维普资讯 http://www.cqvip.com

薄弱、松弛和张力减退及眶内脂肪堆积过多，使下睑外观出现袋状垂挂，形成睑袋[1-4]。睑袋可影响容貌美观，使人呈现老态，因此，要求整形者众多。而每个人形成睑袋的原因不同，下睑皮肤、肌肉、眶隔、眶脂各组织老化程度不同，且各人病变组织结构的范围亦不同，按照不同形式的睑袋设计不同类型的术式，既可提高手术效果，又可减少下睑外翻，下睑凹陷及下睑僵硬等并发症。经结膜入路切口术式切口隐蔽，皮肤无暴露性瘢痕，不需要分离眼轮匝肌，组织损伤小。无睑外翻、睑球分离等并发症。但不能同时进行皮肤和眼轮匝肌的整形。皮肤入路术式中，对皮肤略松弛，眶隔稍膨隆者，可切取眶脂后直接缝合，而不作眼轮匝肌瓣的向上提紧和固定。而对于眶脂膨出明显者，则须用3/0丝线将眼轮匝肌向外上方提紧和固定于眶骨骨膜上以加固睑前壁组织。老年受术者，因大块的脱垂脂肪切除后，眶隔和眼轮匝肌提紧，下睑前壁呈内陷状，则皮肤切除的量要保守，否则易形成睑外翻畸形。对于伴有外眦韧带松弛者，可行外眦韧带固定术，将韧带缝合固定在眶外上缘骨膜上。曾有人提出以松弛多余的睑板网状组织、眼轮匝肌和眶隔筋膜作为复合肌瓣加固于下睑板前缘的眼袋好发部位。我们则均行眶隔加强及眼轮匝肌瓣上提悬吊来矫正下睑的松弛下垂及眶脂膨出。

对于眶隔脂肪的摘除量应引起重视。若眶内脂肪摘除量不足或未加摘除，则影响手术效果，但去除过多，则会造成术后下睑凹陷畸形或眼球陷没。其切取量的确定：①以指轻压眼球，有眶内脂肪溢出眶外，其突出部分则为要去除的量；②须视眶内脂肪膨出部位而定。只有灵活掌握术式选择，才可达到满意的手术效果。

[参考文献]

[1] 王 炜. 整形外科学[M]. 浙江：浙江科学技术出版社，1999. 1001－1007.
[2] 王 炜，王卫峻，林晓曦，等. 眶肌筋膜韧带提紧眼袋整复及下睑外翻的分类和预防[J]. 实用美容整形外科杂志，2001，12(6)：295－298.
[3] 周宜梅，张丽云. 189例下睑袋整复手术的体会[J]. 中华医学美容杂志，1995，2(2)：86.
[4] 周丽云. 睑袋整形方法的探讨和常见并发症的防治[J]. 实用美容整形外科杂志，1995，6(3)：148－149.

(编辑：兰阳军)

·个案与短篇·

支撑喉镜下手术治疗声带息肉和声带结节的临床体会

凌淑芳
(佳木斯铁路医院耳鼻咽喉科，黑龙江 佳木斯 154002)

[关键词] 支撑喉镜；声带息肉；声带结节
[中图分类号] R767.4 [文献标识码] B [文章编号] 1672－5042(2003)04－0261－01

本院于1998年1月至2003年1月，在支撑喉镜下手术治疗42例声带息肉和声带结节，效果满意，现将临床体会报告如下。

1 资料和方法

1.1 临床资料

患者共42例，男28例，女14例。年龄26～61岁。病程半年至2年。其中声带息肉26例(双侧8例，单侧1例)，声带结节16例(均为双侧)。主要症状为反复声音嘶哑，且逐渐加重。术前均在间接喉镜下多次检查后确诊，个别患者在纤维喉镜下确诊。

[收稿日期] 2003－08－01 [修回日期] 2003－09－21

1.2 手术方法

患者在气管插管全麻后，肩部垫高，在支撑喉镜下充分暴露声门及声带病变，固定支撑喉镜。对于声带边缘带蒂的息肉用手术喉钳将息肉摘除，对于基底较宽的息肉和声带小结，先用喉钳夹住息肉和结节并向正中位拉开，看准后再用尖刀沿声带边缘切开，钳出病变组织。注意术中勿损伤声带。

1.3 术后处理

术后全身应用抗生素及类固醇激素3 d，预防术后感染及水肿，同时给予超声雾化吸入，并分别在14、28、90 d复查。

2 治疗效果

42例患者均一次手术成功(仅有2例出现咽部粘膜挫伤)。

(下转263页)

维普资讯 http://www.cqvip.com

2.3 回结肠动脉的行程及分支类型

本文观察回结肠动脉自肠系膜上动脉右侧壁发出后，指向回盲交界处最多，在20例标本中有13例，其余除1例指向升结肠中分外均指向回肠末段10 cm范围内。动脉干的末部被分为以下两型：①分支型，占84%，有3个不同亚型：回结肠动脉干发出两个分支；回结肠动脉干发出3个分支；回结肠动脉干发出4个分支。②连拱型，即弓型，占16%。

