维普资讯 http://www.cqvip.com

中国局解手术学杂志 2000年第9卷第1期
Chin J Regional Anat & Operative Surg, 2000, Vol.9, No.1

编织碳纤维重建喙锁韧带治疗肩锁关节脱位32例

周宝才* 张君富**

肩锁关节脱位是肩部常见的损伤，治疗方法较多，对于Allman Ⅲ度的完全性脱位[1]，比较一致的意见是采用手术治疗，而各种手术方法的结果和疗效各家报道不一。我院于1993～1998年，应用编织碳纤维环绕缝合法重建喙锁韧带治疗该症32例，效果满意，现报告如下。

一、临床资料

本组32例，男20例，女12例。年龄18～67岁，平均36.5岁。右侧22例，左侧10例。陈旧性脱位8例，新鲜脱位24例。致伤因素主要为肩部撞击伤，其中运动损伤16例，交通事故损伤9例，劳动作业损伤3例。伤后距手术时间10～52天，平均24天。临床表现：肩前上方疼痛及肩锁关节压痛26例；患臂上举大于100°出现肩锁关节部位疼痛14例；16例患者呈现锁骨外侧端向上突起，按压时有活动感，即琴键征(Pianosign)阳性；4例病程超过6周，三角肌出现轻度萎缩。X线片显示：锁骨远端上移1.5～2.7cm，按Allman分类法分型均为Ⅲ度脱位。手术方法：高位臂丛麻醉，患者仰卧位，患肩下垫枕，头转向健侧。从肩锁关节后下1cm，向前内下到喙突做弧形切口，长约14cm。剥离锁骨外1/3骨膜，充分显露肩锁关节，清除关节内的软骨盘，整复脱位。由肩峰较低位平行钻进2枚克氏针，经肩锁关节进入锁骨远端，针尾留于皮外弯成90°角。经三角肌内缘显露喙突，经喙突下穿过40K编织碳带，环绕锁骨中外1/3处2圈后缝合固定，环绕骨面处加固缝合数针。术后三角巾悬吊3周，6周后拔除克氏针，做肩关节功能练习。

二、结果

本组随访6月～5年，平均3.5年。优：肩部外观正常，无畸形，活动无疼痛，持重时无异常，恢复伤前工作。本组共24例；良：外观无明显畸形，活动范围正常，劳累后有不适感或轻微疼痛。本组8例；差：外观畸形明显，活动受限，疼痛加重。本组未发现效果差的病例。

三、讨论

对于Allman Ⅲ度的完全性肩锁关节脱位，多数学者主张手术治疗。治疗重点是喙锁韧带的修复和结构的重建。喙锁韧带较短，撕裂部分不是在锁骨处就是在喙突处，手术修复很难成功。如果勉强缝合，晚期还有再脱位的可能。喙突上移术操作有一定困难，喙突骨块小，肱二头肌、喙肱肌肌力相对较强，螺丝钉固定时易致骨块劈裂，或因固定强度差，肌肉收缩时骨块牵拉分离，并需再一次手术取出螺丝钉。自体筋膜重建喙锁韧带增加操作程序，并容易发生重建韧带的松动而再发脱位。碳纤维是生物医学工程中制作人工肌腱和韧带的新型材料，它具有高强度、抗疲劳、抗磨损、强性模量高等力学性能，并具有组织相溶性及血液相溶性等生物性能[2]。本术式利用喙锁韧带局部解剖特点，经光滑骨面环绕锁骨、喙突缝合固定，充分发挥碳纤维材料抗拉强度的特点，克服了其抗剪切应力差的特性。早期克氏针维持关节对位，随着自体组织长入碳纤维，形成胶原，新生胶原承受一定应力后，胶原的结构趋向类似正常韧带组织，具有缓冲，吸收冲击力的作用。本组32例均应用编织碳纤维重建喙锁韧带，经随访无一例再脱位，效果满意。该术式具有操作简单、一次完成、后遗症少、可早期功能练习等优点，值得在临床推广使用。

参考文献

1. Allman FLJr: Fracture and liganmentous injuries the clavicle and its articulation. J Bone Joint Surg(Am), 1967, 49: 774－776.
2. 甄 平. 碳纤维修复肌腱韧带损伤. 骨与关节损伤杂志, 1989, 4: 237－239.

