林——巴利综合症的经验教训	欧兴凯、谭志缝 (44)
皮质激素联用阿斯匹林致消化道出血一例	陶小红 (45)
针刺致胆囊穿孔一例	邓明浩 (46)
外伤性十二指肠损伤二例	刘泽战 (47)
腹腔游离结石一例	刘泽战 (48)
阿米巴肝脓肿自发性溃破二例	刘泽战 (49)
急性坏死性胰腺炎并发胆汁性胰痿一例	伍维鑫 (50)
五例人工流产术漏吸原因回顾	左辉君 (51)
放置金属节育环并发宫外孕二例报告	左辉君 (53)
围产期心肌病死亡一例报告	左辉君等 (54)
分娩并发阴道壁血肿一例报告	卢琮瑜 (55)
女性节育术致脏器损伤四例报告	何仁玉 (57)
后屈妊娠子宫致尿潴留二例报告	何仁玉 (59)
引产致宫颈损伤及胎盘残留二例报告	邹用琼 (61)
取节育环的体会	雷孝玉 (62)
小肠克隆氏病一例报告	余淮丰 (65)
小儿胰腺体尾部巨大囊肿一例报告	余淮丰 (66)
食管重复畸形合并食管癌一例报告	余淮丰 (67)

经 验 体 会

硝普钠应用的临床体会	冉启德等 (70)
用“极大似然法”诊断急性肠梗阻的体会	刘泽战 (71)
PTC检查的几点体会	郭北城等 (75)
断根拔除术的体会	罗大华 (76)
在农村医院开展白内障摘除术 20 例的临床体会	胡 晓 (76)
大量配血交叉配合试验的体会	谭在祥 (79)
小儿头皮静脉穿刺的体会	彭俊德、陈世祥 (81)

公开发表的一些学术论文，在进行临床研究时，基本上都是按照这样的程序开始的，事先都要阅查大量的有关文献资料，掌握有关研究课题进展的概况，每项临床研究都做到心中有数，所以在临床研究中走的弯路就比较少。

一项临床研究工作进展到一定程度，到达成熟或比较成熟时，就需要进行总结，撰写学术总结或学术论文，这时仍然需要借助大量的文献资料。对于研究所得的结果进行总结，有时要对这些结果进行分析、推理、判断，或者根据这些结果提出某些论点，也要借助一些文献资料作为论据。例如“冬眠灵对人体瞳孔的影响”一文中，总的一条结论是“冬眠灵对人体瞳孔具有收缩作用”，这一条结论以及其它几条结论的全部论据都是自己在临床上观察的大量病例资料所得的结果，但在论述冬眠的缩瞳机制这一部分，几乎全部论据都是引用别人的文献资料，将这些论据分析、推理、判断，最后提出一个论点，就是冬眠灵解离了交感神经节后纤维的化学传导解体肾上腺素，从而使交感神经受到抑制或麻痹，而付交感神经兴奋性相应地占了优势，所以引起缩瞳反应。为了使这一论点更加具有说服力，因此引用了“科学通报”上面的一篇文献资料，“在麻醉猫试验中，电刺激其上颈交感神经节前纤维所引起的膈膜收缩，能被阿米哪嗦所减弱或消失”，这就更加有力地支持我所提出的冬眠灵（又名阿米哪嗦）的缩瞳机制主要是因为药物抑制了上颈交感神经这样一个论点。如果不应用文献资料借助别人的研究成果来论证自己的观点，而是自己亲自去做这样的动物实验来获得论据，这样不仅要花费大量的精力和时间，而且在基层设备条件很差的情况下是不可能做到的。由此可见，文献资料在一篇学术论文中，也占有一定的重要地位，离开了它，不但论文质量受到一定限制，有时甚至某些论点根本就无法成立。

总之，文献资料在整个临床研究工作中占有十分重要的地位，它既起到开路的引导作用，又能起到辅助作用，能够补充学术论文不足之处，使之更加完善。平时毫不间断地阅读文献资料和积累资料也是很重要的，这不仅能够丰富自己的业务知识，提高业务理论水平，而且可以从中得到很多临床研究方面的知识，临床研究设计、研究方法、研究结果的总结、学术论文撰写的方式方法等等，都能从中得到启发和受益，有些特别好的文献资料还可以直接借鉴而应用于自己的临床研究工作当中。

（本文曾在四川省科技情报学会文献专业委员会1982年学术年会上交流，后来在涪陵地区科技情报学会1983年年会上评选为优秀学术论文）

急性颅脑损伤

石柱县人民医院 向信才

急性颅脑损伤在我县发病率很高，讨论其诊断与治疗有现实意义。

颅脑损伤分类：颅脑损伤分为开放性与闭合性颅脑伤。凡头皮、颅骨、硬脑膜全部裂开，脑与外界直接相通者，以及颅底骨折致血性脑脊液耳漏或脑脊液鼻漏、口咽漏者

均系开放性脑伤。预防继发感染、早期应用抗菌素、禁止向伤道中冲洗以及鼻腔、耳道填塞均为开放脑伤治疗中应注意的原则。

闭合性颅脑伤可只有头皮与颅骨损伤颅脑膜完整，或头皮与颅骨可完全无损伤无骨折，硬脑膜也完整的单纯脑损伤。

颅骨完整而有大脑桥静脉断裂或脑表面血管损伤面致颅内血肿。有时暴力可十分轻微，伤员毫不介意，却已造成颅内脑伤而致手术的不乏其人。脑内压急剧增高使脑内血管广泛损伤，或急剧头颅旋转造成脑撞及到颅骨内板亦为其常见损伤原因。有人认为无颅骨折就无脑伤是不对的，特别对于鞭挞式脑伤，也同样容易忽略，是其造成误诊原因之一。

