维普资讯 http://www.cqvip.com

固定方法 根据腕部骨折的不同类型和部位，运用中医手法进行整复。复位后，将弯板和软纸板放置在掌侧和背侧。如：舟状骨折，交弯板放在掌侧，软纸板放在背侧，以腕关节的解剖形态和功能为准，用软性绷带或布绷带包扎，前臂置于功能位，用颈腕带悬吊于胸前。

二、临床资料

本组45例病人中，男性42例，女性3例。年龄20～26岁16例；28岁～36岁19例，38岁～46岁7例，46岁以上3例。

骨折类型 舟状骨折28例，(左侧13例，右侧15例)，月骨骨折12例(左侧4例，右侧8例)，大多角骨折5例(左侧1例，右侧4例)伴有复合性损伤3例。

三、治疗结果

本组45例病人中，经2个月～1年随访，优：腕部疼痛完全消失，屈腕达70～80°，伸达60～50°，恢复正常的生活和工作，共28例。良：疼痛基本消失，可维正常生活和工作，共16例。可：疼痛比整复固定前明显减轻，工作及生活受到一定限制3例。

四、讨论

腕部骨折是较常见的骨折，它的复位和外固定效果，可直接影响到腕关节功能。

我们骨科门诊几年来用此板治疗腕部骨折45例，病人全部达到临床治愈标准，使其无一例在治疗中发生再移位或骨迟缓愈合，骨折留下腕部骨不连接、坏死，以及创伤性关节炎症状。在临床上收到了良好的疗效。此弯型板在使用中，可依不同骨折类型和移位情况而不断调正板的弯度，为骨折的愈合和腕部的功能练习，创造了良好的条件。

运用此板治疗实践操作过程中，吸取中医夹板固定的优点：质地轻便、易于调正及功能锻练，克服了石膏太重和透气性差，不利于腕关节病情观察和功能锻练等弊病，为临床治疗固定腕部骨折提供一种可行的固定器材，具有实用、可靠的特点，为广大患者所接受。

参 考 文 献

1. 天津医院骨科编.临床骨科学.创伤.人民卫生出版社，1982.1235.
2. 尚天裕，主编.中国骨伤科学.骨折与关节脱位.南宁：广西科学技术出版社，1989.95.

(收稿：2000-02-06)

241-242 下腹部横切口 治疗 鞘膜积液 23

下腹部横切口治疗小儿双侧腹股斜疝及鞘膜积液的体会

李乐生* 杨继武* 许雪梅*

R726.562.1

一、临床资料

我科自1990年～1999年间收治的26例患儿，其中男性24例，女性2例，最小年龄5月，最大5.3岁，平均2.2岁。双侧斜疝19例，双侧交通性鞘膜积液4例，一侧斜疝并对侧鞘膜积液3例。

本组患儿均采用下腹部单横切口为手术入路行疝囊高位结扎术，2例术后并发阴囊血肿，经保守治疗后消褪，无其它并发症，全部患儿均治愈出院，术后3月至1年随访21例，无复发。5例失访。

二、手术方法

在氯氨酮醉下，于下腹部皮肤皱纹水平以中线为中点作长约3～5cm横切口，切开皮肤及皮下组织后，于切口一极向外侧潜行分离显露出腹股沟管皮下环，用一把纹式钳将其钳夹住以作标记。在皮下环下方用钳分离提睾肌后显露出位于精索前内侧的疝囊，常规行疝囊高位结扎，部分患儿外环口较宽大，缝1至2针将其缩小。再在切口另一极同法处理对侧病灶。若为鞘膜积液。分离提睾肌后可稍挤压阴囊，积液逆流有利于发现细小的闭合不全的腹膜鞘状突，将其分离，高位结扎其近端，远端开窗放尽积液。

三、讨论

1.小儿腹股沟斜疝的病理特点：胎儿期间由于丸下降而使腹膜形成囊状鞘状突起，出生后未闭合而形成潜在的疝囊，是形成先天性腹股沟斜疝的解剖基础，同时婴儿腹股沟管很短，仅约1cm左右，而且近乎垂直地从内环通向皮下环，腹内压力直接指向前腹壁，这一解剖特点也是婴儿易发疝的重要原因。

2.小儿腹股沟斜疝的手术方法

手术方法以疝囊高位结扎为原则目前已为绝大多数学者所认可。常用的方法有：①下腹部皮肤皱纹处横切口疝囊高位结扎术；②平行于腹股沟韧带的斜切口疝囊高位结扎术；③经腹腔疝囊高位结扎术；④腹腔镜下疝囊高位结扎术。各种方法均有其优缺点，作者认为，虽然手术方法及切口可根据作者经验选择，但应以达到疝囊高位结扎减少手术创伤为原则，根据不同年龄组，不同病情进行选择。

3.体会

(1)适应症：3岁以下患儿，因腹股沟管较短直，应用本法完全可达到高位结扎疝囊的目的，为本法的最适年龄。根据作者的经验，3至6岁患儿也可酌情应用本法。6岁以上患儿不宜应用本法，一则切口需较长才能达到双侧皮下环，二侧可能因术野显露不佳而造成损伤。

(2)优点：①下腹部皮肤皱纹部横切口与皮纹一致，尤其切口位于中部，与斜切口比较，术后疤痕小且隐蔽。切口水平在小儿相当于外环的体表投影，所以一般能达到充分显露外环的要求；②与双切口相比较，本法一切兼顾了二个病灶；③本法与传统术式相比较不切开腹外斜肌腱膜，对局部解剖结构破坏甚小，大大减少了髂腹下神经和髂腹股沟神经损伤的可能性。但由于患儿腹股沟管短直的解剖特点，完全可以达到高位结扎疝囊的目的。

