

注射並沒有停止，這說明了吐根素注射若不合併抽膿是不能達到完全的療效的。熱度下降與一般情況的好轉，當然是說明病情轉向恢復狀態，但依靠這些還是不夠的。白血球的計數也是一個病情發展的指征。在9月7日，當溫度已正常後白血球還是23,800，這說明病情還沒穩定，體內還有病灶，直至四次胸腔抽膿後，白血球計數才下降到12,100，而中性多核亦自90%降至74%了。

阿米巴性肝膿腫是續發於阿米巴性腸炎的，不管當時病員有沒有腸炎的臨床表現，腸炎的預防性治療還是必要的，因之，我們給了這個病員8天的磺碘啞啉(藥特靈)。

一般說來，在徹底治療一個大的肝膿腫時，一個療程的吐根素是不夠的，因之有時會復發。在我們這個病員身上白血球始終較高，溫度有時上升，所以自9月13日起又給予了第二療程的吐根素(5天)。在注射吐根素時，所須嚴密注意的，是心臟循環系統方面的變化，例如脈搏的加速和血壓的下降。在我們這個病員身上這些都保持着常態。關於兩個療程吐根素的間隔期間，一般說來，若是第一療程的總量是0.6克的話，第二療程開始前的休息期間應為10—14天；這個病員由於第一療程的總量只有0.42克，

所以間隔期是不到10天的，但是我們更要根據當時的具體情況來決定間隔期的長短，既能保持安全，又要避免延遲治療。由於我們應用了上述的治療措施，這個病員的阿米巴性肝膿腫可以說已經治癒了，他是在溫度正常兩週後出院的。但是，他的白血球還是沒有完全正常的，這可能和部分殘留膿液還在繼續被吸收有關係，因之出院後的追蹤觀察是很必要的，可惜這個病員沒能做到這一點。

關於病因療法中的藥物問題，近年來由於化學藥品及抗生素的飛躍進步，金霉素及氯奎寧都可以用來治療阿米巴性肝膿腫，至少可以配合吐根素的應用或甚至代替它；由於我們對這些療法沒有足夠的經驗，而兩藥又不易獲得，且昂貴，所以我們沒有對這個病例內試用。除了病因療法外，支持療法與對症療法都是很重要。我們給予了這個病員高熱量、營養豐富與易消化的飲食，還加進了維生素乙。

總之阿米巴性肝膿腫的治療是綜合性的，病因治療應包括藥物治療和穿刺排膿，腸道治療還要配合肝膿腫治療；支持治療和對症治療也得結合病因治療；只有這樣，我們才能達到根治阿米巴病的目的。

外科病案討論

山東醫學院系外科教研室 劉士怡

病歷摘要

病案一患者：郭××，男性，32歲，濟南市人，職員。1952年10月1日下午8時入院，住院號14448。主訴右上腹部疼，血尿已10小時。患者曾於該日上午10時許，因玩弄“健康圈”不慎而從約一丈高處跌下，鐵圈壓在腹部，墜地時右側腹部先着地。當時右上腹部疼痛劇烈，持續約四五小時之久，始漸漸減輕。神智清醒，未發生昏迷。下午1時許小便內排出赤紅血塊很多，但無排尿疼、排尿困難等。入院前曾注射止痛針、服消炎片，但右上腹仍疼痛，並有觸疼；起身時感頭暈。過去有治遊史，患過淋病，已治癒。年來胸疼，無咳嗽吐血。27歲結婚，生有一次。

體檢：體溫37.2°C，脈搏95次/每分，血壓110/70。發育中等，營養良好。頭、胸、四肢檢查無異常。腹部平坦，柔軟，腸蠕動音正常，只右側腰部觸、叩疼明顯。外陰部