急性颅脑损伤中常需分清的是：

脑震荡脑挫裂伤和急性脑受压（血肿或水肿）。

脑震荡是大脑功能一时性障碍，无肉眼可见的脑形态学变化。病员有头伤史，伤后出现半小时以内意识障碍，有逆行性遗忘症，腰穿脑脊液化验正常。无神经系阳性体征。病员血压、呼吸、脉搏、体温均正常。伤后可有一段时间的头昏痛、睡眠不好等。

脑震荡的诊断容易，但经常出现问题部分是部分颅内血肿或脑伤初期只表现为脑震荡，以后出现病危症象。因此诊断脑震荡不能放松对伤员的追踪观察。另外一种情况，是伤员有明确脑挫裂伤，甚至开放性脑伤而却无脑震荡。因而没有昏迷，病员不一定无脑挫裂伤。

脑挫裂伤是脑脊髓有器质性破坏。表现为伤后长期昏迷，呕吐、局灶性神经功能缺失，如单瘫、失语、面瘫或动眼神经麻痹等，有头痛、颈强直及病理反射的出现，生理反射的减弱或消失，血性脑脊液。

若伤后立刻出现深度昏迷，瞳孔散大瞳孔形态圆，忽大忽小，四肢肌力增高去大脑强直发作，血压增高，脉搏洪大变慢，呼吸不规则是脑干损伤表现，其死亡率极高。这类伤员是不能转运的。

急性脑受压是指伤后经过一段时间病情才进行性加重，头痛呕吐昏迷加深，生命体征的变化等。是脑水肿或颅内继发性出血引起的。

颅内血肿是手术指征之一。但脑水肿却绝大多数是不能手术的。因而鉴别伤后之急性脑受压是血肿还是水肿就十分重要。

若急性高颅压是在伤后24小时以内或伤后三天之后才出现则多为颅内急性或亚急性血肿。若伤后伤员当时一切症状体征均十分轻微，以后才于短时间（常在24小时之内）出现高颅压症多为血肿。

部分病例不好鉴别而病情逐渐加重者应行颅骨钻孔探查。钻孔与剖腹探查一样是鉴别诊断的一种手段，钻孔对伤员不会有大的损害。

颅脑伤治疗分为非手术疗法与手术治疗。

病员入院后除非伤情很轻，一般均应先作如下准备：

- 1) 剃头、眉，查出凝血时间及血型。
- 2) 头颅正侧位摄片，或斯氏位，柯氏位，额顶位，眼眶位等特殊摄片。
- 3) 体温、呼吸、脉搏、血压每半小时或一小时一次准确测记，神志、瞳孔变化的

连续观察。昏迷伤员安置尿管。

4) 有下颌骨折, 吞咽反射消失病员或气管内分泌物不易排除者尽早作气管切开。

5) 限制输血量, 成人一日量在2000毫升之内, 其中含钠液在500毫升以内, 小孩酌情减量。

6) 对血肿可能性很小的伤员, 可用20%甘露醇250毫升~500毫升静脉滴入。

7) 地塞米松10~15毫克(成人)静脉滴入。

8) 颅底骨折, 开放性脑伤尽早用抗菌素静脉滴入。

手术指征:

1) 急性颅内血肿;

2) 开放性脑伤;

3) 急剧脑水肿致高颅压;

4) 移位一厘米以上颅骨骨折。

手术方式:

1) 额、颞枕骨钻孔探查;

2) 颞肌下骨窗减压;

3) 大骨瓣切除骨质减压;

4) 脑之额极, 颞极切除, 小脑天幕切开, 硅胶管创腔引流等内减压。

手术及术后注意事项:

手术时常因麻醉浅而造成病员挣扎使胸内压上升, 加重脑水肿, 脑缺氧必须防止。术中必须充分给氧。

术后继续用激素与脱水剂5~7天。

胆道疾病诊断方法的进展

石柱县人民医院 刘泽战

诊断胆道系统疾病, 除根据病史、体检外常需采用一些特殊的检查方法, 依其不同的病情和条件选用。随着基础工业和医学科学的发展, 一些新技术不断地应用于临床, 多数阻塞性黄疸病人术前就能做出诊断和治疗计划。主要有以下几方面。

〔生物化学检查〕 胆道急性感染常有转氨酶的突然增高, 胆红素增高, 硷性磷酸酶升高及血浆中某些氨基酸水平的变化。其发生机理可能与胆道内压上升有关。当肝细胞受压后, 酶的产生与释放增加, 或由于肝细胞及毛细胆管上皮细胞的渗透性增强, 而致以上物质在血浆中的变化。当肝胆急性炎变时血浆中胆红素、转氨酶升高是常见的现象。硷性磷酸酶较胆红素更为敏感, 不全性胆道梗阻在未出现黄疸前硷性磷酸酶即有升

