维普资讯 http://www.cqvip.com

腹壁下动脉，创伤，误诊，斜行手术，解剖

讨论和体会

一、胃肠道结石是由胃及肠道外来的或内在的物质逐渐形成的异物团块，大致分为含毛发的毛粪石，由植物（水果或蔬菜）成份形成的植物烘石和以无机基质构成的结石。本组两例为植物成份性粪石。发生的病因主要是小儿一次过多吃黑枣，咀嚼不细，并将枣核囫囵吞咽。由于黑枣（包括涩柿等）内含有大量的鞣酸，鞣酸和胃酸可与蛋白质结合形成不溶于水的鞣酸蛋白而沉淀于胃内，同时黑枣内的果胶，遇胃酸凝集可将沉淀之鞣酸蛋白粘合成团更可与食物残渣聚积形成巨大团块而引起胃幽门或小肠梗阻。本组病例 1，发病前曾有一次过量吃黑枣史，询问病史时未被注意，术中发现胃和小肠内有黑枣核植物性结石，故临床诊断多因未能考虑此病而误诊。

二、小儿胃肠结石内少有不透 x 线的物质所以一般腹透不易发现，如能进行胃肠钡餐检查将能有助于诊断，特别对疑有胃内结石可通过电子胃镜检查即可确诊。小儿胃肠道结石靠自行破碎排出的可能性较小，当并发肠梗阻时应积极手术治疗。本组例 2，由于结石大，梗阻时间过长导致肠壁缺血坏死，后经肠切除，吻合治愈。值得提出的是：吻合口必须远离回盲部 20 厘米以上为宜，否则将会因回盲辩的作用导致肠内压增高并发吻合口漏。

三、小儿胃肠道结石是可以予防的。特别在柿和黑枣大量上市的秋冬季节要加强宣传和教育小儿（特别是乳幼儿）不要过多食用。

（收稿：1994—07—13）

45—49

腹壁下动脉误伤 1 例教训

普兰店市第二人民医院外科　许跃升
大连市皮口卫生学校解剖组　李宝玉
（辽宁普兰店，邮政编码 116222）

R643
R602

某女 49 岁，因上腹痛转移右下腹持续性疼痛 10 余日而急诊入院。查：T 38. 9℃，P44 次/分，R24 次/分，BP120/90mmHg，心肺 oB，腹部胀、腹式呼吸减弱，叩之鼓音，肠音弱，肝浊音界正常，右下腹有压痛，肌紧张及放手痛，可扪及约鹅蛋大的包块，余未见异常。x 线见结肠充气。化验：白细胞 18400/mm3，N80%，L20%。

B 超示右，腹炎性包块。住院诊断：化脓性阑尾炎、阑尾周围脓肿。

手术治疗情况：入院当日，在局麻下取右下经腹直肌切口约 8cm 剖腹，见右髂窝部有一炎性包块已被大网膜包裹。分离后吸浓汁约 300ml，同时在麦氏点稍下方置引流管一枚，关腹术终。

术后第一日晨，病人腹痛腹胀，引流管见血性渗液流出，一般状况欠佳，并见有贫血像但未引起重视。术后第二日晨，拔引流管时发现有大量新鲜血液流出，病人烦躁不安，面色苍白，大汗淋漓，P110 次/分，BP80/50mmHg，全腹压痛，腹胀并见有明显移动性浊音。当即诊断：内出血、失血性休克。立即输血 800ml 后，在连续硬膜外麻醉下，拆除原切口缝线，扩大切口，于切口下端腹膜外有一约 4×3×3cm 凝血块，清除后发现腹壁下动脉残端仍有活动性出血，立即行结扎止血。入腹后见积血较多，肠管广泛粘连，清理腹腔积血约千余 ml，行肠管排列术，查无活动性出血，器械沙布足数而关腹术终。术后 10 日痊愈出院。

教训：1. 腹壁下动脉的局解复习：腹壁下动脉，在腹股沟韧带的稍上方起于髂外动脉末端的前壁，经腹环内侧上升，在腹膜外脂肪中斜向内上方达腹直肌外缘附近，即穿过腹横筋膜，于腹直肌后方上行，跨过弓状线达脐上部，与腹壁上动脉及下部肋间动脉吻合。该动脉的体表透影为：腹股沟韧带内、中 1/3 交界处，向内上与脐的连线。故在腹直肌的外缘附近血管较少。2. 损伤的常见原因：腹壁下动脉在走行中，构成了海氏三角的外侧边，也是区分直疝和斜疝的解剖标志。为此，嵌顿疝修补术中往往为了扩大疝环颈部，易误伤腹壁下动脉。另一种情况是切开腹膜或缝合腹膜时误伤该动脉。最常见原因是，当我们采用了右侧中下腹经腹直肌切口时，因该动脉就位于腹直肌深面的腹