檢查正常。X射線胸腹透視無異常。

化驗：血色素12.5克，紅血球413萬，白血球8500；中性80%，淋巴18%，大單核2%。尿液紅色，比重1.027；顯微鏡檢紅白球++++，白血球+++。

診斷：右腎破裂，非開放性。

治療經過：住院後即臥床觀察；當日給青霉素注射，注射鹽水葡萄糖1000毫升。10月2日病情無顯著變化，尿中紅血球多量，白血球4—9/高倍。10月3日，右側腹部仍疼，腹肌有明顯的抵抗感及觸疼。行膀胱鏡檢查，分別導尿，右側尿液中紅血球++++，白血球+；左側尿液中紅血球及顆粒管型少許。膀胱內部無異常所見。逆行性腎盂造影，認為有兩側腎裂傷，以右側較為嚴重。3日晚8時在乙醚麻醉下，行右腎探查手術。右腎周圍有兒頭大小的血腫。移除血塊後，發現腎體正中近腎門處，前後面各有橫形裂口3—5厘米長；用腸線行U字

縫合數針，閉合破裂口，止血佳良。引流腎周圍區，縫合手術切口。手術後恢復甚好三日後取去引流，第七日拆去縫線。11月13日又行膀胱鏡檢查及逆行造影術，報告為兩側腎裂傷已顯示癒合。尿常規檢查無異常所見，17日出院。

病案二：患者宋××，男性，23歲，泰安人，石工。1956年5月27日入院，住院號45259。主訴左腰部受石塊打傷近一天。昨日下午6時左右正在山上吃飯時，突然有一塊爆炸飛起的石塊，約人頭大小，重約一二十斤，击中左腰背部。當時昏迷近半小時，醒後無口鼻出血嘔吐等。當即抬至附近醫務所，再轉至××醫院，途中昏迷兩次，迅即蘇醒。經該醫院輸血300毫升，並輸入液體。導尿流出血色尿液約2,300毫升。下午2時轉來本院。三年來曾食慾不振，口干，經大夫檢查，有“脾大病”，注射三十餘“針”，治癒。

體格檢查：消瘦，清醒，精神不振。脈搏92次/每分，體溫37.2°C，血壓110/70。頭部無畸形傷痕，瞳孔等大，對光反應良好。右頰部有皮膚擦傷，口耳鼻無流血，右眼結合膜有小塊瘀血。胸部無傷痕，左下季肋處有壓痛，心音及呼吸音規律，清晰。腹平坦，全腹肌緊張，壓痛反跳痛明顯；腸鳴聲聽不到，無移動性叩濁。肝脾觸不到。左腰部明顯腫脹，皮膚呈紫黑色；左髂骨上部以上壓痛著明，第一腰椎處有壓痛。下肢活動正常。外陰部無病變。X射線透視：兩肺野無病變，心動正常，膈肌活動正常，膈下無空氣帶發現。

化驗：血色素8.5克，紅血球286萬，白血球16,000，中性92%，淋巴7%，大單核1%。尿常規：蛋白++，鏡檢紅血球及白細胞滿佈視野。血中非蛋白質氮48，氮化物470，二氧化碳結合力47。

X射線脊柱攝片：診斷一、左髂骨骨折；二、脊椎胸12至腰2有壓縮骨折；三、骶椎髓裂。

當即行靜脈注射腎盂造影術，兩側顯示不良；再行逆行造影術，診斷左側腎破裂；膀胱鏡檢查，膀胱內部無異常所見。

入院診斷：一、左腎破裂，非開放性；二、脾破裂；三、左髂骨骨折；四、腰椎壓縮骨折；五、腦震盪；六、面部擦傷。

治療經過：5月27日晚7時急症手術。在乙醚麻醉下，行左側經腹直肌切開，腹腔內吸出血液共約600毫升。發現脾在中下 $\frac{1}{3}$ 交界處橫斷，並有數處裂口流血，乃行脾切除術。左腎區有廣大血腫，剪開後腹膜，移除血塊，發現腎體下極有數處裂口，腎蒂處有出血；行腎切除術，然後縫合後腹膜，檢視肝臟、腸管、膀胱等內臟，皆正常。縫合腹部切口，作腹膜後腎區引流，手術終結。共輸血900毫升。