高,有助于早期发现升高原因引起的胆道梗阻性疾病。(1) Cerstsen报告黄疸患者用高血糖素刺激血浆中的3′、5′单磷酸腺苷以鉴别梗阻性黄疸。阻塞性黄疸由于胆流受阻,其浓度增加40倍以上,而非阻塞性黄疸的病人只增20倍或更低,二者有显著差异。但药物中毒引起的黄疸,其结果与阻塞性黄疸相似。

Freund报告肝胆疾患病人血浆中氨基酸水平的改变。由不同原因引起的肝炎病人血浆中的游离氨基酸,除支链氨基酸(亮氨酸、异亮氨酸、缬氨酸)水平正常外,所有氨基酸水平均升高,尤其是甲硫氨酸、苯丙氨酸高出正常水平的400~1000%。相反,阻塞性黄疸的病人的血浆中除甲硫氨酸、苯丙氨酸、门冬氨酸、谷氨酸水平轻度升高外,其余氨基酸均在正常水平,并与血浆谷草转氨酶的升高密切相关。因此,血氨基酸水平的分析可作为黄疸鉴别诊断中一种有效的、无损伤的辅助诊断方法(1)。

〔X线检查和胆道造影〕胆系结石中以胆固醇结石,胆红素结石,混合性结石三种为常见,其中只有10~15%含钙,因此X线平片多数不显影。在平片不显影者可行胆道造影,常用的口服胆囊造影和静脉胆囊造影,受病情的影响较大,血清胆红素大于3毫克,往往不显影。Huard和DO—Xuan—HOp=氏于1937年首先采用经皮肝穿刺胆道造影术(PTC),后经技术上的改进和器械的革新,近年来由于采用了细长针穿刺,并发症大大地减少了,目前临床上广泛地使用PTC这一技术诊断阻塞性黄疸。PTC对有胆管扩张的穿刺成功率达97~99%,无胆管扩张成功率达70.2%,而并发症发生率已降到1.45%。GLenn等于1962年在PTC的基础上发展成经皮肝穿刺胆道引流术(PTD)而成为一种治疗手段〔2〕。被用于肝外梗阻性黄疸,急性化脓性胆管炎(Aosc)的术前引流;也可作为胆管下段癌肿所致黄疸的一种姑息性措施,获得了肯定的疗效。ERCP是在内窥镜下从十二指肠乳头置管达胆总管,通过造影了解胆管梗阻下段的情况,还可在镜下观察乳头的病理改变,并且可取活体组织检查和引流液细胞学检查标本。在ERCP的基础上近年来又开了内窥镜括约肌切开术(EST),内窥镜乳头肌切开术(EPT),提供了一种非手术治疗方法。其合并症发生率为6.7~8.5%,死亡率为0.1~0.5%〔2〕。PTC是从胆管梗阻的上端了解梗阻部位并进行治疗,ERCP是从胆管梗阻的下端了解梗阻部位和进行治疗。胆囊穿刺造影术,是在体表触及胆囊的前提下,经皮穿刺胆囊置管,造影后可了解胆道梗阻部位,也可置管作为胆道引流,减压、冲洗和注入溶石剂等治疗手段〔3〕。胆道手术中为了解梗阻的部位,性质还作胆总管测压术和胆道造影术,前者可穿刺胆总管或胆囊切除后经胆囊管置管,测量胆总管压力,当压力超过20CmH₂O时(正常值为12+3CmH₂O),说明胆总管下端有梗阻。后者是在胆总管内置管造影,也可经此管置入内窥镜直接观察胆管内的病理改变和取活体组织检查标本。

〔B型超声扫描(B—US)〕: B型超声扫描又称二维超声扫描。超声诊断的基础是介面反射。超在人体组织传播时,由于不同组织、器官,形成了不同的介面,此时超声波则发生不同程度的反射,其反射的强弱与介面两侧的声阻差有关。声阻差越大,反射越强,反之亦然。如此将这些反射微细的差别用灰度对比的形式在荧光屏上显示出来,即形成了B型超声图象〔4〕。B—US目前已广泛用于颅脑、甲状腺、乳腺、腹部外科(肝、胆、胰、脾等),妇产科及泌尿科等临床。在胆道疾病方面已列为常规的首选方

法。B—US对胆囊的显示良好，诊断胆囊结石的准确率为92~98%，胆囊炎准确率97%，胆囊周围脓肿诊断率亦高，对胆囊肿瘤诊断较为困难。因十二指肠、结肠内气体的干扰，对胆总管的显示率较低，约为41.5~83%〔4〕。但对梗阻性黄疸的鉴别有独特的优点，准确率达90~97%。然而因超声诊断胆石的特异性差，有时遇有坚硬的瘢痕组织或较微密的肿瘤组织也可产生光团和声影，故有一定的假阳性(1%)，反之，如果结石较小，且在胆囊收缩时，加之病人过于肥胖，光团和回声不太明显易于漏掉，产生一定的假阴性(2~4%)〔4〕。故应与GRCP、PTC、CT等联合使用。A型超声波临床方面的应用，因其直观效果差，对一些脏器所显示的回声图形难以解释，不易掌握，国外已将此法淘汰。