维普资讯 http://www.cqvip.com

眼外科手术；重睑成形；埋藏丝线法；R77.6

膜外脂肪层中，在分离腹直肌时易拉断或切断，而且血管易回缩，常不被人们注意。该病例即属于此种情况。

该动脉管经可粗如桡动脉，出血较猛。又因在腹直肌的深面，故出血时血液向腹腔渗入而切口表面无血。该病例为阑尾脓肿引流术，在术后第二日引流管有血液流出，拔管后有大量新鲜血液涌出，而切口表面无血，出血较多时，病人呈现内出血表现，在临床上这是一个不可忽略的问题。3. 予防措施：首先要熟悉腹壁的局部解剖，提高对腹壁下动脉的认识。在行嵌顿疝手术时，要找到该动脉后再扩大疝环。腹壁下动脉在行程中与侧面来的肋间动脉及腰动脉的末支吻合较少，而腹直肌外缘附近的血管亦较少，故行剖腹探查术时一般采用腹直肌外缘切口。如果行腹直肌切口时，分开腹直肌，最好先找到该动脉，之后游离拉开或切断结扎。在剪开或缝合腹膜时，要注意该动脉，一旦损伤应及时发现及时结扎，这是本文的沉痛教训，望医界同道引为鉴戒。

（收稿：1994—06—03）

49

无创重睑成形埋藏缝线法

秦皇岛市中医医院眼科 刘风卓
秦皇岛市煤炭工业管理学校医院 李 丹 于 军
（河北秦皇岛，邮政编码 066000）

R779.6

用以形成上睑皱襞的手术称为双重睑术，常用的重睑成形手术方法有：切开缝合法、缝扎线和埋藏缝线法。埋藏缝线法术后反应少，不换药、不折线、成形自然，顾客最易接受，是唯一可以不留痕迹的术式。在选择适合条件者（眼裂长、皮下脂肪少等）效果很理想，完全达到了以假乱真的程度。国内施之的埋藏缝线法有：原田—河本氏法、梅泽氏法、连续缝合法及一些改良法。求治者术后多遗留一些痕迹，加之因操做或选择顾客不当，重睑消失的比率很大，笔者在临床上根据眼睑解剖及实践，经过改进施之的 478 例手术，术式简便，固定缝线可靠，效果确切，同时扩大了埋藏缝线法的实用范围，术后 2～3 年追踪检查的大部伤病例无 1 例重睑消失、皮肤无创痕，与自然重睑无异，术后恢复快，特介绍如下。

一、术前设计：对皱襞线的设计应考虑每个人的具体情况，如不同睑形、眼形、职业上的需要，个人爱好，最后以术前重睑试验确定出，以求得最理想的效果。在确定的重睑线上选择 4 或 3 点缝线处，每点用颜色标记一“＋”字。术者常用标记点到上睑缘距离从鼻侧到颞侧分别为 5，8，7，7 或 5，7，6，6mm，较切开法设计 高度高出 1mm。在对侧上睑用分规标记出相应位置，分别在闭眼自然状态下及拉紧上睑皮肤时校正两上睑相应缝线标记位置，使术后两侧重睑宽度，形状尽可能一致。

二、麻醉：1%地卡因滴术眼 1～2 次，翻析上睑用齿科四号针头于睑板上缘地膜下注射 2%利多卡因 0. 2～0. 3ml，回复上睑，在皮肤缝线标记点皮下共注射 2%利多卡因 0. 2ml。

三、手术：常规消毒铺巾，用 6×10 角针带 7—0 尼龙线，先选择设计缝线的一点，从该点一侧 2～2. 5mm 处进针，穿过皮肤、睑板上缘、结膜出针，平行睑板上缘相距 3mm 左右点结膜进针，穿过结膜、睑板、从标记点另侧 2～2. 5mm 点皮肤出针。再从此点入针在皮下潜行至第一进针点计眼出针，拉紧缝线后松松打结，使缝线不压陷皮肤，亦不多余，剪掉线头，轻提皮肤线结即从针眼进入皮下，使缝线在上睑内呈顶向结膜面，底向皮肤的梯形。同法缝合其余各针及另眼，术毕。此法经针眼将缝线埋入皮下，愈合后皮肤无任何痕迹，暴露在结膜表面上的尼龙线经数日后即可移行于结膜下，无异物感。

四、术后：两周内不搓眼以免缝线开脱，双眼上抗菌素眼液促进恢复，一般术后 24 小时开始消肿，不影响生活与工作。

（收稿：1992—12—12）