

外科诊治失误一百例原因分析及防范

胡建敏 主编

项士成 王自珊 胡代香

编著

周望先 王炳忠 李士忱



科学技术文献出版社重庆分社

外科诊治失误一百例 原因分析及防范

胡建敏 主编

项士成 王自珊 胡代香
周望先 王炳忠 李士忱 编著

科学技术文献出版社重庆分社

一九八八年·重庆

责任编辑 沈锡庚 汪泽厚

封面设计 田翔

版式设计 潘式文 王红

外科诊治失误一百例原因分析及防范

胡建敏 主编

科学技术文献出版社重庆分社 出版

重庆市市中区胜利路132号

新华书店重庆发行所 发行

四川省达县新华印刷厂 印刷

开本: 787×1092毫米 1/32 印张: 4.625 字数: 110千

1988年7月第一版

1988年7月第一次印刷

科技新书目: 173—289

印数: 11 000

ISBN 7-5023-0205-0/R·43 定价: 1.45元

序

如何避免在医疗实践中不正常事件的发生，这是一个重要的研究课题。由于医务人员的临床经验有一定的局限性，每个医院实验室设备和影像诊断的条件不同，诊断手段不够完善，而每个病例的病情随时都在发展，在不同的疾病阶段又有千差万别的临床表现，这就难免对客观规律的认识产生某些失误，不能及时对某些疾病作出正确的诊断。正确的诊断是指导治疗的基础，错误的诊断就会导致错误的治疗方法。

摆在医务人员面前的神圣职责是：救死扶伤，为病人解除痛苦，尽早恢复健康。病人的生命掌握在我们的手里，他们把一切希望寄托在我们身上，我们在任何时候都不能疏忽大意，掉以轻心，为了病人及其家庭的幸福，我们都应该对每一个病例作出早期的正确诊断，术前做好充分的准备，选择适合病情的麻醉方法；术中要冷静地分析病情，果断地作出判断，操作要轻柔、细致，遵循操作规程；术后做好监护和处理，预防并发症的发生，才能尽早恢复病人的健康。

本书强调要防止手术中的差错，手术差错会给病人带来伤残和死亡。本书介绍的生动事例，如回盲部肠系膜血管结扎线松脱，撕裂脾静脉，穿刺假性动脉瘤，结扎大隐静脉损伤股静脉，乙状结肠镜检导致肠穿孔，腹部损伤的手术检查遗留结肠破裂，手术野显露不佳，贸然分离肿瘤，损伤肠系膜血管，都会威胁病人的生命，甚至造成病人死亡。尽管

有些病人经过大力抢救，生命转危为安，但是这些教训是深刻的。我们在多年的临床实践中不是也发生过类似的事件吗？因而对这些事例并不感到生疏。作者能敢于揭露自己工作中的缺点，不隐瞒任何错误，勇于自我批评，让大家来借鉴，防止类似事件的发生，这种可贵的精神值得我们学习。

我觉得本书的特点是能从分析错误诊断和手术的失误着手，比较深入地探讨意外发生的原因，并结合文献记载的资料，认识到自己应该接受的教训，提出术中正确处理的方法，介绍如何预防意外事件的发生，这是一种有益的尝试，对培养青年医师的成长，肯定会有很大的帮助。我相信每个读者都会从这些事例中得到教益，在工作中提高警惕，了解如何采取措施，防范类似事件的发生。

童尔昌

前 言

一般外科文献多着重报道成功的经验，虽有几本论及手术错误与并发症的书，也多偏重于理论阐述，而对临床上错误手术诊治案例则叙述甚少，这方面的专著就更少。辩证唯物主义者认为成绩应该肯定，但错误也不能掩盖，本书不是成功经验的总结，而是错误手术诊治100例分析。

在探索自然规律的道路上，失败的痛楚往往比成功的喜悦深刻得多。教训能使人变得更聪明，常言道“知耻者勇”，有了知耻之心方有思过之意，拼搏之力，才能致力去掌握回天之术。为引起同行们的重视和警惕，起到前事不忘后事之师的作用，这对减少或杜绝医疗事故，提高医疗质量无疑是有益的。

本书所报道的100例多和当时我们技术不过硬、临床经验不足和管理不当或管理责任心不强有关，当然有些属于术前术中难以估计者，也有些是手术指征不够明确，有些被延误了，术中选用的方法不是最佳方法等。有些教训是沉痛的，使人终生难忘。工作上稍疏忽，轻则给病人带来痛苦，重者给病人带来终生残废甚至丧生。