〔X线电子计算机断层扫描(CT)〕：CT同B—US一样是无损伤检查方法，同样显示肝脏、胆囊、胆管、胰腺等器官的断层图像，也能显示肿瘤，肿大淋巴结，胆石等病理改变图像。对黄疸的鉴别诊断准确率高(92~96%)。梗阻部位的诊断率为88%。CT对胆道梗阻病因的诊断率是50%，胆囊癌92%，胰腺癌是78%，胆管结石是46%，对乳头癌的诊断率低于10%，对混合性结石难以与肿瘤鉴别。因CT检查时需借助造影剂显示胆管图像，肾功能不良时，造影剂排泄障碍，故肾功能不良时慎用CT检查〔1〕。

〔放射性同位素扫描〕：目前较常用的扫描剂是^{99m}Tc，半衰期短，排泄快，对病人影响小，肝和胆管显影清晰。扫描剂由肝内枯否氏细胞摄取后，由肝细胞排泄到胆道，进入小肠，从而可显示出肝、胆外形图像。内科黄疸表现为肝内放射性物质稀少，肝外胆管不显影；胆管扩张为外科原因引起的黄疸，肠内无扫描剂为完全性梗阻；胆囊不显影为胆囊管梗阻；肝管一支扩张为肝内胆结石；胆管扩张而排泄迟缓为不全性梗阻。同位素扫描显影效果与胆红质的水平有密切关系，血清胆红素超过8mg%，其结果不准确。对病因诊断效果不好，所以在阻塞性黄疸鉴别中不选用。

〔血管造影〕：血管造影对阻塞性黄疸的鉴别不能作出全面的诊断，只有在确定肝外阻塞性黄疸后，为进一步明确胆道肿瘤的病变情况才选用此法。日本一篇胆管癌的血管造影诊断报告：胆管阻塞部位诊断率为88%，原发部位诊断为70%，壁外伸展诊断率为93%，可否切除确定率为87%。胆管癌的诊断无论B—US、CT、还是PTC、ERCP都有困难。血管造影提供了较好的诊断方法，与其他方法配合可以作出诊断，并拟定详细的治疗计划。血管造影的方法是：经肠系膜上动脉的动脉性门静脉造影；腹腔动脉造影和超选择性动脉造影。

现在对胆道疾病常用的检查计划，是先用B—US或CT，如不能确定诊断，有胆管扩张者用PTC，胆道扩张不明显者用ERCP，还有疑难者术中用胆道造影或胆道内窥镜检查，同时配合生化检查，术中取活体组织检查等。绝大多数病例可获得确诊。若系癌肿者还可行血管造影，有利于治疗方案确定。

主要参考资料

- 〔1〕刘国礼：胆道外科进展，国外医学参考资料外科分册〔2〕1981·66页
- 〔2〕吴盾利：经皮肝穿在胆道外科的应用，国外医学参考资料外科分册〔2〕81、92页
- 〔3〕武汉医学院主编、外科学上册550页、人民卫生出版社、1981第1版。

〔4〕张国善、刘国礼：B—US在胆道疾病诊断的应用，国外医学参考资料，外科分册（4），80、212页

急性梗阻性化脓性胆管炎（AOSC）

石柱下路区卫生院 胡友超

急性梗阻性化脓性胆管炎（AOSC）是胆道系统的一种严重疾病。女性多于男性，全年皆有发病，以夏秋季为多。发病居急腹症首位，或仅次于阑尾炎。是胆道疾病死亡的最主要原因，死亡率较高，占肝胆疾患死亡的27.4%，我省为本病的高发地区，病死率仅次于急性坏死性胰腺炎，占住院总病死率的20%左右。因此，应引起我们的足够重视。

引起AOSC的主要原因为胆管急性梗阻及严重的胆道感染。梗阻原因以胆石为多见，占84.1%，其次为胆石加胆道蛔虫和单纯胆道蛔虫梗阻。肿瘤、炎症、良性狭窄以及医源性因素仍属少见。目前不少AOSC直接由胆道蛔虫引起，或原有胆管炎结石，因新入蛔虫激发。引起的细菌种类与一般胆道感染相同，主要为革兰氏阴性细菌，并以大肠杆菌为最多见。其次为变形杆菌、绿脓杆菌。近年来胆道厌氧菌的存在已被重视，胆汁中含厌氧菌的占3~4.5%，在AOSC时的阳性率可达80%。值得注意的是，梗阻滞流时胆汁含菌数迅速增加，含菌数超过 $10^5/\text{mL}$ ，可引起急性炎症。胆管炎性渗出，致压力增高，血循环郁滞，结果造成管壁的化脓、坏死，胆管内充满脓性胆汁。脓性胆汁破入肝窦或经淋巴入血，导致毒血症或败血症和休克。而胆管源性肝脓肿是化脓性胆管炎的发展，也是AOSC恶化的严重阶段。

