

- [2] Divita G, Costa R Gastric emptying after duodenogastric resection. *Am Itad Chir*,1991,62(2):159.
- [3] 邓磊,林擎天,金立,等. 腹部手术后胃瘫 15 例的诊治经验 [J]. *腹部外科*,2013,26(2):109~111.
- [4] 秦新裕,刘凤林. 术后胃瘫综合征的发病机制和治疗 [J]. *诊断学理论与实践*,2006,5(1):13~15.
- [5] 蔡一亭,秦新裕. 根治性胃大部切除术后胃瘫 15 例临床分析 [J]. *中国实用外科杂志*,1999,19:338.
- [6] Chu H, Lin Z, Zhong L, et al. Treatment of high-frequency gastric electrical stimulation for gastroparesis [J]. *J Gastroenterol Hepatol*, 2012,27(6):1017~1026.

包皮手术 196 例疗效分析

吴忠良¹ 钱伟华¹(通讯作者) 苏志刚¹ 王心治²

(1 江苏苏州市第七人民医院外科, 江苏 苏州 215163; 2 苏州大学附属第二医院急诊科)

摘要 目的:总结比较 3 种包皮环切术的疗效。方法:对 196 例包皮过长、包茎患者分 3 组,分别以传统包皮环切术、包皮环切套扎器术、包皮环切器手术。结果:经典手术成熟,适用于各种患者,但术后并发症稍多,包皮水肿且以系带侧水肿较为多见,且边缘不够美观;包皮环切套扎术,出血少,切口整齐,水肿情况稍轻,但异物感明显;包皮环切器术,时间短,出血少,切口整齐美观,水肿情况较前明显轻,且时间短。结论:包皮环切器术是很好的手术方式,但价格昂贵。

关键词 包皮环切术,包皮过长;包茎

Clinical analysis on operation of circumcision

WU Zhong-liang, QIAN Wei-hua, SU Zhi-gang, et al.

Department of Surgery, The People's Hospital of Suzhou, Jiangsu215163

Abstract Objective: To compare the curative effect of three kinds of circumcision. **Methods:** 196 cases of wrapping was too long, phimosis patients into three groups, respectively by classical circumcision, circumcision TaoZa apparatus, circumcision surgery. **Results:** Classic mature operation, suitable for all kinds of patients, but slightly more postoperative complications, the foreskin edema and edema with lace-up side was relatively rare, and the edge was not beautiful; Circumcision TaoZa operation, less bleeding, incision neatly, edema were less light, but the foreign body sensation; Circumcision surgery, time was short, less bleeding, incision and tidy and beautiful, significant edema was light, time was short. **Conclusion:** Circumcision surgery should be a good operation method.

Key words Circumcision; Redundant prepuce; Phimosis

中图分类号:R 697 文献标识码:A 文章编号:1673-6567(2014)12-0015-02 DOI 编码:10.13214/j.cnki.cjotadm.2014.12.011

包茎、包皮过长易形成包皮垢,可增加尿路感染,影响未成年人阴茎发育,及时手术可预防包皮龟头炎、包茎嵌顿和阴茎癌等,随着医学技术革新,手术方式也日益多样,现分析我院泌尿外科以往包皮手术患者疗效以比较 3 种不同手术方式,报告如下。

临床资料

1 一般资料:我院于 2009 年 9 月~2013 年 6 月间,门诊接受包茎、包皮过长患者 196 例,分别采用传统包皮环切术(89 例),套扎器术(58 例)及环切器术(49 例)治疗。

2 手术方法:传统手术:剔除阴毛,常规消毒铺巾,0.5%利多卡因作阴茎根部阻滞麻醉后,分别在 12.3.6.9 点方向提起包皮,于背侧正中剪开,保留包皮内板 0.5~0.8cm⁽¹⁾,环形切除包皮,系带处保留 0.8~1.0cm⁽¹⁾,电刀电凝出血点,4~0 可吸收线间断缝合包皮,凡士林纱布覆盖,纱布加压包扎,术后以戊酸雌二醇,抗生素口服,3 天后松懈去掉敷料,以 1:5000 高锰酸钾外洗。套扎器术:使用迅舒环切套扎器,由夹紧环,套环,和紧固螺丝组成,选取相应尺寸的套扎器:以 0.5%利多卡因阴茎根部阻滞麻醉,把内环套入阴茎,分 4 点位置(同经典手术)夹持包皮,将包皮翻转套环上,保证系带侧 8