手術後，睡板床，注射青霉素，胃腸減壓，禁飲食，補充液體，恢復良好。術後三日去引流，八日拆線，6月7日在過伸位作石膏床，6月12日尿常規正常；6月20日出院休養。

討 論

(一)腎的損傷，常是非開放性的破裂，或稱皮下破裂。多見於中年男性，因為活動範圍廣泛而且劇烈的緣故；但兒童的腎臟位置較低，腎周圍脂肪發育薄弱，也可能受損害。腎臟位置較深，受胸廓、腹壁及內臟、腹背諸肌的保護，發生損傷的機會，較其他內臟為少；有人統計腎損傷約佔外科病人中1/3,000左右；又有人統計佔3/10,000左右，極相近似；也有人統計腎損傷佔外傷致死的病人10%左右。

(二)腎損傷當中較嚴重的，是合併損傷問題。有人統計220名腎損傷病例中，合併腦震盪者24名，合併內臟損傷中脾佔10名，肝佔23名，胸部(肺及肋膜)佔21名，腹膜佔6名，腸佔1名，膀胱佔2名；合併骨折中顱骨14名，肋骨17名，肢體41名，骨盆19名，脊柱12名，其他6名；合併骨折和內臟損傷佔24名。同時有合併損傷的病人，其死亡率最高。對於腎損傷的診斷不可忽略合併損傷，並應採取適時的必要的處置。第二例損傷的診斷共有六種，便是很好的例子。

(三)腎損傷的診斷，依靠病人有腰部外傷、腰疼、血尿的歷史；檢查中發現傷側腎區有壓痛，腹肌緊張，或可觸出腫塊。在病人休克恢復後，在體力允許的情況下，速行靜脈注射的腎盂造影；如果因為休克、流血、損傷等，造影顯示不良時，須再行逆行性腎盂造影。腎損傷在X射線造影圖上顯示腎的暗影增大，藥液滲漏在腎周圍區，腎盂腎盞破壞等；但腎盂造影圖的所見，不一定和腎臟破壞的程度相平行，尤其是不能代表出腎臟的血管損傷情形，如第二例。因此，應當隨時和臨床體征嚴密配合，才能得到較正確的結論；另外，腎盂造影術能對健側腎臟的檢查確定，也是很重要的。

(四)當腎損傷時，更進一步確定有無其他內臟的合併損傷，有時並不是很容易的事。譬如肝、脾、腎的損傷或破裂，都可以由於出血、感染等產生各該側區域的疼痛、腫塊、壓痛、腹肌緊張等；因此應當更仔細地追尋各該內臟的疾病史，利用一切方法，包括X射線，檢查腹腔內有無移動性叩濁音，及其他腹腔內游離液體及 ζ 體的證明等。如仍有懷疑不決時，也可以採取剖腹探查方式，同時治療腎和其他內臟的合併損傷，以免有所遺漏，造成不良後果。

(五)治療方面首先要恢復休克，再採取絕

对卧床、止痛、输血输液等保守疗法，同时进行特殊检查法，如肾盂造影术等，并密切观察病情的发展，如定时的测量血压、脉搏、体温；行血尿常规化验，及观察局部的体征，其他合并症的情况等。一旦证明出血严重或合并内脏损伤，或有感染及尿外渗严重时，应立即采取手术治疗，

手术的方式有：一、切开引流；二、缝合修补；三、全肾或部分肾切除；可按照具体情况而定。一般是尽量保存肾组织；如确知对侧肾是健康的，而在必须时才能行一侧肾切除。治疗适当时则预后是良好的。

絲虫病的临床症狀与診斷

周 平 生

絲虫病本来和其他寄生虫病一样是屬於內科范围的，但因它常表现出外科征狀，且在诊断与治疗当中有时亦須借助於外科方法，故本病在外科中亦多論及。

由於絲虫成虫寄生在淋巴系統中，故在任何部位的淋巴系統由於絲虫的阻塞均可發生症狀。而好發的部位常在生殖系統，所以对絲虫病來說，生殖系病狀就成了首要征狀及診斷指征了。

