维普资讯 http://www.cqvip.com

更低于 DU 者，全组术后 3～6 个月，一年均再次钡透或行胃镜检查，自觉症状随访最长 10 年最短半年。方法见参考文献[1]，结果无复发，无远期并发症，近期 8 例上腹闷胀（占 14%），3～4 日自愈，全组达 Visick Ⅰ级者 48 例，Ⅱ级者 10 例，治疗率 100%。

手术方法

麻醉：静脉普鲁卡因复合全麻或硬膜外麻醉。术中加用 0.5%利多卡因腹腔神经丛封闭。

步骤：正中开腹，必要时切除剑突，先行穿孔修补术（S）和腹腔冲洗至洁，于大弯侧窦体交界左右各 4cm，弓内离断胃之血管神经供应，向左上打开胃结肠韧带、脾胃、胃膈韧带，胃右翻，于贲门食管交界处打开浆膜，扪及 Latarjet's 神经后干，予以切断，并稍向食管方向剥离，顺此向下，在可见方便之处，将 Latarjet's 神经后干胃分支连同小血管逐一切断，借以补充万一遗漏罪恶支之不足，但不切开浆肌层，将胃复位，关闭胃结肠韧带，找到前 Latarjet's 神经，认清鸦爪支，切断鸦抓第一支，并距胃小弯缘 0.5～1.5cm 分别将可见之胃分支连同小血管逐一缝扎、切断、暂留线做牵引，然后在两排牵引线间，切开小弯侧全部浆肌层，直到胃底而终，边切边缝，缝时注意内翻浆肌层，以防神经再生。

讨 论

DU 为临床常见病，在基层医院并发穿孔就医者更多见，国内特别是基层医院仍以胃大部切除术治疗为主，这虽是轻车熟路，但并发症多而且严重。单纯修补术又仅是权宜之计。故国内近年来已开始重视 HSV、HSV+S 是国外近二十年来治疗 DU 及穿孔的首选术式，疗效满意。国内对其溃疡复发率一直争议颇大，教科书和手术学上也仅近年来才谨慎地提到[3,5]，至于来自基层医院的临床报告更是寥寥无几。

作者实践体会，在广大基层医院用本文推荐术式应无太大困难，疗效可靠。当然，术者必须熟知 Latarjet's 神经的解剖，作者下乡带领青年医师做 10 例以上后，一般均可独立操作。但应注意适应症的选择。

郑扶民教授推荐之 Visick 氏随访方法[2]简便易行，很适合广大基层医院，在基层医院不仅 DU 病源多而且不切胃，患者，尤其体力劳动者都乐于接受，我们见议开展 HSV 的同时，更及时总结经验，以便对其作出更确切的评价。

HSV 又称近侧胃迷走神经切断术（PGV 或俄文 спв），是在迷干切（TV）和选择性迷干切（SV）基础上发展起来的，它不会产生“全腹瘫”和“胃瘫”。本文仅 8 例术后早期有上腹饱胀感，很快自愈。也可给吗丁啉口服，疗效很好，在具体操作中，麻醉很关键，一定要使腹肌充分松弛，才能保证手术操作顺利，是否行大弯侧去神经术尚有争论，但作者没遇到麻烦，也未遇到小弯坏死、出血、倾倒综合症等并发症。

（作者呈蒙白求恩医大郑扶民教授书面赐教，特表深谢）

参考文献

1. 吴阶平、裘法祖主编．黄家驷外科学第 5 版．北京：人民卫生出版社 1992：1082～1086.
2. 郑扶民，近侧胃迷走神经切断术的疗效评价及术式进展，普外临床 1993；8（6）：330.
3. 沈魁、何三光主编，实用普通外科手术学．第 1 版．沈阳：辽宁教育出版社 1989；266～272.
4. 郑扶民．关于 HSV 的复信．个人咨询．1986－04－09.

（收稿：1994－03－14）

腰椎间盘突出症手术并发症的防治体会

鞍山市第三医院骨科 韩庆余 冯克亮 张 翔 杨青松 丁铁夫 胡 轶

（辽宁鞍山，邮政编码 114031）

〔提要〕本文报告 5 年间手术治疗腰椎间盘突出症 132 例。其中 9 例发生并发症，占 6.8%，包括腰脊髓撕裂伤 5 例；椎间隙感染 1 例；神经根牵拉伤 1 例；间隙定位错误 1 例；硬膜外静脉出血 1 例。分别叙述 5 种并发症的原因、表现、治疗及结果。其中 1 例再次手术，7 例获良好效果，两例有