一、诊断：

近年来，各家所持诊断标准尚不统一，Ch—arcot（1877）首先提出，三联征（腹痛、寒热、黄疸），Reynolds等（1959）补充为五联征（即三联征加神智改变和休克）。不少临床医生以往普遍把五联征作为诊断AOSC的依据。国内有作者强调将四联征（即三联征加休克或神智改变）作为区别AOSC与一般胆管炎的要求，但实际上在诊断AOSC时不应强求征候齐全仅以三联、四联或五联征作为诊断标准是不够全面的。对肝内AOSC更是如此。因它们是AOSC在不同阶段，不同程度的临床表现，三者之间没有截然可划分的界限。西方所见的AOSC绝大多数是肝外胆道梗阻。而我国常见的是肝内或肝外胆管同时梗阻。因而，在临床上，上腹痛、黄疸或腹膜刺激等症状和体征，多不明显，容易误诊。也是目前诊治AOSC最辣手的类型。据统计，在1127例肝外AOSC中约四分之一患者无黄疸或只有轻微黄疸，近二分之一患者无休克，神智正常者约占90%，休克伴神智改变者亦不及半数。因此，凡以寒颤、高热、败血症为主而缺少黄疸、腹部体征，甚至无明显腹痛者，应警惕肝内AOSC。凡具有典型的胆绞痛、

寒颤，体温低下或发热、脉快，并有不同程度黄疸之三联征者，应高度警惕AOSC的存在。加上胆道病史或胆道手术既往史，可作为AOSC的早期诊断依据。急性期中B型超声扫描对诊断和了解梗阻部位有一定帮助。患者若能姑息好转，作经皮肝穿刺胆道造影（PTC）和内镜逆行胰胆管造影（ERCP）是确诊肝内AOSC的有效措施。腹痛、黄疸、肝大及叩痛是AOSC主要症状的一部分。在诊断中不应忽略。在AOSC时，胆道压力升高致肝细胞坏死，释放转氨酶，则血清中含量明显增高，应结合临床与传染性肝炎存鉴别。

1983年全国肝胆结石专题讨论会拟订了AOSC诊断标准。但当前对肝内型AOSC多不表现三联征而病情往往更重，因此，我省有作者仍然提出应当增加辅助性诊断指标，提出将AOSC按病情轻重分为轻、中、重三型的意见和按AOSC的病理解剖和病理生理发展阶段，将本病分为胆管炎（Ⅰ级）、感染性休克（Ⅱ级）、肝脓肿（Ⅲ级）和多系统器官衰竭（Ⅳ级）四级的建议，以期制定一个统一可行的诊断标准。

二、治疗：

胆管梗阻是AOSC发病的关键因素。解除梗阻则为本病的治疗原则。及时解除梗阻、引流胆道、中断梗阻与感染之间的恶性循环是最基本的治疗措施。因此，多数作者认为一旦诊断明确应积极手术治疗，尽早的阻止AOSC病变向胆系以外发展，梗阻未解除以前，应用中草药排石汤是不适宜的，可增加死亡率。综合治疗，在胆道引流前提下，包括溶石排石，新技术碎石中西医结合治疗等，有一定价值。目前，一般认为，对本病采取非手术疗法是不明智的。

1、一般治疗：

除补充血容量，及时开放静脉补液，对休克进行必要的处理，纠正代谢性酸中毒，大量应用肾上腺皮质激素外，在抗生素的应用上，应首先静脉输入大剂量的广谱抗生素，如庆大霉素、氯霉素、氨基苄青霉素或先锋霉素，四环素是由胆汁中排出，对农村不常用抗生素的病人仍然有效。近年来，由于AOSC时胆道内含厌氧菌。阳性率较高。除针对革兰氏阴性杆菌外并兼顾厌氧菌。青霉素、氯霉素、庆大霉素以及灭滴灵等均有较好抑制厌氧菌的作用，其中青霉素为首选。同时，注意保护肾脏，肾脏是肝脏的“靶子”器官。AOSC时由于血容量不足，感染、中毒以及高胆红素血症的作用，对肾脏常有明显损害。在纠正血容量的同时（保持肾脏的灌注），应间断给以适量的利尿剂，以利毒性物资的排除，特别是高胆红素血症时远曲小管内胆栓的排除。可用速尿，卡胺唑林、心得安等结合治疗。

2、手术治疗：

手术时机、AOSC时由于胆道高压、内毒素血症、败血症、高胆红素血症作用，导致肝细胞坏死，肾脏严重损害，凝血机制障碍等。而这些损害一旦发生往往是不可逆的。因此，主张AOSC一经确诊，在短时间的积极有效准备后即予手术。一般在发病24小时以内手术者，死亡最少。有一定准备的早期手术效果好，但最好在四联征出现前施行手术，术前准备最好不超过12小时。据统计：术前准备4~6小时，受术者病死率为20%，7~24小时为42.9%，24小时以上达80%。

AOSC急诊外引流术的指征，应掌握在上腹或上腹持续性疼痛，黄疸较深，体温在

39℃以上，经大剂量广谱抗生素治疗无效；上腹腹肌紧张，压痛明显且进行性加重；肿大的肝脏有触痛或肝区有较明显的叩痛，血压在原有的基础上开始下降，出现精神症状（常表现为表情淡漠，反应迟钝）。总之，应掌握在三联至五联征之间，在有明显的精神症状或血压下降时再手术，往往为时过晚，因已伴有多脏器损害，虽经治疗常难以恢复。