2.4 各动脉之间及动脉内部分支间的吻合

2.4.1 回结肠动脉与右结肠动脉的吻合　本文中此吻合检出率很高(95%)，只有一例无吻合。将吻合分为两种形式：①中间吻合，在血管干或者它们的主支之间即回结肠动脉的结肠支和右结肠支之间吻合，占92%。②外侧吻合，在升结肠壁表面由二级和三级血管分支之间形成，占8%。测得回结肠动脉与右结肠动脉或中结肠动脉吻合最细处管径为(1.31 ± 0.22) mm，有3例(15%)管径小于1 mm。

2.4.2 回结肠动脉与肠系膜上动脉之间的吻合　本实验所观察到的标本均存在充分的吻合，吻合检出率为100%。并可见双支吻合例数为4例。

2.4.3 回结肠动脉分支之间的吻合　将此吻合情况分为：①单吻合，即吻合形成单个动脉环的情况称为单吻合，占材料总数的45%。②多吻合，即吻合形成2个或是多个吻合的动脉环，占材料总数的55%。

3 讨论

3.1 介入治疗相关问题

本实验观测了所有标本的20支回结肠动脉，结果与大多数学者一致[1-2]，证实了回结肠动脉来源于肠系膜上动脉、并且只有一条动脉的结论。但回结肠动脉与肠系膜上动脉间的角度关系、其起始及分支处内径未见报道，本文测到该角度是以31 ~ 75°居多，占70%。回结肠动脉的起始处及分支处内径均大于介入治疗所要求的0.8 mm最低限度，可保证介入治疗的顺利进行。

3.2 移植相关问题

回盲部的血供是肠系膜上动脉分布区内的一部分，回盲部血供的知识在利用回盲部作为成形材料(如改造的咽喉、食管、输尿管、膀胱、胆道、尿道)时，不同动脉特别是不同动脉吻合的识别，有重要的临床意义。另外，对具体指导手术的实施和防止术后的吻合口瘘，或移植肠段缺血坏死等并发症的发生提供了解剖学依据。近年来，在胃癌根治时多采用带血管回盲部移植代胃术[3-4]，这一术式要求取回肠4 ~ 15 cm不等，取盲肠升结肠17 ~ 20 cm作为代胃材料，有效的利用了回盲瓣的闸门功能效应，术中于相应的部位切断回结肠动脉的结肠支及回肠支，保护好盲肠前后支，确保回结肠动脉不被损伤是该手术成功的关键。刘宗良[5]等采用盲肠升结肠20 cm和末段回肠10 ~ 15 cm替代膀胱，阑尾保留3 cm替代后尿道，取得良好效果。徐佑璋[6]则采用回盲肠直肠膀胱术，即取盲肠5 ~ 8 cm、回肠8 cm替代膀胱，盲肠与直肠端侧吻合，也取得良好效果。在器官移植前要仔细观察回结肠动脉分支吻合情况，如存在回结肠动脉同右结肠动脉吻合缺失或吻合薄弱、或是回结肠动脉同回肠动脉吻合中断或吻合薄弱，则需要考虑移植肠段及残留肠段的血供问题，避免因血供不足导致术后并发症的发生。

[参考文献]

[1] Kling A. Variations of arteries supplying the terminal portion of ileum and initial portion of ascending colon [J]. Folia Morphol, 1978, 37(4): 389 - 400.
[2] 刘 铭，韦福康，杨开清，等. 回结肠肠段血管配布的应用解剖及其临床意义[J]. 华西医大学报，1998，29(2)：196 - 199.
[3] 潭海东，焦喜林，赵增顺，等. 带血管回盲瓣移植在近端胃癌根治中的应用11例报道[J]. 中华普通外科杂志，2000，15(5)：307 - 308.
[4] 焦喜林，赵增顺，陈金辉，等. 回盲部间置代胃在近端胃癌根治中的应用[J]. 河北医药，1999，21(4)：248 - 249.
[5] 刘宗良，吴清红. 原位可控性回盲部代膀胱术13例分析[J]. 温州医学院学报，2000，30(4)：339 - 340.
[6] 徐佑璋，姚年根，撒应龙，等. 回盲肠直肠膀胱术[J]. 中华泌尿外科杂志，1997，18 (11)：675 - 676.

(编辑：余汇洋)

(上接261页)

术后第3天声嘶明显改善者34例，改善不明显者8例，无一例声嘶加重。术后随访3 ~ 11个月，声嘶消失32例，声嘶改善8例，声嘶无明显改善2例。后者声带表现为慢性充血，边缘整齐，表面光滑，无水肿和复发，闭合良好。

3 讨论

以往我科采用间接喉镜下声带息肉摘除，此法需要患者的配合，视野不清，准确度差，术程长，痛苦大，不易完成，更易损伤声带。支撑喉镜是在全麻的状态下，应用小口径气管内插管，镜下视野清晰，精确度高。声带病变往往非单一发生，有部分患者可同时伴发声带水肿，处理时为避免术后双侧声带创面接触而导致声带粘连，手术操作要熟练、轻巧、准确，不损伤正常组织、减少刺激声带。

(编辑：蒋登金)