本书献给读者，如能被同道引为前车之鉴，促使医务工作者树立对人民健康极端负责，对技术精益求精的思想，减少差错事故，则笔者稍感自慰。

本文承蒙武汉医科大学童尔昌教授，湖北医学院史海安、王竹平教授指导，还有刘飞龙、芦保华、黄绍贤、陈又

树、吴保国、谭梓热情支持帮助。病例收集整理得到了湖南浦源贾欣志，四川万迪玲，湖北廖静屏、刘阳光、纪光伟、杜秋凡、路直美、宋金萍等同道大力协作。文中图片由朱莉绘制。在此一并致以衷心感谢。

由于自己的业务水平有限，临床经验及写作能力较差，识认肤浅，分析不够深刻，文中存在不少缺点，乃至错误，欢迎广大读者批评指导。

胡建敏 于一九八四年春节

目 录

第一章 普通外科

第一节 胃手术发生的错误

- 一 损伤门静脉..... (1)
- 二 损伤脾脏大出血被迫行脾切除..... (5)
- 三 十二指肠残端未关闭..... (7)
- 四 胃肠短路吻合..... (8)
- 五 误将空肠扭转与胃吻合..... (11)
- 六 十二指肠残端破裂修补失败..... (14)
- 七 溃疡大出血行溃疡旷置, 未处理出血点,
粘膜剥离太少再出血..... (16)

第二节 胆道手术发生的错误

- 一 术后大出血..... (20)
- 二 切断结扎胆总管..... (22)
- 三 胆囊管残留过长..... (25)
- 四 胆总管巨大结石残留..... (27)

第三节 肠道手术及诊断错误

- 一 直肠癌根治术中损伤骶前静脉丛..... (30)
- 二 乙状结肠镜检致直肠穿孔..... (31)
- 三 横结肠双腔造口术结肠坏死..... (32)
- 四 结肠造口退缩并肠梗阻..... (34)

- 五 回盲部切除, 结肠回肠端侧吻合..... (35)
- 六 肠套叠整复术后肠坏死..... (36)
- 七 肠梗阻误诊尿潴留致肠坏死..... (37)
- 八 结肠癌误诊菌痢达三年多..... (38)
- 九 假性小肠梗阻误予手术治疗二次..... (39)
- 十 粘连性肠梗阻绞窄肠坏死三例死亡..... (41)

第四节 闭合性腹部外伤手术及诊断错误

- 一 术中遗漏结肠破裂二例丧生..... (43)
- 二 小肠穿孔误诊死亡..... (45)
- 三 结肠破裂误诊死亡..... (46)

第五节 结肠癌遗漏行胃切除及术中损伤 血管死亡

- 一 结肠癌合并溃疡病行胃大部切除..... (48)
- 二 肿瘤切除致肠系膜上动脉断离..... (49)
- 三 脾肾静脉分流术中致脾静脉撕裂..... (51)

第六节 阑尾手术及诊断错误

- 一 术后腹腔内大出血二例..... (54)
- 二 阑尾炎诊断错误致再次手术二例..... (55)
- 三 冠心病误诊阑尾穿孔..... (57)
- 四 妊娠期肠扭转误诊阑尾炎..... (58)

第七节 腹股沟疝误诊及手术错误

- 一 将膀胱当疝囊切开缝扎..... (59)

- 二 将小肠切开并缝扎悬吊致肠坏死..... (61)
- 三 腹股沟疝高位结扎术后立即复发..... (61)
- 四 嵌顿疝误诊肠套叠..... (63)
- 五 坐骨孔疝误诊脂肪瘤..... (64)

第八节 内分泌疾病的诊治错误

- 一 胰岛细胞瘤误诊为精神病..... (66)
- 二 桥本氏病误行甲状腺切除..... (67)
- 三 原发性甲状旁腺机能亢进症误诊骨囊肿，
泌尿系结石五年..... (70)
- 四 甲亢术前忽视尿糖检查术后诱发糖尿病
死亡..... (72)

第九节 四肢手术错误

- 一 大隐静脉高位结扎误扎股静脉..... (74)
- 二 髂窝脓肿切开误伤股静脉..... (76)
- 三 假性动脉瘤行诊断性穿刺破裂出血..... (77)

第十节 过份依赖辅助诊断错误

- 一 直肠蜂窝织炎误行直肠癌根治术..... (78)
- 二 乳房纤维腺瘤误行乳腺癌根治术..... (79)
- 三 胃体癌误为贲门癌..... (80)
- 四 右髋髂关节脱位误行左侧手法复位
固定..... (81)

