维普资讯 http://www.cqvip.com

3 讨论

胸腰椎骨折是骨科常见的严重性创伤,对胸腰椎骨折病人进行强化康复训练可达到缩短康复期,提高康复效果的目的[1-2]。在治疗过程中不进行合理有效的康复训练,预后很可能是重者致残,轻者出现严重的腰痛,影响其生活。早期功能训练可使脊柱进一步过伸,改善局部循环防止骨质疏松,避免伤椎再出现楔形改变,预防腰背肌废用性萎缩,慢性腰痛等症状,增强腰背肌力量,提高治疗信心[2-3],我们采用康复训练的目的是防止躯干肌萎缩,同时促进骨折愈合,恢复脊柱的稳定性和柔韧性,防止胸腰椎畸形。由此可见,康复训练以成为提高胸腰椎骨折病人康复的重要治疗手段。

[参考文献]

[1] 吴 睢,易晓文,吴光辉,等. 应用AF系统治疗胸腰椎不稳定骨折17例临床分析[J]. 局解手术学杂志,2005,14(6):274-375.

[2] 侯树勋. 脊柱骨折治疗中应注意的几个问题[J]. 中华创伤杂志,2005,21(1):60-61.

[3] 卢爱兰. 胸腰椎单纯屈曲型压缩骨折的康复[J]. 中国康复,1998,13(1):33-34.

(编辑:蒋登金)

宫腔镜电切治疗子宫内膜息肉58例临床观察

Hysteroscopic electroresection of endometrial polypi in 58 cases

康宗莉 (新疆兵团奎屯医院妇产科,新疆 奎屯 833200)

[关键词] 子宫内膜肿瘤;息肉;宫腔镜手术
[中图分类号] R737.33 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2006)02-0104-02

宫腔镜手术是一种微创外科手术方式,已广泛应用于治疗子宫内膜息肉[1]。我院自2003年5月至2004年10月采用宫腔镜电切治疗子宫内膜息肉58例,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料及诊断标准

本组病例共58例,年龄26~59岁,其中30~50岁46例(79.31%)。经宫腔镜及病理学检查确诊为子宫内膜息肉。宫腔镜下诊断依据《妇科内镜学》所述标准[2]。宫腔镜下可见子宫内膜息肉为子宫内膜表面突出的良性结节,由内膜腺体及其间质组成,外表呈细长的圆锥行或卵圆形,表面光滑,表面常有血管,可单发或多发,有大有小,可分为增生型息肉、功能型息肉、萎缩型息肉、腺瘤型等4种。病理学依据《妇产科病理学》为准[3]。内膜息肉是由内膜腺体及其间质组成的肿块,有蒂向宫腔突出。

1.2 术前准备和术后处理

常规术前检查与准备,并于术前12 h将16号导尿管慢慢插入宫颈管至内口,帮助宫颈扩张,而露在阴道内的一段导尿管则用消毒纱布包裹,置于后穹隆。因术中麻醉问题,应在术后6 h才能普通饮食,术后行抗炎治疗3 d。

1.3 手术方式

手术中采用持续硬膜外麻醉或静脉麻醉,手术器械采用日本OLYMPUS公司的24F被动式360°旋转连续灌流宫腔电切镜,电切功率50~60 W,在宫腔镜直视下行电切除术。膨宫液为5%葡萄糖液,设置膨宫液流速100 ml/min。患者取膀胱截石位,取出宫颈导尿管,常规术野冲洗消毒,铺巾,导尿,扩宫术后置镜再次检查宫腔,然后用宫腔镜电切环自蒂部将息肉逐枚切除,术中注意监护生命体征。

[收稿日期] 2005-11-10 [修回日期] 2006-01-04

常规于手术后1、3、6、12个月随访,以后每一年门诊复查,了解月经情况及阴道流血情况,必要时宫颈镜复查。

2 结果

2.1 手术治疗

本组58例子宫内膜息肉患者均顺利进行宫腔镜电切术,手术时间(20±0.5)min,出血量(32.5±0.7)ml,住院天数4~5 d。未发生感染、大出血、子宫穿孔、宫腔粘连、周围脏器损伤、过度水化综合征等并发症。术后随访满意率达100%。月经明显减少(较治疗前月经减少一半以上)者46例,占79.31%。无不规则阴道流血者,无复发病例。