(收稿：1999-07-04)

* 作者单位：157011 黑龙江牡丹江市第209医院外二科
** 牡丹江市建工医院外科

十二指肠损伤18例临床分析

王玉明* 白文彬* 赵兴涛* 贾 祯*

闭合性十二指肠损伤，由于其解剖生理的特点，往往病情严重，合并伤多、诊断和处理比较困难，死亡率较高，本院自1990年初至1998年底共收治18例，报告如下。

一、资料和方法

1.一般资料：男16例，女2例，平均年龄33岁(9～64岁)。损伤原因：各种腹部钝性撞击伤17例，高处坠地腹部跌伤4例。均为闭合性腹部损伤。临床表现为不同程度的腹部疼痛恶心和呕吐，有腹膜刺激征者15例。腹部X射线透视6例，仅1例见膈下游离气体。全部行腹腔穿刺，获不凝固血液12例，似上消化道液2例，其阳性率为77.8%，另4例多次腹腔穿刺均为阴性。术前拟诊弥漫性腹膜炎6例，腹腔内出血12例，其中诊断十二指肠损伤者3例(16.7%)。伴有创伤性休克7例。损伤部位程度：十二指肠第一段破裂2例。第二段环形破裂5例，第三段离断3例，破裂4例。第四段破裂4例。合并损伤：

* 作者单位：154101 黑龙江省鹤岗市人民医院普外科

维普资讯 http://www.cqvip.com

胰头挫裂伤5例，脾破裂2例、肝破裂4例、18例均有不同程度的腹膜后血肿。

2.治疗方法：在抗休克和对症处理后作急诊剖腹探查，6例十二指肠后壁损伤经Kocher切口确诊，12例前壁损伤伴右侧后腹膜破裂者均在进腹后发现。手术方法：①单纯缝合修补2例；②缝合修补加胃造口9例；③十二指肠端端吻合加十二指肠腔内"T"管造口3例；④十二指肠憩室化手术[1]4例。胃造口者将引流管插至十二指肠修补处远端10cm处。常规在十二指肠破裂修补处置腹腔管引流。对合并脏器损伤作相应的处理。术后全部病人应用广谱抗生素防治感染。

二、结果

12例痊愈，3例腹壁切口感染、无其他早期严重并发症，2例切口裂开，1例于术后第4天死亡(5.6%)、死亡原因因腹穿3次均为假阴性而观察24小时，弥漫性腹膜炎加重时才手术，术后死于腹腔感染，中毒性休克。此外、有3例术后半年发生粘连性肠梗阻，经保守治疗痊愈。

三、讨论

1.诊断：闭合性十二指肠损伤术前诊断较困难，何亮家等[2]报告14例术前无1例确诊。Cone等[3]认为十二指肠损伤多数因并发损伤行剖腹探查时得到诊断。本组术前确诊率为16.7%、均为十二指肠前壁破裂、确诊的依据是右上腹在接受暴力撞击、伤后出现以上腹部为主的急性弥漫性腹膜炎，腹腔穿刺抽出胆汁性肠液或血液、前壁损伤有肠内容物流入腹腔者伤势均较重，易抽到十二指肠液样液体、只要提高警惕确诊不难。对可疑病人应行腹腔灌洗术有利于早期诊断。我们体会对严重闭合性腹部损伤应警惕十二指肠损伤可能，应放宽剖腹探查的指征，及时手术，术中如发现右上腹区腹膜后血肿，胆汁性液体或气体，横结肠系膜根部和胰头颈部上下缘有血肿等怀疑有十二指肠损伤，必要时可作Kocher切口，检查第二段及胰头，Cattell切口检查第三、四段，有时还需以胃管注入美蓝观察是否美蓝外溢以确定后壁有无小穿孔。