~10mm,上外环,旋上紧固螺丝,剪去多余包皮。可不用抗生素,7~10 天下环。包皮环切器术:使用狼和牌包皮环切器,主要以环切器主体和钟座,扎带,调节旋钮组成。术前先选择好与自然状态下冠状沟尺寸相符的型号。以 0.5%利多卡因阴茎根部阻滞麻醉,先充分游离包皮,(如果为包茎患者可以于背侧切开包皮)将钟座放于包皮内,罩于龟头上,用扎带将包皮口固定在拉杆上,将拉杆插入壳体内中心孔直达尾部,装上调节旋钮并顺时针收紧,使拉杆尾端与调节旋钮尾端相平,取出保险扣击发切割器握紧手把 5~10 秒钟松开,逆时针旋转调节旋钮推出钟座 4~5mm,左右旋转继续退出环切器和钟座快速用纱布包裹切缘,压迫 15 秒后松开,用粘弹力绷带加压包扎,2~3 天后松开,以 1:5000 高锰酸钾外洗,并口服抗生索。

3 观察指标:手术时间(麻醉效果满意后开始手术至包扎完手术创面为止的时间);术中出血量(根据术中纱布被血液浸润前后重量计算术中出血量);术后重度水肿患者例数(重度水肿表现为包皮内外板及系带外观肿胀发亮,皮肤皱褶消失);创口完全愈合时间;手术费用。

4 结果:见表 1。

表 1 3 组手术时间、出血量、愈合时间、严重水肿例数、平均手术费用比较

分组	例数	手术时间(min)	出血量(mL)	愈合时间(D)	严重水肿例数(所占比例%)	平均手术费用
经典手术组	89	30.3±5.9	8.3±2.1	14.7±2.0	33(37.1%)	1112
套扎器术	58	6.7±1.5	2.9±1.1	20.2±3.1	5(8.6%)	2230
吻合器组	49	10.0±2.2	2.4±0.8	20.0±2.5	3(6.1%)	2782

套扎器术组手术时间 6.7±1.5 分钟明显优于经典手术组 30.3±5.9 分钟(P<0.05),同时也优于吻合器手术组 10.0±2.2 分钟(P<0.05)。在出血量方面,经典手术组出血量 8.3±2.1ml 明显多于其他 2 组(P<0.05),而套扎器手术组出血量 2.9±1.1ml 与吻合器手术组出血量 2.4±0.8ml 差异无统计学意义(P>0.05)。经典手术患者伤口完全愈合时间

则短于其他 2 组(P<0.05),套扎器手术组愈合时间 20.2±3.1,与吻合器手术组愈合时间 20.0±2.5 差异则无统计学意义。在经典手术组术后发生包皮严重水肿的患者例数明显多于其他 2 组,差异有统计学意义(P<0.05),套扎器手术组与吻合器手术组严重水肿发生例数比例相当,差异无统计学意义(P>0.05)。

讨 论

由于社会的进步和发展、生活水平的提高和医学知识的普及,包皮过长和包茎的危害性及人们对生活质量要求的提高,使得人们越来越重视包皮的手术疗效,所以包皮手术广泛开展。随着医学的飞速发展,为提高包皮手术的疗效和减少并发症的发生,包皮环切术术式在不断的改良和更新。

经典术式:手术操作简单。适用于各种包皮过长及包茎患者。术中采用电凝止血,可吸收线缝合切口,无线结反应和拆线痛苦。但该技术损伤包皮内板的静脉和淋巴回流,术后均出现包皮不痛程度的水肿,系带侧尤为明显,一般需要 3~7 天恢复,且伤口切缘不整齐。

套扎器术:与经典术式相比,该技术简单,时间短、出血少,伤口整齐,术后出血及水肿发生率低,但该技术术后异物感明显,松懈固定环时有切口裂开出血可能。

环切器术式:与上 2 种术式相比,该术式体现在操作简单,时间相对较短,出血几乎没有,伤口整齐美观,痛苦少,且包皮水肿很少发生。

总之,经典包皮手术,手术简单易于掌握,适用于各种包皮过长及包茎;套扎器术时间短、出血少,伤口整齐美观;环切器术,掌握操作后也体现在手术时间短,出血极少,痛苦及水肿情况较前两种明显减少。

参考文献

[1] 中华医学会编著,临床技术操作规范,泌尿外科分册[M].北京:人民军医出版社,2005.11 ISBN 7~80194~737~1.

[2] 姜彦飞,张国银,等.包皮环套书治疗包皮过长效果分析[J].医学信息,2013,26(6)(中)10.

[3] 程剑,吴江河,查四敏.一次性包皮环切吻合器与传统包皮环切术的疗效比较[J].中外医学研究,2013,11,(33)11.

围术期急性肺水肿诊治及原因分析

蓝英平 梁天北 张益佳

(广西壮族自治区脑科医院, 广西 柳州 545005)

摘要 目的:探讨围术期急性肺水肿的诊治及发生原因。**方法:**总结我科近年来不同病患者发生围术期急性肺水肿 14 例临床资料,且对其诊治措施和发生原因进行分析。**结果:**14 例患者均出现心动过速、血压升高、脉搏氧饱和度降低,双肺听诊满布哮鸣音及干湿性啰音。气管插管全麻患者气道阻力明显增加,非气管插管全麻患者则表现恐惧、苍白、心动过速、烦躁、出冷汗,部分患者经抢救插管后可见白色或大量粉红色泡沫痰从气管导管口涌出,经抢救治疗,14 例患者无 1 例死亡,亦未出现任何相关并发症。**结论:**围术期急性肺水肿发生突然,病情进展迅速,若不能及时正确抢救,严重威胁患者生命,故迅速正确的诊断和积极治疗至关重要。

关键词 围术期;麻醉;急性肺水肿

Analysis of perioperative treatment and cause of acute pulmonary edema.