手术方式：Lygidakis认为，对急性脓性胆管炎的病例手术，内引流术的效果优于“T”型管外引流术。而对于肝外结石梗阻，胆囊切除术加胆总管切开取石“T”管引流术仍是我们最常用的术式。术后多数AOSC病人的病情明显好转，并顺利恢复，病死率也最低。但在行此手术时必须注意有无肝门以上的肝内胆道梗阻，若总胆管出口有狭窄，可做括约肌切开或成形术，以建立胆肠正常通路。若胆囊本身炎症明显或已积脓时，可行胆囊与胆管同时外引流术，并将引流管置于狭窄的上方，单纯胆囊造瘘术已公认为无效的引流术。可导改100%的死亡，一般情况下不使用。对于急性高位梗阻性脓性胆管炎（AHOSC）的治疗，以往的观点认为急诊手术可以增加死亡率，而应宜先行保守治疗。目前认为只要做好充分的术前准备，及时进行合理的手术，选择适当的术式，仍能够降低死亡率。解除高位肝外胆管狭窄，可行肝胆管空肠Roux—en—y合术或肝胆管成形术，若既往曾做过多次胆道手术者，上腹粘连多，寻找胆管困难，可采用右肋缘下切口紧沿肝脏脏面自肝门分离，达到肝门后再行穿刺定位，切开引流。若胆管狭窄部位过高，肝门因疤痕难以显露，可取肝包膜下解剖剥离方法直达肝横裂，在肝横沟深部达到肝胆管，行切开引流。若在肝外胆管广泛狭窄，胆道有严重感染时，一般手术方法难以达到引流之目的。可采取镰状韧带左旁或左右肝前，后叶交界处劈开肝脏寻找胆管。经此逆行插管引流。

对于肝内结石等高位梗阻，只作胆总管切开引流，使胆总管下端通畅是不够的，应争取解除肝内梗阻。条件许可，可作各种胆肠吻合术。如总胆管十二指肠吻合术。总胆管空肠Roux—en—y合术等。我国似乎趋于做总胆管空肠Roux—en—y合术。为了有效地清除肝内结石和引流肝内胆管，做肝实质切开取石并经肝插管逆行引流，也是一种行之有效的肝内引流方法。局限于左肝外叶的多发性脓肿，有时只有行左肝外叶切除术。在病情较轻或深度休克难以耐受手术时，采用经皮经肝胆管穿刺引流术（PTCD）或术中经肝引流术（TCD）可减少急症减压手术，使择期手术准备更充分。

对于较大肝脓肿，应行切开引流或穿刺插管引流（PTCD）。对体积小的多发性肝脓肿可作胃网膜右静脉插管，门静脉系插管或脐静脉插管等，滴入抗生素的方法。

AOSC目前还有些复杂问题没有理想的决定性手术，有待继续研究。

参考文献略。

海绵窦血栓形成

石柱县人民医院 罗赐华

海绵窦血栓形成（即海绵窦血栓性静脉炎），是一种急性或亚急性全身感染，继之出现海绵窦损害的疾病。本病发病率不高，但起病急骤，病势凶猛，重者可迅速陷入昏迷。并发颅内邻近静脉窦血栓形成或脑脓肿，引起肢体瘫痪或癫痫样发作。病者多急症死亡，幸存者少。我院一海绵窦血栓形成病儿经中西医结合治获痊愈。海绵窦血栓形成资料总结，文献报导均不多。现将该病例报告如下：

患儿，男，10岁，学生，因双足底疼痛伴双眼红肿而就诊。该患儿为第二胎，足月，顺产。人工喂养。身体尚健。80年4月3日，发现患儿走路时步态跛行。自诉左足底疼痛。不久右足底疼痛同时右眼内眦发红。很快结膜充血，眼睛水肿，并波及左眼。一周后病情发展，双眼红肿加重，足底疼痛为阵发性加剧，常在夜间突然惊醒，哭闹不安。用芬太尼或杜冷丁肌注才能缓解。检查除双眼红肿，胸部皮肤有散在针尖样淤点外均未发现异常。实验室：血常规，血小板计数，出、凝血时间，尿常规，胸部透视均正常。给青霉素，链霉素，激素，维生素B、C等治疗无效并进行性加重。体温39℃，结膜，眼睑极度充血水肿。眼球突出如鸡蛋大，眼眶周围水肿不显，无血管性杂音。瞳孔散大，右眼0.8cm、左眼0.6cm，光反射消失。视力减退，眼前数指不清。复视。眼球活动左眼受限呈内斜视。右眼固定。眼压不高。眼底检查正常。脑脊液正常。血培养阴性，颅脑，胸部X照片正常。诊断：海绵窦血栓形成。

