维普资讯 http://www.cqvip.com

断分流联合术从理论上吸取了断流术和分流术的优点[1]，一方面切除脾脏及断流，从而达到止血的目的，且保证了肝血流量，而分流术通过降低门脉的压力来止血。本研究结果显示：分流后门静脉压力降低了，当加做断流后其压力有不同程度的上升，但总的效果是术后门脉压力（2.46 ± 0.31）kPa，较术前（2.93 ± 0.28）kPa低。彩色多普勒的结果亦显示该术式既能适当降低门脉压力，又能使血流量维持在正常高值，起到止血的目的同时又能维持相对较多的门脉向肝血流灌注。从临床效果看，手术死亡率低，术后再出血8例，肝性脑病16例，总病死率13.7 %，5年生存率98.3 %，10年生存率84.6 %，总的疗效较以往单一的断流术或分流术好，因此，断分流联合术是治疗门脉高压症较理想的一种术式[2]。

现在较统一的认识是断分流联合术术后再出血率约9 %，且肝性脑病发生率低，其既能有效控制食管曲张静脉破裂出血，又能保持有效的门静脉血流向肝脏[3]。断分流联合术的分流术有多种术式，选择远端脾肾分流术，分流口径必须有较确定的限制和固定，否则轻微的口径改变会产生较大的分流量的改变，从而使并发症升高，影响疗效。我们的经验是选用适当的人造血管，自身血管或利用大网膜控制分流口径，而吻合口的位置应远离肝门，降低肝性脑病发生率，同时能保持肝灌注及肝门解剖完整不影响后续治疗如肝移植。

断分流术的近远期疗效满意，止血效果持久确切，肝性脑病发生率低，断分流术综合了断流术及分流术的优点，扬长避短，既保持了门脉血流的肝灌注，降低肝性脑病的发生率，又缓解了门静脉系统的高压状态，减少了再出血率及门脉高压性胃病的发生，临床疗效更满意，但该术式创伤大，操作较复杂，本研究认为应选择肝功能较好的如Child A或B级的患者进行手术，另外，合理的选择断流术与分流术的不同组合，以及分流口径的大小，部位，限制方法仍是我们今后研究的方向[4]。

[参考文献]

[1] Boyer TD. Pharmacologic treatment of portal hypertension : past present and future[J]. Hepatology, 2001, 34(4): 834 - 839.
[2] Ottesen LH, Aagaard NK, Kiszka KM, et al. Effects of a long-acting formulation of octreotide on renal function and renal sodium handling in cirrhotic patients with portal hypertension: a randomized, double-blind, controlled trial[J]. Hepatology, 2001, 34(3): 471 - 477.
[3] Shah SR. The difficulties in carrying out this study comparing three established modalities of preventing recurrent variceal hemorrhage in patients with portal hypertension[J]. Ann surg, 2001, 234(2): 263 - 265.
[4] 王为民，王国宏，查 玮，等.联合术治疗门静脉高压症22例[J].中国普通外科杂志，2003，70(12)：105 - 106.

（编辑：邱全光）

·个案与短篇·

高速涡轮钻拔除下颌阻生智齿方法的探讨

霍 虹 （佳木斯铁路医院口腔科，黑龙江 佳木斯 154002）

[关键词] 高速涡轮钻；阻生智齿；探讨
[中图分类号] R782.11 [文献标识码] B [文章编号] 1672 - 5042(2005)01 - 0016 - 01

笔者应用高速涡轮钻拔除下颌阻生智齿258例，术前常规拍X线片，结合临床检查，分析智齿阻力，确定去除阻力的方法和步骤，取得了满意效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

下颌阻生齿患者258例，男156例，女102例。年龄最大45岁，最小20岁。其中低位垂直位阻生齿99例，前倾位阻生齿76例，水平位阻生齿83例。

1.2 手术设计与操作

1.2.1 低位垂直位阻生齿 如仅有冠部骨阻力，则用钻针磨除阻力后用牙挺挺出；如根部阻力较大者，则从颊侧牙颈部钻沟，用三角挺撬断牙冠后再用钻针分根后用牙挺挺出；若有软组织阻力则需切开翻瓣后再用钻针钻除冠周最突点以上或根分歧间的骨阻力。

1.2.2 前倾位阻生齿 低位前倾位阻生齿需用钻针去除冠周阻力，先磨除冠上部覆盖的骨质，再磨除颊侧及远中骨质，达牙冠外形高点下方；高位前倾位阻生齿直接用钻针置于近中颊沟处行颊舌向切割，斜行离断牙冠近中部分，再用增隙法挺出远中部分。

1.2.3 水平位阻生齿 其远中切口的近端应偏向第二磨牙远中舌侧角，以扩大手术视野，并可避免钻针卷进软组织。用钻针环形切割覆盖在牙冠上的骨质后，用钻针贴冠面在颊、舌侧作适当增隙[1]。冠周阻力去除后，牙根无阻力者可直接挺出；