2.2 病理检查

58例切除组织均经病理学检察确诊为子宫内膜息肉,其中单发48例,多发者10例,最多5枚息肉。58例子宫内膜息肉大小不等,形状各异,最小者0.5 cm×0.5 cm,大者如指状,长约5 cm。

3 讨论

宫腔镜电切术是治疗子宫内膜息肉的最佳方法,是近年来妇科领域开展的新技术。具有不开腹,创伤小,手术时间短,出血少,患者痛苦少,不影响卵巢功能,保留生育能力,术后恢复快,住院时间短等优点。子宫内膜息肉传统的手术治疗方法如钳夹术法、刮宫术法,均在盲视下操作,不能确保将子宫内膜息肉全部及完整切除,效果欠佳,临床症状不能彻底改善,甚至最终唯有将子宫切除。而宫腔镜手术则能在直视下将息肉自蒂部全部、完整地切除,而不影响附近正常的子宫内膜,可预防其持续存在及复发[2]。

宫腔镜电切术的疗效及安全性,对年轻、希望保留生育能力,保留卵巢良好功能,保留子宫的患者,或者年老有多种内科合并

维普资讯 http://www.cqvip.com

症,不能耐受长时间的开腹手术的患者均可选用此术式,且手术风险系数小,并发症发生率低,本文随访2年余,无复发病例。

宫腔镜下子宫粘膜下肌瘤外观呈圆形或椭圆形,表面色白而光滑,可见较粗的树枝状血管或走行规则的血管网,其表面内膜肥厚,时常难以与子宫内膜息肉相鉴别。而子宫内膜增生过长时宫腔镜下子宫内膜呈台状或息肉状隆起,表面光滑不透明,也难以与子宫内膜息肉相鉴别。因此,子宫内膜息肉不能单凭宫腔镜检查而做最后诊断,应强调手术切除之后,必须全部行病理学检查,这样即能明确诊断,又能排除组织恶变,防止误诊。

[参考文献]

[1] 刘德慧. 宫腔镜电切术治疗子宫内膜息肉47例临床分析[J]. 中国妇产科临床杂志,2005,6(4):290.
[2] 夏恩兰. 妇科内镜学[M]. 北京:人民卫生出版社,2001.71.139.
[3] 陈忠平. 妇产科病理学[M]. 上海:上海科学技术出版社,1982.105-125.

(编辑:余汇洋)

皮瓣移植修复拇指背侧皮肤缺损

Repair of skin defect on thumb's back with flap

魏长月,王 辉,任志勇,李 凡 (解放军89医院全军创伤骨科研究所,山东 潍坊 261021)

[关键词] 皮瓣移植;拇指;皮肤缺损
[中图分类号] R622.1 [文献标识码]B [文章编号]1672-5042(2006)02-0105-02

拇指功能占手功能近50%,保证拇指良好功能的前提条件是拇指的灵活运动和有效长度,所以拇指软组织及皮肤的缺损,特别是背侧部的软组织及皮肤缺损,因常常伴有肌腱及指骨外露,不能简单的行植皮处理,往往需要行皮瓣修复。现将临床上常用的3种拇指背侧皮肤缺损修复手术介绍如下。

1 带第一掌背动脉的示指背侧皮瓣转移修复拇指背侧皮肤缺损术

1.1 皮瓣的设计与切取

皮瓣在鼻烟窝处,以拇长伸肌腱尺侧与食指掌指关节桡侧背面的连线为轴线进行设计。切取范围:远端至食指近指间关节背侧,两侧至侧正中线,近侧可向近端延伸至腕关节背侧。根据拇指背侧皮肤缺损的面积及形状在上述范围内设计皮瓣,沿设计切口,由远端在深筋膜深面,锐性向近端切取掀起皮瓣,血管蒂部带1~2 cm宽的筋膜蒂,将血管束及桡神经浅支的食指背侧分支包裹在筋膜蒂内,经皮下隧道或开放隧道转移到拇指背侧,缝合修复缺损的创面,食指背侧植皮覆盖创面。