治疗经过：首先用青霉素100万单位，氯霉素0.5g庆大霉素8万单位，红霉素0.6g每8小时静滴。输血300mL。体温开始下降。足底疼痛减轻。5月12日开始中西医结合治疗。继用新青II1.0g、红霉素0.6g、每8小时静滴。十天为一疗程。中医治疗以清热解毒，活血化淤的原则。艮花15g，菊花15g，紫花地丁15g黄芩15g丹参10g，丹皮10g、当归10g，每日一剂、共治疗二月。双眼红肿，突出减轻，双侧瞳孔正常，光反射存在。视力恢复。左眼轻度内斜视。7月中旬又出现右侧面神经瘫痪。用针灸、水针（维生素B1、B6、B12针剂稀释后穴位注射），中药以祛风除湿，通经活络的原则。全虫5g、僵蚕5g、白附子5g、地龙5g、羌活10g、防风10g、天麻10g、丹参10g、丹皮10g、川芎10g、赤芍10g、当归10g、每日一剂。治疗一月恢复正常。以后治疗全用中药，主要以补脾益气、祛邪兼扶正的原则。党参15g黄芪15g、白术15g、砂仁5g、茯苓10g、扁豆10g、建曲10g、丹参10g、丹皮10g、当归10g、每日一剂，连服二月病情显著好转。全程治疗四月，身体恢复健康。随访观察一年，无任何异常和不适。

讨 论

关于海绵窦血栓形成的临床表现结膜充血，眼睑水肿；眼球突出是眼眶内静脉回流不畅，眼球固定是通过海绵窦的3、4、6颅神经受压。面神经瘫痪。一侧眼先发病经海绵窦扩展至另一侧的两眼损害更据诊断价值。本病例诊断海绵窦血栓形成是相符的。但易与海绵窦动静脉瘘、眼眶蜂窝组织炎混淆，前者在眼眶周围可闻血管性杂音、压迫同侧颈动脉杂音消失、突眼减轻。颅脑照片及脑血管造影可资鉴别。典型病例容易诊断、关键是做到早诊断、早治疗。及时合理、足够疗程的中西医结合治疗是成功的重要因素。中西药结合治疗既能提高疗效又可减少因细菌对抗菌素产生的耐药性、抗药性和副作用。中医在认识疾病的理论与防治疾病的实践上有完整的观点和方法（如阴阳学说）；用现代医学观点和方法制成阴虚、阳虚的疾病模型。发现阳虚型属肾上腺皮质功能低下，用补肾健脾的温性扶正药如党参、黄芪、白术、灵芝等可改善症状、提高机体免疫功能。丹参、丹皮、当归、川芎可降低机体免疫力（不利于机体的变态反应）。两者相辅相存，调节阴阳平衡，达到治疗目的。

一九八一年七月二十八日

慢性骨髓炎冲洗疗法 15 例小结

石柱县人民医院 冉隆万

骨与关节化脓性感染仍然是骨科领域目前较常见较难处理的问题。尤以慢性骨髓炎的处理更为棘手。五十年代以前主要是施行蝶形手术（Orr氏法）。后来人们选用血肿填塞及肌瓣填塞等方法。对缩短疗程取得了一定的效果。国内张光铂〔1〕等报导用闭合冲洗吸引滴入抗菌素溶液治疗慢性骨髓炎取得明显疗效。我院自一九七九年九月至一九八二年一月采用上述方法治疗慢性骨髓炎15例。现报导如下：

临 床 资 料

一、本组15例。男性10例，女性5例。年龄最小7岁。最大45岁，平均21岁。20岁以下10例。病员几乎全来自农村，一例为教师，病程最短1月，最长33年，平均5年3月。15例中股骨8例。肱骨4例，胫骨3例。其中有5例合并窦道。6例合并邻近大关节不同程度活动受限。

二、冲洗吸引：冲洗量每天1000~7000毫升，平均2000~3000毫升，冲洗液均用生理盐水，每1000毫升溶液中加入庆大霉素4~8万单位或青霉素

40万单位和链霉素0.5克。

三、细菌培养：15例中有5例作了细菌培养：金黄色葡萄球菌3例。乙型链球菌1例。1例无细菌生长。抗菌素敏感试验：金黄色葡萄球菌对青霉素均耐药。对红霉素、新青霉素Ⅰ、庆大霉素、卡那霉素、四环素敏感。乙型链球菌对青霉素不敏感。对新青霉素Ⅰ、卡那霉素、红霉素敏感。

治 疗 效 果

本组15例均得到随访。最长4年9月，最短1年6月，3年以上者8例，随访时疗效评定标准：优：术后伤口一期愈合。原病灶未再复发者；良：出院时伤口尚未愈合。经短期换药后痊愈。未再复发者；差：术后伤口一直未愈，或愈合后又复发破溃流脓者。15个部位中，属优者9例，良者4例，优与良共13个部位。其中包括1例二次手术者。差者2例，随访时伤口虽已愈合，但曾有复发。

讨 论

一、无论选用何种手术方法。彻底清除病灶是治疗成功的关键。术前应仔细阅读X线片，确定病变范围，有无空腔，有无死骨、死骨大小及位置，与窦道周围组织的解剖关系，以此来选择最佳手术入路，利于病灶清除。有窦道者最好先予以切除而后清除病灶。对无血运的硬化骨应切到出现新鲜渗血面为止，除此而外，尤应注意死骨的摘除。有条件时应术中摄片，确定死骨是否已清除干净，假如病变范围广泛。一次手术不能彻底清除病灶，可分次进行。本组7例为左股骨上段慢性骨髓炎。术前X线片及术中均未发现病灶内明显死骨。术后原窦道一直流脓不愈。术后5月照片复查见股骨颈内下方有一死骨影。第二次手术摘除死骨，术后伤口一期愈合。随访二年未复发。现已能胜任农业重体力劳动。

