传统的甲状腺手术是在颈部做切口完成手术,而腔镜甲状腺手术,取消了传统在颈部切口的手术方法,改为手术切口隐藏在胸部,达到了保护颈部美观,因此深受患者欢迎。但由于腔镜下手术空间小,操作相对困难,术后易出现一系列并发症。为此,作为护理工作人员,必须掌握腔镜手术治疗的原理、方法以及术后常见并发症的处理,并针对并发症做好预防、观察和护理,减少其发生率,促进患者早期康复。

[参考文献]

[1] 梁 葵. 腔镜甲状腺肿瘤切除术后并发症的分析及护理[J]. 护理实践与研究,2011,8(5):35-36.
[2] 曹伟新. 外科护理学[M]. 北京:人民卫生出版社,2002:182-185.
[3] 梁颖韫,丁淑红. 腹腔镜甲状腺瘤切除术的护理[J]. 腹腔镜外科杂志,2003,8(1):64.
[4] 陈秋琴,朱文英,张菊招. 舒适护理在腔镜甲状腺切除术后并发症的干预效果观察[J]. 实用预防医学,2012,19(3):466-467.
[5] 王文飞,王敏志,张巧俏. 胸乳径路腔镜甲状腺切除术后并发症的观察及护理[J]. 中国微创外科杂志,2012,12(5):479-480.

(编辑:魏 源)

# 再植指段坏死后原位保留指骨肌腱的再修复

**Restoration of wound by retain bone and tendon in situ when necrosis of Yeplantation finger has arisen**

帅 军[1],严明忠[1],沈美雍[2],沈美锋[3],张媛媛[3],牟 琴[2],吴晓华[1] (1. 解放军第188医院急诊科,广东 潮州 521000;2. 湖北省宜都市第二人民医院,湖北 宜都 443000;3. 新疆英吉沙县妇幼保健医院,新疆 英吉沙 844500)

[关键词] 断指再植;组织移植;修复
[中图分类号] R658.1 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2013)04-0442-02

断指再植术后,常因血管痉挛、血管栓塞而引起血管危象,进而出现再植指段坏死[1];一旦坏死发生,以往临床中均采用截除坏死指段予以废弃的方法,必然出现手指长度缩短、直接导致手指全部或部分缺失。2006年4月以来,临床中发生再植指段坏死后,我们采用原位保留指骨肌腱的再修复方法,修复断指再植术后坏死17例,取得了满意效果,现报告如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 临床资料

本组断指伤17例,男13例、女4例。年龄18~59岁。每例均只有1指发生了术后坏死。受伤原因:切割伤6例、电锯伤1例、碾压伤7例、绞伤1例、撕脱伤2例。伤指分布:拇指3例、食指6例、中指4例、无名指3例、小指1例。离断部位:近节离断1例、中节离断5例、远节离断11例,均为骨干处离断。合并皮肤缺损情况:6例合并皮肤缺损、11例不伴皮肤缺损。治疗情况:伤后均急诊进行了断指再植术、合并皮肤缺损者同时行皮瓣转移修复。分别于再植术后2~7 d出现了再植指段坏死。出现坏死后,分别于2~4 h内进行了原位保留指骨肌腱的再修复术。

### 1.2 手术治疗方法

平卧位,臂丛麻醉。常规消毒铺巾后,拆除再植伤口全部缝线,分离再植伤口,将坏死的远侧指段从患部分离取下。清除坏死组织及分泌物,修整骨质、肌腱断端,充分止血。依次以生理盐水、3%双氧水、生理盐水、0.5%碘伏、生理盐水冲洗伤口;以0.5%碘伏消毒患肢后,重新铺巾。将取下的坏死指段进行解剖分离。指骨-骨膜-肌腱复合体分离:将指骨、骨膜、肌腱与其他组织进行分离,保护好骨质及骨膜、保护好肌腱与指骨的连接结构、保留好关节及其附属结构,去除全部其他组织,将指骨及骨膜-关节及附属结构-肌腱复合体完整取出。修整取下的骨质、肌腱断端,将骨及骨膜-关节及附属结构-肌腱复合体再次回植于患指断端,克氏针妥善固定,妥善吻合肌腱断端。酌情选择带蒂或游离皮瓣转移修复患指皮肤缺损,包裹裸露的骨及骨膜-关节及附属结构-肌腱复合体。术后以石膏托固定患肢关节于功能位;术后循序渐进地采用静力性肌收缩、邻近关节活动、患指关节主动活动、患指关节被动活动等功能锻炼方法;骨折愈合后,加强关节功能锻炼2个月。

## 2 结果

有1例出现伤口感染,加强伤口换药后,伤口愈合;余16例未出现伤口感染、伤口均一期愈合。随访12~24个月,经X片定期检查,观察骨折愈合情况:1例出现了硬化型骨不连,经过切除骨折端纤维组织及硬化骨、打通髓腔、植入髂骨后骨折愈合;另16例骨折满意愈合。骨折愈合时间8~18周(平均11.7周)。经过康复锻炼后,9例关节主动活动功能恢复;另8例(47.1%)分别出现了肌腱或关节粘连,分别给予肌腱、关节囊、侧副韧带松解术后,恢复了患指主动活动功能。最终所有患者不同程度恢复了患指指间关节活动功能,指间关节活动范围恢复100%者13例、75%者3例、50%者1例。

## 3 讨论

断指再植术后常易发生再植指段坏死[2],一旦发生再植指

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201304041
[收稿日期] 2013-05-05 [修回日期] 2013-06-10