1.2 该术式的优缺点及注意事项

优点:①皮瓣易切取,带感觉神经,转移后受区感觉恢复满意。②皮瓣皮下组织少,受区外型美观。缺点:供区需要植皮。注意事项:①取皮瓣时要保留腱周膜,防止供区植皮坏死;②术中不要解剖显露第一掌背动静脉,防损伤血管;③筋膜血管神经蒂通过皮下隧道时,要防止扭转、迂曲和受压。

2 带血管神经蒂的手指侧方皮瓣转移修复拇指背侧皮肤缺损术

2.1 皮瓣的设计与切取

皮瓣可选用示中指尺侧面,近侧起自指背根部、远侧至甲根部近侧、两侧至背掌侧中心,根据拇指背侧皮肤缺损的面积和形状在上述范围内设计皮瓣,皮瓣的轴线为指侧方正中线,旋转点为指掌侧总动脉的分叉处。设计完毕,首先在手掌远侧指动脉的起始处做纵行切口,显露指动脉,继而在手指侧方做"Z"字型切口直至皮瓣的近侧沿,转向皮瓣掌侧,由屈指腱鞘浅面掀起皮瓣,将血管神经包含在皮瓣内,在皮瓣远端结扎血管,切断指神经,沿设计切口掀起皮瓣,向近端完全游离血管神经,皮瓣切取完毕,观察皮瓣血运良好后,经皮下隧道转移到拇指背侧,如果拇指血管神经损伤,可同时进行修复,吻合血管神经后,缝合伤口。皮瓣供区植皮处理。

2.2 该术式的优缺点及注意事项

优点:①皮瓣易切取,带指神经,可同时修复损伤的指神经,感觉恢复满意。②皮瓣颜色与受区相近似,修复后受区外型美观。缺点:牺牲一条供指主要血管和神经,对供指稍有影响。注意事项:①术中注意使血管神经束包含在皮瓣内;②不要伤及腱鞘及腱周膜,以免术后肌腱粘连、植皮坏死;③缝合切口时切记过深、过宽、过密,以免影响皮瓣血运。

3 足拇趾腓侧"C"型皮瓣移植修复拇指背侧皮肤缺损术

3.1 皮瓣的设计与切取

足拇趾皮瓣是以拇趾腓侧趾底血管及拇趾腓侧趾底神经为蒂的皮瓣,皮瓣的切取范围,腓侧在拇趾腓侧正中或稍偏背侧,腹侧在拇趾腹侧正中或超过正中,远端自前正中稍偏上,近端至拇趾趾腹趾横纹,可根据拇指背侧皮肤缺损的面积及型状在上述范围内设计皮瓣。设计完毕,先切开皮瓣近侧切口,于皮下找出趾底静脉1~3条备用,切开皮瓣腓侧切口,游离出拇趾腓侧趾底动脉趾、底神经及第一跖底动脉,然后按皮瓣设计线切开皮肤,由远端向近端、由胫侧向腓侧掀起皮瓣,在沿血管神经束向近侧逆行游离达需要长度,切断血管神经蒂,将皮瓣移植于拇指背侧皮肤缺损处,行指-趾-指动脉、指-趾-指神经、指-趾静脉吻合,然后缝合皮肤伤口,供区行游离植皮处理。

3.2 该术式的优缺点及注意事项

优点:①皮瓣外型颜色与受区几乎相同,移植后外观逼真;②皮瓣所带血管神经可桥接损伤的指血管和神经,重建伤指的血循环,恢复感觉。缺点:需要行血管神经吻合,手术有一定难度和风险。注意事项:①皮瓣游离解剖时,由于趾底静脉口径

[收稿日期]2005-10-10 [修回日期]2006-01-18