维普资讯 http://www.cqvip.com

程度不等后遗症。讨论 5 种并发症损伤防治措施。

〔关键词〕腰椎间盘突出症；手术；并发症；防治。

我科自 1989～1993 年共手术治疗腰椎间盘突出症 132 例，其中 9 例发生并发症，占 6.8%。本文着重介绍这些手术并发症的治疗经过及预防体会。

并发症的治疗经过及结果

一、硬脊膜撕裂伤 5 例，占 3.7%。本组 5 例平均年龄 62 岁，均为巨大型腰椎间盘突出并伴有黄韧带肥厚，黄韧带与硬脊膜有粘连。其中 3 例在扩大窗口咬除椎板时，钳住硬膜致硬脊膜撕裂。裂口长 0.5～1cm，脑脊液漏出，其中 1 例 1 根马尾神经少许被牵出但未断，还纳回硬脊膜内。当即将手术台调至头低足高位，缝合硬膜，切口一期愈合；另两例术中未发现明显硬脊膜破裂及脑脊液漏出。但术后次日即出现切口有脑脊液渗出。采取俯卧，头低足高位，应用补液、静滴抗菌素、镇静药物，及时更换敷料等措施。其中 1 例手术后一周脑脊液停止渗出，切口一期愈合。另一例术后两周脑脊液渗出仍不停止，随即手术，见硬脊膜有 6mm 纵形裂口，给予缝合修补，切口顺利愈合。上述 5 例经平均 1 年零 2 个月随访，结果为优。

二、椎间隙感染 1 例。女性，38 岁。腰 4.5 间盘突出症，行左侧开窗髓核取出术，术后原有症状消失，切口一期愈合。术后两周开始腰痛，且发展到剧痛难忍，腰部不敢活动，夜间不能入眠，双下肢无症状。主要体征是腰肌紧张及下腰椎部压痛，体温最高时为 37.8℃，白细胞略高于正常值，血沉 78mm，予静卧硬板床休息，静滴广谱抗菌素，腰部封闭及镇静止痛。剧烈腰痛持续 3 周逐渐减轻，术后 3 个月症人可以离床活动。此时腰椎 X 线平片显示腰 4.5 间隙变窄，上下椎体边缘模糊，有轻度不规则破坏，随访 8 个月，病人可以从事一般工作，但劳累后腰痛。复查腰椎 X 线片，腰 4.5 间隙明显狭窄，但未融合，边缘轻度硬化。

三、神经根牵拉伤 1 例，行左侧腰 4.5 间隙开窗法，切除髓核过程中以神经拉钩向外侧牵拉腰 5 神经根。术后病人左踝趾关节背伸力 0 级，呈尖足畸形。经电针、按摩及应用神经营养药物治疗半年，左踝趾背伸力有所恢复，在进一步随访中。

四、间隙定位错误 1 例。病员在外院诊断为腰间盘突出症，经半椎板法摘出腰 4.5 髓核，术后 2 个月症状无缓解。阅腰椎 X 线片为骶椎腰化，六节腰椎。腰 CT 检查结果为腰 4.5 间盘左侧突出，侧隐窝狭窄。经手术证实为腰 5 骶 1 间盘突出，摘除髓核，扩大侧隐窝及神经根管后，术前症状逐渐消失，随访 8 个月恢复良好。

五、硬膜外静脉出血 1 例。术中剥离松解粘连的神经根时，硬膜外静脉丛出血，用棉片及凝胶海棉压迫几分钟后即可止血，取出压迫物分离神经根时又出血不止，最长压迫 20 分钟，也不奏效。最后在棉球压迫、仍有少许出血情况下，将神经推向内侧，切除隆起的纤维环，取出髓核，再次压迫止血。检查无出血后，切口放置负压引流。术中输血 400ml。切口一期愈合。未发生切口血肿压迫马尾神经及神经根。随访 3 年，恢复工作，过累时有腰酸腿麻感。

讨　论

一、本组 5 例硬脊膜撕裂伤，占 3.7%，可见是腰间盘手术的常见并发症之一[1,2]。其发生原因为：巨大性间盘突出，黄韧带肥厚与硬脊膜粘连、节段性椎管狭窄。在咬除椎板或切除黄韧带时，误伤与提拉椎板咬骨钳时撕裂硬脊膜。为防止损伤硬脊膜，应在打开椎管后，先用神经剥离子探查明确病变位置，分离粘连后再行椎板减压及切除黄韧带。一旦损伤硬脊膜应先用盐水棉片覆盖，手术台调至头低足高位，扩大减压后细密缝合硬膜。不能采用负压吸引引流[3]。本组两例硬脊膜漏。当时未发现的原因可能是破口呈裂隙状，蛛网膜完整，脑脊液无外漏。由于术中俯卧位，硬膜外麻醉，患者处于安静状态、脑脊液压力不高所致。术后由于搬动、翻身及离床排尿、疼痛等原因，脑脊液压力增高、蛛网膜破裂、脑脊液漏出。本组 3 例病人在术中发现、及时修补硬膜，术后无不良反应。另两例术后发现，应尽量保守治疗，但超过两周仍有较多脑脊液渗出即应手术修补，同时注意及时更换切口敷料，避免逆行感染。

二、椎间隙感染、神经根牵拉伤、椎间隙定位错误、硬膜外静脉出血的预防。

椎间隙感染是腰椎间盘突出症手术的严重并发症，病人痛苦大、卧床时间长，精神负担重、较长时间遗留过累后腰部酸痛症状。如果医生在术前认真地发现隐性感染病灶，尤其是女病人的盆腔、腹腔慢性感染有效地控制，术前 3 天皮肤消毒，并静滴抗菌素，术中严格无菌操作，关闭切口