第十一节 其它错误

- 一 休克病人来回转科、丧失抢救时机死亡..... (83)
- 二 误将二羟甲基氨基甲烷当普鲁卡因致组织坏死..... (84)
- 三 外伤后未注射TAT, 一周后破伤风死亡..... (85)
- 四 橡胶引流管滑入腹腔..... (85)
- 五 胃癌转移误诊为脐尿管瘘..... (86)
- 六 脂膜炎误诊为肿瘤..... (87)
- 七 包皮切除术错误与输尿管结扎术后出血..... (88)

第二章 胸外科

第一节 误诊

- 一 自发性食管破裂误诊胃穿孔..... (92)
- 二 肺炎性假瘤误诊肺癌..... (93)
- 三 创伤性休克忽视对主要病灶救治导致二例死亡..... (94)

第二节 操作错误

- 一 换胸腔闭式水封瓶病人丧生..... (98)

第三章 泌尿外科

第一节 手术错误

- 一 医源性输尿管离断..... (99)
- 二 医源性膀胱异物残留..... (100)

- 三 乙状结肠代阴道术中损伤边缘动脉致肠坏死.....(101)
- 四 膀胱切开取石术中“扑空”.....(102)
- 五 医源性尿性腹膜炎二例.....(104)

第二节 肾结核误诊

- 一 误诊为左肾囊肿.....(106)
- 二 误诊为肾肿瘤.....(107)

第三节 膀胱结核误诊

- 一 膀胱结核挛缩误诊为压力性尿失禁.....(109)
- 二 膀胱结核误诊为乳头状瘤.....(109)

第四节 其它错误

- 一 右肾移行上皮细胞癌误诊为结核.....(111)
- 二 后尿道肿瘤误诊为前列腺肥大.....(112)
- 三 右肾缺如误诊右肾结核.....(113)
- 四 双侧上尿路结石嵌顿误诊为肠梗阻.....(114)
- 五 左肾上极间质性肾炎误诊为肾肿瘤.....(115)

第四章 脑外科

第一节 手术错误

- 一 颅骨钻孔致终身残废.....(118)
- 二 颅骨骨瘤切除术后昏迷死亡.....(119)

三 棉球遗留伤口内.....	(120)
----------------	-------

第二节 外伤性颅内血肿处理错误

忽视脑疝形成前的体征四例死亡.....	(120)
---------------------	-------

第五章 骨科

第一节 手术错误

一 医源性桡神经损伤.....	(124)
-----------------	-------

二 纱布遗留伤口内二例.....	(124)
------------------	-------

三 先天性斜颈手术失败.....	(125)
------------------	-------

四 拆剪石膏绷带将组织剪开.....	(126)
--------------------	-------

五 踝关节开放性多发性骨折清创缝合不 复位.....	(128)
-------------------------------	-------

六 髓内钉固定术后失败.....	(128)
------------------	-------

第二节 诊断错误

全身多处刀刺伤，忽视周围神经损伤而 残废.....	(130)
------------------------------	-------

第一章 普通外科

第一节 胃手术发生的错误

一 损伤门静脉

例1，男性，38岁。上腹部剑突下间断发作性疼痛5年，近半年伴有返酸，疼痛加重且以夜间为甚。钡餐检查报告十二指肠球部溃疡。拟行胃大部切除术。术中见十二指肠球部溃疡巨大瘢痕与邻近组织广泛粘连。为切除溃疡，强行向下分离时误将门静脉损伤。当即血如泉涌，虽经多通路加压输血等抢救，终因出血不能控制，患者旋即死于手术台上。

〔讨论〕胃大部切除手术中，脏器损伤虽屡有报道，但损伤门静脉尚属罕见。正常情况下，幽门部与瓦特氏壶腹有5~7 cm距离，但由于溃疡瘢痕挛缩可使其距离缩短（图

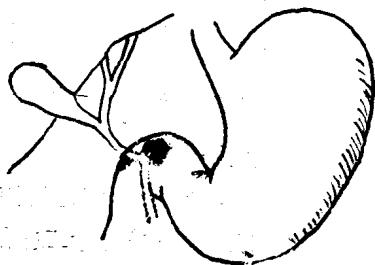


图1—1 溃疡瘢痕挛缩将胆总管融合一起

1—1)；有些穿透性溃疡，甚至可将门静脉、胆总管、肝动脉包裹在巨大的溃疡胼胝之中，此时若强行切除溃疡，极易造成损伤。

门静脉的创伤一般很少发生，Mattox等报道腹部创伤2000例，其中门静脉损伤只有22例，仅占腹部创伤的1.11%^[1]。近年来，由于医疗技术的飞跃发展，门静脉损伤死亡率也由71%下降到39%^[2]。

