维普资讯 http://www.cqvip.com

动脉或尺动脉与肘关节附近的头静脉、贵要静脉、正中静脉或肱静脉作直线式吻合。因此，熟悉腕前区和肘窝的解剖对完成手术是必需的。手术在臂丛麻醉或局麻下进行。在选定部位分别游离动静脉，如移植血管需跨越关节，切口应选择在内侧面，以减少关节弯曲时对移植血管的影响。用隧道器在两切口之间打一隧道，深度应适宜，太深不易穿刺，太浅会造成皮肤坏死和穿刺后止血困难。将移植血管从一切口经隧道由另一切口拉出，立即调好移植血管位置。避免扭曲、松紧适度。用肝素盐水预充移植血管，两端用血管夹阻断（留出吻合长度）。7－0血管缝线作动脉端侧吻合，吻合口1cm。静脉端亦用7－0血管缝线作端端或套入式吻合。试开放吻合口，确定无漏血后，全线开放。此时可看动静脉侧亦有明显搏动，提示吻合成功。

移植血管内瘘一般术后三周开始使用，术后护理和应用中必须注意：1.术后即需透析的患者，术后十天内需无肝素透析或少量肝素透析，以免造成移植血管吻合口及创面出血。2.术后患者需抬高患肢，减少肿胀，避免瘘侧手臂弯曲、受压、输液和测血压。3.移植血管内瘘正式启用后要求熟练护士操作、尽量一次成功。4.穿刺时针应先在皮下走一段距离后再进血管，以防穿刺和针眼周围渗血和拔针后不易止血。5.不要定点穿刺，呈阶梯状更换穿刺部位，以防局部损伤后修复困难，结缔组织增生，造成移植血管径路狭窄形成。6.拔针后压迫不应太重，以针眼处不出血、移植血管内瘘还有血流通过为宜。7.注意预防透析过程中的低血压反应，控制超滤量，否则极易造成移植血管的栓塞。8.做好卫生宣教，教会病人观察内瘘的方法，定时监听、监测，发现血管杂音和震颤减弱或消失，及时报告医生处理。教会病人掌握内瘘出血的自救方法，切不可压迫止血时压力过大造成移植血管内血流受阻、移植血管内瘘闭塞或移植管内栓塞形成。

综上所述，通过医护患三方的共同配合，就一定能成功地建立移植血管内瘘，有效地延长移植血管内瘘的使用寿命，提高患者的生活质量。

外科手术（收稿：1998－09－10）

137－138 头枕部 神经纤维瘤 止血 35

头枕部巨大神经纤维瘤手术止血方法的改进

范亦明* 王 竞** 卢 丽* 刘少壮* 王旭东*

R730.264

生长于头颅体表较大体积的神经纤维瘤是神经纤维瘤病在皮肤上发生的病变。由于瘤组织增生的血管与头皮下动脉及静脉关系密切，瘤体内形成丰富的血窦，切除肿瘤常引起难已控制的出血，给手术操作及术后护理带来诸多不利。对此，作者采取交叉缝扎止血方法，切除2例头枕部巨大神经纤维瘤，止血效果良好。现介绍如下。

一、资料与方法：1.临床病例：例1，女，15岁，出生时头枕部皮肤即有色素斑，逐渐扩大，并凸起生长形成肿块，无不适。查体：肿物约25cm×19cm×6.0cm大小，毛发分布均匀，皮色黄褐，与正常头皮颜色界清。瘤体基底宽广，无活动度，质松软，无触痛。周身皮肤散在色素斑。术中所见：瘤组织呈灰红色，似鱼肉样，质地细腻而脆，混有条索样纤维结构，血管网丰富。病理诊断：外周型神经纤维瘤病。例2，男，19岁，出生后3个月，右枕部皮下出现包块，局部皮色随肿块增大而加深，伴微痛。查体：瘤体约19cm×10cm×4.5cm大小，毛发均密，皮色红褐。肿物基底广而固定，质软，可触及条索状物，有压痛。术中所见：瘤组织为粉红色鱼肉样改变，纤维组织相互交错，血管分布密集。病理诊断为外周型神经纤维瘤病。2.手术方法：(1)选用7号缝合线距肿瘤基底部边缘1.0cm～1.5cm处横行进针缝扎打结，针距为1.5cm，进针深度达帽状腱膜层为宜。继后，下一位缝扎进针点均选择在相邻的前一缝扎针距中心，略靠近缝扎线处刺入，并使后者缝扎线与前一位缝扎线相交叉。依次缝扎，最终形成围绕瘤体的环形缝扎圈。须要注意的是，在头皮下枕动脉及耳后动脉走行区域的缝扎线打结力度要适中，避免术后因缝