维普资讯 http://www.cqvip.com

儿童，贲门失弛缓症；外科手术；

局解手术学杂志 1994 年第 3 卷第 2 期总第 10 期

前，以 500ml 盐水加 16 万单位庆大霉素混合液反复冲洗术区，术后及时管理引流更换切口敷料，即可将椎间隙感染避免到最低限度。

神经根损伤的预防：在剥离松解神经根粘连及牵拉神经根切除髓核过程中注意勿损伤神经根。要在直视下，耐心、细心操作。牵拉神经根时要适时放松，避免牵拉时间过长。尤其向外侧牵拉神经根时，力度要合适，避免从根部拉伤。

本文 1 例椎间隙定位错误是由于 X 线平片见到的骶椎腰化与腰 CT 显示的腰 4 间隙位置不一致。平片是由腰 1 向下数，而腰 CT 是从骶 1 向上数，CT 显示的腰 4.5 间隙是平片的腰 5 骶 1 间隙，所以出现第一次手术的定位错误。其预防方法：1. 认真阅读 X 线平片，尤其是在骶椎腰化时，应与腰 CT 的定位一致。2. 术中以骶椎斜坡向上滑所触及第一个凹陷（洞），为腰 5 骶 1 间隙，向上第二个凹陷（洞）为腰 4.5 间隙。笔者按此方法认定间隙，尚未出现过椎间隙判定错误。

硬膜外静脉出血的预防：首先应使腹部悬空，避免腹部受压。打开椎管后，用神经剥离子松解和分离黄韧带，避免咬椎板时误伤静脉丛。在分离神经根、切除髓核时要直视。一旦静脉出血，可用棉片、棉球和凝胶海绵压迫下进行手术。摘出髓核后，要认真检查椎前静脉是否彻底止血。

总之，腰椎间盘突出症病人痛苦大，临床表现不一、手术难度不等。但手术的并发症绝大多数是可以预防的。要求术者认症要准确，术前准备要可靠，术中操作要精细。术后要观察。可望腰椎间盘突出症手术的并发症会越来越少。

参考文献

1. 刘广杰，等．腰椎间盘突出症手术治疗远期随访及有关问题探讨，中华骨科杂志 1981；1：83.
2. 张伯勋，等．腰椎间盘突出症术后效欠佳的原因分析，中华骨科杂志 1981；1：83.
3. 陆裕朴，等．腰椎间盘突出症和腰椎管狭窄症的手术并发症，中华骨科杂志 1992；4：241.

（收稿：1994—01—31）

25—26

小儿贲门失弛缓症的外科治疗

河北省儿童医院胸外科 王贤书 马文海

（河北石家庄，邮政编码 050031）

R726.6 .566

〔提要〕自 1990 年 11 月迄今作者手术治疗小儿贲门失弛缓症 5 例，其中 2 例经胸行单纯 Heller 氏手术，3 例经腹行 Heller 氏手术附加幽门成形术。随访 1～3 年，疗效满意，无反流性食管炎或复发。作者认为，经胸手术无需附加抗反流手术。

〔关键词〕贲门失弛缓症；Heller 氏手术；幽门成形术。

贲门失弛症是一种食管神经肌肉功能失调疾病，小儿少见。我院自 1990 年 11 月迄今手术治疗小儿贲门失弛症 5 例。2 例经胸行单纯 Heller 氏手术，3 例经腹行 Heller 氏手术附加幽门成形术，随访 1～3 年，疗效满意。现对小儿贲门失弛症的外科治疗及 Heller 氏手术是否需附加抗反流手术进行讨论。

临床资料

本组 5 例中，男 3 例，女 2 例，年龄 3～14 岁，平均年龄 8.6 岁。病程 3 月～1 年 3 月。5 例均有吞咽困难、呕吐或反流、轻度脱水。X 线食管钡餐检查示食管重度扩张，贲门显示类似鸟嘴或萝卜根状。入院后均给予解痉药物治疗一周无效。1 例女性患儿重度脱水、消瘦、Ⅱ度营养不良，术前 2 月先行胃造瘘术，待营养改善后再经胸行 Heller 氏手术。

5 例均在气管插管静脉复合麻醉下手术。2 例经左胸切口行单纯 Heller 氏手术，3 例经腹行 Heller 氏手术附加幽门成形术，食管胃粘膜外肌层切开长度最短者 5cm，最长者 6cm，平均 5.5cm。3 例经腹手术者，胃粘膜外肌层切开长度均超过 2cm；经胸手术 2 例胃粘膜外肌层切开约 0.6cm。经腹手术 3 例术时粘膜破裂 5 处，用单纯丝线间断缝合。经胸 2 例术时粘膜未破，术后无胃食管瘘，全组无死亡。

本组 5 例随访 1～3 年，均进食通畅，饮食正