本例手术错误的主要原因是：①手术者忽视了溃疡炎症浸润常导致邻近组织融合在一起，而犯了错误。②未遵守操作规程。在局部解剖不清楚时，盲目强行切除溃疡，必然会导致严重后果（图1—2）。在这种情况下，一般应施行溃疡旷置术（Bancroft氏法）

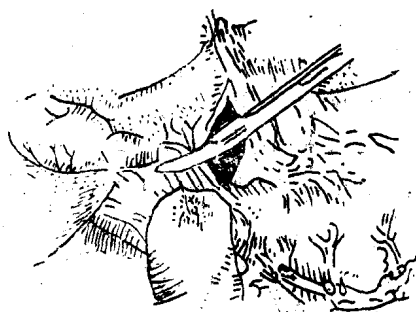


图1—2 溃疡瘢痕挛缩切除溃疡时误伤门静脉和胆总管

〔治疗〕一旦术中发生上述情况，切勿慌张，可将食指从网膜孔伸入，用拇指和食指捏住肝十二指肠韧带，暂时控制门静脉出血；或用无损伤血管钳夹持十二指肠韧带，阻断门静脉的向肝血流。然后分离解剖出门静脉，辨认其受伤位置，用无损伤血管钳钳夹破口处控制出血。出血控制后，应加快输

血恢复血容量。门静脉管壁甚薄，易被撕裂，游离和安放血管钳时，操作应轻柔。靠近肝门部的门静脉损伤，止血有时十分困难。近来有学者介绍将肝门远端门静脉切一小口，用Forgarty氏气囊导尿管从小切口向肝门方向插入门静脉，通过损伤处后，充盈气囊分别填塞门静脉左右分支，控制出血[3]。

门静脉损伤的修复方法根据损伤类型和位置可以分为：

1. 静脉壁缝合术 单纯撕裂伤可用此法缝合，简单而安全。

2. 门静脉端-端吻合术 适应于：①断裂伤时，修整残端后缺损不多者。②非断裂伤，但局部缺损较多，若行侧壁缝合血管腔有狭窄者，可以切除该段静脉，行端端吻合。

3. 脾静脉转流术 不能侧壁缝合或端端吻合时，可作门腔分流或缝合关闭肠系膜上静脉的近侧断端，切除脾脏。分离出脾静脉并向下内方旋转，与肠系膜上静脉的远端行端-端吻合，使肠系膜上静脉的血经脾静脉回流至门静脉。

4. 血管移植术 可采用人造血管、同种异体血管、自体血管重建门静脉。

5. 门静脉结扎术 门静脉损伤，原则上应尽可能修复重建，但有时损伤段修复极端困难，或病员情况不允许继续手术等不得已时，可结扎损伤两端。结扎门静脉曾有文献报道[2]，动物实验和临床实践表明，紧急结扎门静脉可引起低等动物死亡，但猴和人类的门静脉系统侧枝循环丰富，即使紧急结扎后，也有80%能够生存[3]，是一种挽救生命的有效方法。然而，Purcell指出：40%的人门静脉无任何侧枝，一旦结扎门静脉，大量血液淤滞在门静脉系统内，可产生门静脉

高压症。而门静脉的血流可经门-腔静脉系统的交通支流向腔静脉，获得部分分流，门静脉压力能降至正常。

6. 门-腔分流术 可直接将门静脉血转流到下肢静脉，防止结扎门静脉后可能发生的肠系膜静脉栓塞或门静脉高压症。但是，对肝脏血流正常者分流后所致的肝功能失调和脑病是显而易见的，且病人多难以承受手术的打击。因此，多数作者不主张采用此分流术[3]。

〔预防〕术者必须熟悉胃的正常局部解剖和在病理情况下可能发生的解剖变异。正确判断溃疡是否能切除，若有困难或有损伤邻近器官的危险，就不要强行切除而改行旷置术(图1—3)。手术野要清晰，直视下手术，操作要轻柔仔细，不能盲目大块钳夹和强力拉牵。

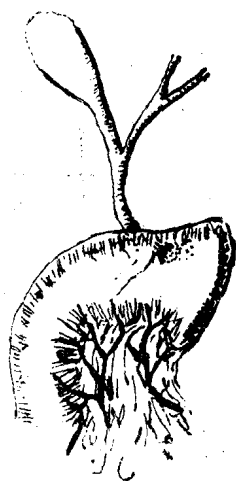


图1—3 胆总管与溃疡粘连进行溃疡旷置术

另外，在钳夹组织前及切断组织后，均应检查有无管状