* 作者单位：110034 沈阳市武警辽宁总队医院神经外科
** 沈阳市中国医科大学第一临床学院局解手术学教研室

维普资讯 http://www.cqvip.com

扎线张力长时间过高而损伤这些主要动脉血管，导致血供障碍。2.按照所设计的尽可能将突出颅表面肿物切除的切口，一次性切除肿瘤。3.手术结束时，分别在环状缝扎圈的四个象限区域内非主要血管行走处各拆除1针缝扎线，依靠头皮主要动脉的细小侧枝循环营养术区组织，创造适宜的血供环境。4.术后每隔24小时在四个象限内非主要血管走行处间断拆除缝扎线1～2针，逐渐递增术区血供，直至72小时后拆除位于头皮枕动脉与耳后动脉走行处的缝扎线。

二、结果：本组2例术中控制出血确切，减少许多止血程序，切除肿瘤完整，无一例失血性休克。术后均未发生术区渗血肿用，发口愈合顺利。

三、讨论：神经纤维瘤病(Von Recklinghausen)是家族性显性遗传疾病，本病形成的瘤组织起于皮肤的真皮层或皮下层，属良性病变。头发际区生长的神经纤维瘤，可使头皮下组织层毛细血管网异常增生，随着瘤体积的增大而血管网交织越密集，故手术刺激极易广泛性出血。因此，寻求控制术中及术后出血的有效方法一直被认为是有意义的探讨课题。曾有学者在术式改进上提出见解，其止血原理仅局限于将要切破的血管和血窦缝拢切口两侧的皮肤之间，而对发生术后渗血估计不足。本组2例采用交叉缝扎法，弥补了单一缝扎易遗漏血运的缺点，起到可靠的相对截止头皮下枕动脉与耳后动脉及其侧枝循环血流的作用，即达到控制术中大出血，减少输血量，为手术带来安全条件的目的，又可通过术后适宜间断拆除缝扎线的方法，防止术后突发弥漫性渗血，得到了比较确切的止血效果。

(收稿：1998－07－11)

T管过早拔除或脱出五例的处理与教训

李 强*

T管引流是胆总管探查术后最为常用的胆道引流方法，但由于种种原因致使T管过早拔除或脱出，可引起胆瘘等严重并发症。本文综合报道5例T管过早拔除或脱出病人的脱出原因及处理办法如下。

一、临床资料

1.临床病例及处理(见附表)：本组5例病人均为胆总管探查术后患者，男2例，女3例，年龄41～66岁，平均51岁。T管拔除或脱出时间为术后3～9天，平均5.4天。

2.治疗经过及结果：第1例为术后3天误拔，拔除后患者无不适感，原引流口无胆汁流出，由于术者无经验，仅密切观察腹部情况，未做处理，术后14日治愈出院。1例T管拔除后即出现明显腹痛，并有腹膜刺激症状，渐加重，急诊行二次手术，重新置T管，一月后治愈出院。2例患者T管拔除后，即以粗尿管或胃管自原引流口插入，有胆汁流出且引流通畅，2周后按常规经夹管试验及胆道造影，无异常表现后拔管，治愈出院。1例为自行脱出者，从原引流口插管不能引出，又从切口处插入2根粗尿管进入腹腔，引出大量胆汁，由于体质差，机体衰竭，家属不要求二次手术，带管自动出院。

附表 临床病例及处理

病例	诊断	拔除或脱出时间(天)	原因	处理	结果
1	胆总管结石	3	医生误拔	未处理	治愈
2	胆总管结石、胆囊结石	4	患者自行拔除	二次手术	治愈
3	胆总管结石、胆囊炎	9	患者自行拔除	原口置管	治愈
4	胆总管结石	6	患者自行拔除	原口置管	治愈
5	胆总管结石、胆囊破裂	5	T管自行脱出	原口置管+腹腔置管	自动出院

二、讨论

1.T管过早拔除或脱出原因分析：(1)医护人员及陪人的陪护措施不当。由于医护人员术后管理不仔细，未把T管重要性向患者及家属做交待，致使其翻身、起床时将管带出。本组有3例属此情况。(2)T管固定不牢固。在上述3例病例中，有2例T管自腹部截出后，未用丝线与皮肤组织做缝合固定，亦

* 作者单位：716000 陕西西安市宝塔区人民医院外科