絲虫由幼虫潛入人体至發育成为成虫，开始繁殖並能在血中查到有幼絲虫，約須一年左右，而在这以前是没有什么自觉症狀的。待絲虫生長堵塞淋巴管后，就可以發生下列症狀。

一、生殖系統的炎症征狀：經過潛伏期后，由於精索部的淋巴管受虫体阻塞而致淋巴液还流發生障礙，乃出現辜丸炎、附辜炎及精索炎等症狀，这时病人一側（少数为双侧）辜丸及附辜突然腫大變硬，陰囊皮膚紅腫，患部可有劇烈的疼痛及觸痛。由於炎症可以波及到泌尿系統而致同时有血尿、膿尿及排尿疼痛等膀胱、尿道炎症狀，此等症狀也是突然發作的。

全身症狀可隨辜丸炎發作而有高热、头痛、食慾不振等。有的病人由於骨盤深部淋巴結的炎症，同时伴有下腹疼痛，因此易与闌尾炎、嵌頓性疝、腹膜炎等混淆。下面是表现为“急性辜丸炎”症狀的一个絲虫病例：

馮××(住院号 51420)男性，工人，31岁，江苏省太兴县人，因急性左侧辜丸腫痛数小时入院。發病时突覺全身發冷發熱，惡心嘔吐，並有陣發性下腹部疼痛，左侧辜丸腫大約为正常之3倍，疼痛劇烈。过去有数次同样辜丸炎發作病史，經服藥数日而癒，每次發病無先驅症狀，無腮腺腫大。

检查：患者呈急性病容呻吟不安，神識清醒。体温

39°4C，脈搏96/分，胸部未見異常，全腹壁肌肉緊張，下腹部有压痛及反跳痛，腸鳴音不亢進，無移动性濁音，肛查無異常發現。右側辜丸軟，左側腫大，压痛著明，兩側腹股溝淋巴結腫大。胸腹透視未見異常。入院之临床印象为左侧急性辜丸炎(原因待查)。血液检查白血球总数 7800，分类中性球 86%，嗜酸性 2%，淋巴球 9%，單核球 3%。

住院后給青霉素及磺胺等，症狀逐漸減輕，第三天后症狀完全消失。在此期間查白血球，嗜酸性增至 7%，再根据病人之籍貫，同样發作之病史，乃考虑为絲虫病。在未梢血液中查到絲虫幼虫而確立診斷。

以上所述各症狀可以反复發作，有的病人几乎隔十余日到一个月即週期性出現，每次發作之病側、症狀均相同，亦为对本病診斷之一幫助。

二、淋巴管炎及淋巴結炎：因为絲虫寄生在淋巴系統中，故由於虫体的慢性刺激而致淋巴結慢性腫大，也可由於混合感染而形成急性淋巴結炎及淋巴管炎。

此种炎症多在下肢發生(尤其在班氏絲虫之罹患者。馬來亞絲虫的淋巴結炎則在上肢为多，但在國內仍以班氏絲虫病为主)，發炎的淋巴結腫大，潮紅灼痛，淋巴結以下的淋巴管起紅線，能於皮下触及硬的索条狀物。病人有寒战、發燒、头痛等全身症狀，此与一般惡性淋巴管、淋巴結炎症狀相同。相異之点，即本病的炎症首先起於淋巴結，紅線則逐漸向远心端蔓延，与此相反，由於病灶感染而致之淋巴管炎，則系由感染部上行向心蔓延最后达於淋巴結。

此种炎症亦可反复發生，淋巴管在炎症消退后可以恢复常态，而淋巴結則一旦有炎症侵襲后，就永远貽留硬結不能恢复，但可無自觉症狀。在腫大的淋巴結中作活体檢查，有时可以