段坏死,既往均采用完全截除废弃的方法,必然导致相应指功能的丧失。为挽救手指功能,先后出现了各种修复方法,但各种方法均存在不同的缺陷:①采用指(趾)移植方式必然出现供区指(趾)的缺失;②由于足趾趾节长度较短,足趾移植无法获得手指功能的完全修复;③异体移植存在机体排斥问题;④皮瓣或趾甲瓣包裹骨条移植再造手指,无论骨质取自何处均不可能完全适应手指的结构要求,由于缺乏关节,功能恢复有限。⑤原有的修复方式,均无法达到患指原有外观形态,也存在美观性的问题。

我们在临床中发现,再植指段发生坏死的早期过程中,主要是血管出现弥漫性栓塞,皮肤软组织因缺血缺氧出现变性继而坏死[3],但骨质、肌腱仍保存着良好的活性。鉴于骨移植是应用广泛的一种成熟技术,我们设计了再植指段坏死后原位保留指骨肌腱的再修复。一旦再植指段发生坏死,我们及时进行原位保留指骨肌腱、联合皮瓣转移覆盖的再修复。术中保留了具有活性的原有指骨、骨膜、关节及其附属结构、肌腱及其与骨质的连接等结构,为指功能的恢复提供了良好的结构基础。再植指段坏死后原位保留指骨肌腱的再修复具有如下特点:①充分使用了可利用的原有自身组织,具有最佳的生物相容性;②保留手指原有的骨质、肌腱等框架结构,具有其他修复方法所不具备的结构适应性;③保留了手指关节的原有结构基础,为手指关节灵巧功能的恢复创造了条件。

本组 17 例骨质肌腱均成活、骨质肌腱愈合良好,证明将指骨及骨膜 - 关节及附属结构 - 肌腱复合体予以保留,临床中是可行的。本组肌腱、关节粘连发生率较高的原因可能是因为局部关节、肌腱经过多次手术刺激,创伤反应较重,加之骨折愈合时间相对较长,延缓了关节活动的恢复锻炼,加重了粘连的发生。对发生粘连者,分别给予肌腱及关节松解、加强后期功能锻炼,可促进关节功能的恢复。

[参考文献]

[1] 肖文波,邱光全,陈小军,等. 断指再植 1 000 例 1 432 指临床回顾与分析[J]. 局解手术学杂志,2011,20(2):160 - 161.

[2] 李 予. 断指再植术后预防血管危象的观察和护理[J]. 全科护理,2012,10(24):2223 - 2224.

[3] 刘雪涛,李 忠,田茂元. 血管外膜剖开法解除手指再植再造术后顽固性动脉痉挛[J]. 局解手术学杂志,2010,19(6):527.

(编辑:左艳芳)

# TURP 治疗良性前列腺增生并发症临床分析

## Complications of transurethral resection of prostate for benign prostatic hyperplasia

王新平[1],易剑锋[2],赵春霖[1],潘海邦[2],董小鹏[2],滕志轩[2] (1. 甘肃中医学院附属医院外科; 2. 甘肃中医学院外科教研室,甘肃 兰州 730000)

[关键词] 良性前列腺增生;经尿道前列腺电切术;并发症
[中图分类号] R697.3 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2013)04-0443-02

经尿道前列腺电切术(transurethral resection of prostate, TURP)以其无手术切口、创伤小恢复快、住院时间短的优点,已成为治疗良性前列腺增生症(benign prostatic hyperplasia, BPH)的"金标准"。但该术式仍存在出血、TURS、尿道狭窄等手术并发症。我院自 2001 年 5 月开始采用 TURP 治疗 BPH 患者,目前累积完成 1 200 例手术,现将 TURP 并发症的临床资料进行总结,旨在预防并减少 TURP 术中、术后并发症的发生。

## 1 资料与方法

### 1.1 临床资料

本组患者 1 200 例,年龄 49 ~ 91 岁,平均(57.3 ± 10.2)岁,病程 1 ~ 20 年。术前常规直肠指诊、前列腺超声、血清前列腺特异性抗原(PSA)、尿动力学检查、国际前列腺症状评分(IPSS)、生活质量评分(QOL)等检查明确手术指征。其中既往尿潴留病史 533 例,冠心病 146 例,高血压 465 例,肺气肿、肺心病 233 例,糖尿病 215 例,双肾积水 65 例,肾功能不全 31 例。伴发膀胱结石 46 例,膀胱肿瘤 19 例,腹股沟斜疝 67 例。

### 1.2 治疗方法

术前纠正可能影响手术及麻醉安全的合并症,如高血压、糖尿病、冠心病、心律失常及心肺功能不全等。肾功能不全留置导尿管引流 1 ~ 2 周,合并感染者应用敏感抗生素。所有病例均常规在术晨行清洁灌肠,术前 30 min 使用一次抗生素。采用德国 Wolf25.5F 电切镜,电切功率 150 W,电凝功率 80 W。灌注液选用 5% 葡萄糖或 5% 甘露醇溶液,冲洗液高度约 50 cm。采用腰麻或喉罩麻醉,取截石位,常规经尿道注入 50 mL 0.1% 碘伏清洁尿道,然后扩张尿道从 7F 至 8.5F,直视下进镜,顺次观察尿道、精阜、前列腺及膀胱,切割顺序由膀胱颈 6 点位置开始,至显露环形纤维,以此为参照平面切除中叶,然后依次切除两侧叶及尖部腺体。切除完成后仔细止血,用艾里克冲洗器将组织碎片冲洗干净后,再次观察并仔细止血后置入 F18-22 三腔导尿管,气囊注入 20 ~ 50 mL 生理盐水,导尿管不做常规

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201304042
[收稿日期] 2013-04-01 [修回日期] 2013-05-13