二、持续冲洗滴注可以达到充分引流的目的。充分引流是外科对化脓感染治疗的一个基本原则。这样才能有效地控制感染。本法将伤口完全闭合。持续滴入含有抗菌素的生理盐水溶液。既能防治感染。又能达到充分引流的目的。冲洗过程中，负压吸引。有利于肌肉及周围软组织塌陷并充填于骨腔中。使其腔隙大大缩小，且肉芽组织从周围向中心生长，较开放治疗（Orr氏疗法）伤口愈合快，可以一期愈合〔2〕。冲洗过程中，最常出现的问题是引流不畅或引流管堵塞，在术后头两天常因血凝块堵塞，坏死或脱落的组织碎屑产生堵塞多在术后3~5天。这种机械性堵塞，可在无菌条件下。用注射器加压逆行冲洗或将吸引管与滴入管暂时对吸引而得到解决。吸引力过大或过小是造成堵塞的原因之一。我们选用的是F18~20号的塑料导尿管（内径约3~4毫米）与手提式负压吸引器或翻滚式负压吸引器。很少发生吸引力过大而致管腔塌陷者，但感翻滚式吸引器负压不足。

三、全身应用抗菌素是控制感染不可缺少的措施。病灶清除后，全身应用抗菌素对病灶及周围组织的感染将会更好地发挥作用。根据本组有限的细菌培养结果。常选用庆大霉素、新青霉素Ⅰ、红霉素、卡那霉素、四环素。术中常规静脉滴入四环素。发挥保

护性血凝块的作用。病灶清除与冲洗吸引和全身应用抗菌素有机地配合。本组大部份病例均获满意效果。

参 考 文 献(略)

208段输精管细菌培养报告

石柱县人民医院 刘泽战 伍维鑫 向信才
石柱县卫生防疫站 彭永安 王满芳

精道开口于尿道前列腺部，籍此与外界相通，存在着细菌侵入的可能性。目前，有人认为输精管结扎术的某些并发症与上述潜在感染源有关，并在术中采取消毒措施，收到一定的效果。手头资料中输精管腔带菌率高低差别较大，为了解我县成人输精管腔带菌情况，并观察其与并发症的关系，1983年1~2月我们在输精管结扎术中取208段输精管及受术者尿100份送细菌培养及药物敏感试验。今初步报告如下：

一、标 本 采 集

凡施行输精管结扎术者均不加选择地列为对象。术前常规询问病史、体格检查、填登记表。1:2,000消毒宁溶液坐浴并清洗外阴5分钟，采集终末尿，常规消毒手术区皮肤，以钳穿法经双侧裂口，分别用消毒器械提出输精管（避免接触阴囊皮肤），切取一厘米左右，立即经火焰装入盛有培养液的试管内。培养有细菌生长者作菌种分离鉴定和药物敏感试验。

二、实 验 结 果

1、208段输精管培养有细菌生长者118段，阳性率56.73%。菌种分离鉴定结果见表一。

表一

118段输精管培养菌种分离鉴定

菌 种	段 数	%
表皮葡萄球菌	74	62.71
甲型溶血型链球菌	38	32.20
四联球菌	6	5.09
合 计	118	100.00

2、100份尿培养有细菌生长者27份，阳性率27%。此27例中，7例的输精管培养无细菌生长，余20例输精管培养亦有细菌生长。27例尿培养菌种分离鉴定结果见表二。

表二

27份尿培养菌种分离鉴定

菌 种	份 数	%
甲型溶血性链球菌	11	40.74
表皮葡萄球菌	6	22.22
四联球菌	3	11.11
丙型溶血型链球菌	2	7.41
类白喉杆菌	2	7.41
枯草芽胞杆菌	2	7.41
大肠艾希氏菌	1	3.70
合 计	27	100.00

3、两种标本培养有细菌生长者分别进行药物敏感试验，虽然各菌株对药物敏感程度不同，但同一菌种的敏感及耐药基本一致。敏感试验结果归纳为表三。

表三

三种细菌的药物敏感试验

菌 种	高 度 敏 感	中 度 敏 感	耐 药
表皮葡萄球菌	链霉素、氯霉素、合霉素、庆大霉素、卡那霉素、红霉素、磺胺嘧啶、夫喃唑酮、呋喃妥因	青霉素	四环素 土霉素 金霉素
甲型溶血性链球菌	青霉素、链霉素、氯霉素、合霉素、庆大霉素、卡那霉素、红霉素、新霉素、呋喃唑酮	呋喃妥因	四环素 土霉素 金霉素 磺胺嘧啶
四联球菌	庆大霉素、卡那霉素、红霉素、新霉素、氯霉素、合霉素	青霉素 呋喃唑酮	四环素 土霉素 磺胺嘧啶 呋喃妥因