LAN Ying - ping, LIANG Tian - bei, Zhang Yi - jia.

Department of Anesthesiology, Brain Hospital of Guangxi, Liuzhou 45005, China

Abstract Objective: To investigate the diagnosis and treatment and the cause of perioperative acute pulmonary edema. **Methods:** Summarize the clinical data of 14 cases of perioperative period in patients with acute pulmonary edema in different diseases in recent years, and its treatment measures and the causes were analyzed. **Results:** 14 cases patients showed increased heart rate, pulse oxygen saturation decline, double lung auscultation with dry and wet rales and wheezes. Patients under general anesthesia with endotracheal intubation airway resistance increased, non tracheal intubation patients were fear, pale, tachycardia, be agitated, cold sweats, some patients after intubation via rescue were visible white or pink frothy sputum from the endotracheal tube mouth poured out of. After treatment, 14 patients were no 1 case death, nor any related complications. **Conclusion:** Perioperative acute pulmonary edema occurred suddenly, rapid progress, if not timely rescue, a serious threat to patient's life, so the rapid and correct diagnosis and active treatment should be very important.

Key words: Perioperative period; Anesthesia; Acute pulmonary edema

中图分类号:R 6194 文献标识码:A 文章编号:1673-6567(2014)12-0016-02 DOI 编码:10.13214/j.cnki.cjotadm.2014.12.012

近年来麻醉手术中急性肺水肿发生率有所增加,接近心跳骤停的发生率^[1]。围术期急性肺水肿,常发生于手术将近结束及术毕 30 分钟左右,为严重的麻醉并发症,如有耽误,轻者可使患者康复迟缓,重者可直接危及患者生命安全。现将我科近年来围术期发生急性肺水肿 14 例分析报告如下。

临床资料

1 一般资料:本组 14 例,年龄 5~61 岁,其中男 9 例,女 5 例,急诊手术 8 例,择期手术 6 例。14 例中脑外伤颅内血肿清除术 3 例,肝破裂修补术 1 例,弥漫性腹膜炎肠坏死部分肠切除术 2 例,胃穿孔修补术 1 例,胃溃疡胃大部分切除术 1 例,甲状腺肿瘤行甲状腺大部分切除术 2 例,急性阑尾炎 2 例,疝修补术 1 例,髋关节全髋置换术 1 例。伴冠心病、高血压病史者各 3 例,慢支 1 例,心功能不全者 2 例。手术时间 1.2~5 小时。

2 麻醉方法:全身麻醉 9 例(含基础麻醉 1 例)、硬膜外麻醉 3 例、颈丛阻滞加强化麻醉 2 例。其中丙泊酚+阿曲库铵+芬太尼+七氟烷麻醉 5 例(其中腹腔镜下手术 2 例);丙泊酚+顺阿曲库铵+舒芬太尼+七氟烷麻醉 2 例;依托咪酯+阿曲库铵+芬太尼+七氟烷麻醉 1 例。

3 临床表现:14 例中大部分有:胸闷、恐惧、烦躁、呼吸困难、心动过速、血压升高、脉搏氧饱和度降低,气道阻力增加,双肺闻干、湿性啰音,口腔咳出或从气管导管溢出粉红色泡沫痰,血气分析有二氧化碳偏高或下降,PH 偏低,呼吸性酸中毒、低氧血症,X 线照片示肺水肿征象。

4 诊断:根据症状、体征和 X 线表现,非全麻患者表现为恐惧、烦躁、面色苍白、出冷汗、呼吸急促、心动过速、血压升高,逐渐或突然加重的呼吸困难、咳白色或粉红色泡沫痰等。气管插管全麻患者表现气道阻力增加,双肺闻及干湿性啰音,胸片示肺野密度增高或密度均匀的致密阴影。

5 主要治疗措施:(1)限制液体输入的速度和量。(2)充分供氧,保持呼吸道通畅、加压面罩给氧,必要时气管内插管(非气管内插管全麻或气管内插管全麻已拔出气管内插管者),改善气体交换。气管内吸入 75~95%酒精去泡,采取间歇正压通气(IPPV12~15ml/kg)或呼气末正压通气(PEEP5~10cmH₂O),阻断肺毛细血管壁因缺氧所形成的恶性循环,改善紫绀。(3)镇静,减少氧耗,吗啡 5~10mg(老人与小兒禁用),或安定 5~10mg。(4)利尿,速尿 0.25~0.5mg/kg 是首选的利尿药。(5)激素,氢化可的松 100~200 mg 加入 10%葡