（下转18页）

[收稿日期] 2004 - 09 - 25 [修回日期] 2004 - 11 - 03

维普资讯 http://www.cqvip.com

耻骨梳韧带缝合有时张力过大，很难达到有效满意的缝合修补。现介绍的无张力股疝修补术多主张在疝囊回纳后用网塞置于股环处，不再使用成形补片置于网塞的浅面。而且近年的报告主要是在这一观点的指导下进行的，而仍采用 McVay 手术的亦不在少数。疝修补手术目的是阻断内脏向股管坠落的通道[1-2]。而无张力疝修补术是优于其它任何术式的手术[3]。基于以上原则，设计了高位腹膜前无张力股疝修补术。本术式设计理念在于对股疝内口的部位要有一个明确的认识。认为股环以及股管只是股疝下降的通道，而真正的股疝内口是位于股环之上，亦即由外侧腹横筋膜裂孔，上内方联合肌腱弓及下方的耻骨梳韧带构成，在此处修补既符合高位修补又符合腹膜前修补的原则。从这一认识出发，不管是经腹股沟还是经股部对股环处进行网塞充填都是不妥当的，因为这样修补既达不到修复腹壁之目的，又可能对股管内的股静脉造成压迫，引起下肢深静脉血栓形成。

3.2 麻醉方法的选择

对于麻醉的选择应注意根据具体情况加以区别对待。局部浸润麻醉对病人的生理状态影响小，术后病人恢复快，基本不影响病人术后下床排尿，故如有可能局麻应为首选。而硬膜外麻醉疼痛阻滞完全，在提拉疝囊时腹膜牵拉反应相对较轻，分离至疝囊颈部毫无困难[4]。具体来说局部浸润麻醉适用于以下情况：身体体形较瘦者；初次手术者；年老、全身状况尤其是心肺功能不良者；非急诊手术者。而硬膜外麻醉适用于：疝手术后复发、粘连较重、分离困难者；身体过于肥胖，预计局麻效果差者。

3.3 术式优点及适应征

①不压迫股静脉。过去所介绍的修补方法主要是以缝闭股环为目的，而目前文献所介绍的股疝无张力修补术均以聚丙烯网塞充填股环股管为主要手段，本文认为两者均不能最大程度地恢复腹股沟及股环区的正常解剖和生理功能，另外不管是缝闭还是网塞充填股环股管都有可能对股管内的股静脉造成压迫，引起下肢深静脉血栓形成，因病人股环股管内径不完全相同，如何裁剪网塞内花瓣不易掌握，这些均增加了手术后并发症出现的可能性。本术式不需充填股环股管，可以完全避免上述问题的出现。②避免了损伤起源异常的闭孔动脉。变异的闭孔动脉常在股环内侧绕行后进入闭孔，过去的术式几乎都提及如何避免损伤变异的闭孔动脉。本术式因为不对股环进行处理，所以可完全杜绝损伤异常起源的闭孔动脉的危险。③虽然过去文献不推荐使用平片，但是考虑到腹股沟管的先天薄弱，而且手术本身需要切开腹横筋膜，对此部位造成一定的医源性损伤，将来有形成腹股沟疝的可能，我们还是选择性地放置平片。④适应症方面，为妥善起见，我们选择的病人均未发生嵌顿、绞窄；但有文献报道嵌顿疝如无肠坏死或局部感染，也可考虑使用聚丙烯补片行无张力修补术[4]，此问题有待进一步探讨。

[参考文献]

[1] 吴阶平，裘法祖. 黄家驷外科学[M]. 第6版. 北京：人民卫生出版社，2000. 918-919.

[2] Swamkar K, Hopper N, Nelson M, et al. Sutureless mesh-plug femoral hernioplasty[J]. Am J Surg, 2003, 186(2): 201-202.

[3] 康俊升，何少武，王 焱，等. 疝环充填式腹股沟疝无张力修补术[J]. 实用医药杂志，2002, 19(4): 252.

[4] 鲁 珏，陈小东，冼沛中，等. 无张力疝修补术在治疗腹股沟疝和股疝中的应用[J]. 广东医学院学报，2002, 20(5): 362-363.

（编辑：邱全光）

（上接16页）

若牙根阻力较大且根分歧较高者，可用钻针分根后挺出；如根阻力是由于融合根则用牙钻在牙颈部或近牙颈部作横向切割，至冠根完全断离后挺出牙冠，再挺出牙根；如牙位过低，冠周阻力去除后将冠挺出，再纵行切断牙根后分别挺出。

2 结果

本组病例术后轻微疼痛5例，轻度肿胀2例。术后均在拔牙创口内放置碘仿海绵，所以无干槽症病例。无术后出血、开口困难、舌神经及下牙槽神经损伤等并发症。

3 讨论

高速涡轮钻拔除下颌阻生齿具有震动轻且准确性好的特点；既能清除患者对劈凿的恐惧心理，又能减少手术时间及手术中不必要的损伤，是临床广泛应用的一种拔牙方法。但在临床操作中应注意以下事项：①增隙时尽量多切割牙体，少去除骨组织，以防止损伤神经[2]；②应注意翻好粘骨膜瓣并压向两侧，以免卷入钻头造成损伤；③切冠应自牙颈部以上冠面中央处开始，逐步深入切向颊舌侧，注意邻近颊舌侧边缘时，逐渐减小切入深度，稍加大广度，以免伤及骨组织；④使用吸引器，保持术野清晰，尽量减少不必要的损伤。

[参考文献]

[1] Petrie A. Permanent damage to inferior alveolar and lingual nerves during the removal of impacted mandibular third molars[J]. Br Dent J, 1992, 172(12): 437.

[2] 郑麟蕃，张震康. 实用口腔科学[M]. 北京：人民卫生出版社，1993. 952.

（编辑：雷 艳）