2.治疗：方要根据损伤的类型、部位和时间，腹膜炎以及合并伤的严重程度和全身情况等决定。具体有以下方法：①清创后单纯缝合、适用于一般的穿孔，破裂伤，就诊时间早、局部炎症反应不严重；②十二指肠端端吻合术，适用于第一段离断者，或加十二指肠(第三段)空肠Roux-Y吻合术；③十二指肠空肠吻合术适用于不能单纯修补或修补后张力过高而局部血供尚好者；④十二指肠憩室化手术。肠壁缺损大或合并胰头损伤时，可考虑采用此术式。

我们体会，无论采用何种方式，都必须注意做到彻底清创，充分的十二指肠内容转流或减压与腹腔引流，我们常规将胃造口引流管插入十二指肠破裂修补处远端10cm。十二指肠损伤术后应注意营养物质的补给，据情选用营养性空肠造口或TPN治疗。

参考文献

1.钱 礼主编.现代普通外科.第一版.杭州：浙江科学技术出版社，1993：166－171.
2.何亮家，陈福真，郑荣贵.闭合性十二指肠损伤的诊断和治疗，实用外科杂志，1995，11：573.
3.John BC, John FE, Rock A. Delayed diagnosis of duodenal rupture. Am Surg, 1994, 168: 676－679.

(收稿：1999-08-30)

Madigan前列腺切除术14例报告

刘佑宁*

前列腺增生症系男性老年病、其治疗方法日渐增多。目前开放手术治疗仍为临床常用的主要方法之一。我院自1994年10月～1998年4月采用Madigan术14例，疗效满意、现予报道。

一、资料和方法

1.临床资料：本组14例，年龄55～78岁、平均69岁，病程2～20年。均有典型前列腺增生的临床表现，其中4例有尿潴留史。前列腺Ⅰ度增生3例，Ⅱ度11例，其中2例伴有轻度中叶增生。B超检查前列腺最大径5.7cm，残余尿50～150ml，平均最大尿流率＜10ml/s，合并心血管疾病9例，其中冠心病4例，高血压5例，慢性呼吸道疾病3例，慢性前列腺炎2例，糖尿病1例。

2.手术方法：适应症：前列腺增生Ⅱ度以上[3]、不伴有中叶增生或突入膀胱内＜1cm者或肥胖者适于作此类型手术。伴有膀胱肿瘤或结石者不宜采用本术式。手术方法：置Foley氏$F_{18\sim22}$三腔气囊导尿管。耻骨上缘弧形切口，耻骨后暴露前列腺包膜及膀胱颈部。以前列腺中部横行切线为基准，远近端各作一排交锁缝扎，缝线贯穿被膜全层，两端达前列腺侧方，两排缝线间用电刀横形切开前列腺被膜。包膜下用手指钝性分离前列腺的前、侧及后面，一般不越过后中线。正中纵形切开前列腺峡部并锐性解剖尿道，直达前列腺尖部，切断尖部与尿道的相连部分，再将腺叶向前下方牵引，暴露近端，沿腺体组织与膀胱颈粘膜间分离，直至一侧叶切下，另一侧叶作类似切除。伴中叶轻度增生时在一侧叶的牵引下暴露中叶，将其与尿道后壁及膀胱颈粘膜分离后与侧叶一并切除。腺体切除后即可见膨胀的尿道，经尿管注水检查尿道及膀胱粘膜有无损伤，如果膀胱粘膜有损伤应用4-0肠线修补，尿道粘膜损伤不严重可不行

* 作者单位：610092 成都市飞机工业集团公司医院泌尿外科