(3)注意事项：采用本法在于尽量减少手术创伤，但由于切口小，故要求术者对局部解剖层次及关系清楚，同时要细致轻柔地操作，寻找疝囊一定要在提睾肌内，避免盲目分离，难于确

* 作者单位：671000 云南省大理医学院附属医院普外科

维普资讯 http://www.cqvip.com

定时可用平镊轻轻提起提睾肌，另一手触摸同侧睾丸是否移动，这样有利于疝囊的发现，同时有效避免了误伤膀胱的可能。

参 考 文 献

1. 金百祥. 临床小儿科. 银川：宁夏人民出版社，1989. 185－186.
2. 钱信忠. 中国医学百科全书小儿外科分册. 上海：上海科技出版社. 1982. 84－86.
3. 武汉医学院第二附属医院. 小儿外科手术学. 北京：人民卫生出版社，1977. 297－302.
4. 李宇洲、姚 干，梁健开，等. 微型腹腔镜下小儿腹股沟斜疝高位结扎术. 中华小儿外科杂志，1999，20(6)：347－348.

(收稿：2000-03-04)

严重肝外伤28例诊治体会

翁伟建* 叶光华** G·Mantion***

肝脏外伤是外科创伤中较为严重的创伤，我们从1984～1998年先后收治28例严重肝外伤病例，其中手术治愈25例，死亡3例，死亡率10.7%，现就我们的一点体会报道如下。

一、资料和方法

(一)一般资料：本组28例，男22例，女6例，年龄8～58岁，其中15～40岁20例，占71.4%；闭合性损伤24例，开放性损伤4例；致伤原因，多为挤压、撞击、砸伤、坠落等。

(二)损伤部位及伤情，其中星状伤8例、多发性碎裂伤5例、穿透或贯通伤3例；裂伤长＞10cm，深＞3cm者8例。第一肝门损伤2例，第二肝门损伤2例。参照美国创伤外科协会(AAST)肝外伤分级标准[1]，本组病例均属Ⅲ～Ⅴ级。

(三)合并伤：本组28例，有合并伤24例，其中伴肋骨骨折和其他胸外伤者12例，脾破裂8例，胃肠破裂6例，膜腺损伤3例，肾挫伤及腹膜后血肿5例，脊柱损伤2例，脑外伤3例，四肢骨折6例，骨盆骨折2例。

(四)手术方法及结果：本组28例中单纯深部行褥式缝合者6例，大网膜填塞加缝合者6例，池塘式清创加大网膜塞压迫固定者5例，肝左叶切除者3例，清创性肝段切除者4不规则性肝右叶切除加肝后腔静脉或有静脉修补者3例(死亡1例)，阻断第一肝门并修补门静脉者2例(死亡1例)。全部病例术毕均行腹腔引流术。结果：治愈25例，死亡3例，病死率为10.7%，其中因肝后腔静脉和门静脉破裂大出血死亡各1例，术后因多器官功能衰竭死亡1例、术后切口感染2例、肝脓肿1例，胆瘘2例，膈下脓肿1例，肠粘连2例，肺部感染1例，均治愈。

二、讨论

(一)早期诊断与诊断标准

对于Ⅲ级以上严重肝外伤，多伴有其他部位损伤，伤情严重，失血性休克症状明显，必须及早确诊，以争取抢救时间，我们的体会是：①有右上腹及下胸部外伤史；②腹腔穿刺阳性(本组阳性率96.8%)；③病情许可时作影像学检查如B超、CT、MRI等，为早期诊断提供重要依据。

肝外伤的分类与伤情判断，对治疗方法，预后及疗效的评定等密切相关。在目前国内尚无统一标准情况下，我们参照美国创伤外科协会(AAST)判定肝外伤的分级标准[1]，结合临床所见，我们认为，有明显失血性休克或成人腹腔积血＞2000ml，合并有下列情况之一者，可判定为严重肝外伤：①肝实质裂伤长＞10cm，深＞3cm者；②肝裂伤属行清创性肝叶切除术者；③肝某一段或多段裂伤需切除者；④肝实质贯通伤，出血严重者；⑤肝脏大血管损伤者；⑥胆道损伤伴有严重胆漏者；⑦第二肝门损伤伴有活动性出血者。

(二)一旦疑有严重肝外伤，应立即施行剖腹探查术，迅速彻底止血，清除失活肝组织，缝合修补损伤的较大肝血管，再根据不同伤情，采取不同的方法，我们的体会是：①采用Pringle法阻断第一肝门，迅速清除积血，寻找肝出血源；②全面探查肝脏，充分显露创面，进行可靠的止血；③损伤较重，需作肝叶切除术者，应尽量行不规则的肝叶切除术；④主张使用带蒂大网膜填塞止血，尽量避免使用纱布、绷带填塞止血或肝动脉结扎止血；⑤术毕行充分引流[2]。

文献报告[3]肝外伤行规则性肝叶切除术死亡率大于50%，故多数学者不主张采用。对复杂性肝外伤如火器伤、挤压伤及星状裂伤、多发性碎裂伤等有较大范围的肝组织失活或有肝碎片相连者，也应行不规则性肝叶切除或清创性肝叶切除为好，因为这样，手术较简便，损伤相对较小，止血可靠，可避免继发性出血，预防术后肝脓肿和胆瘘的形成。本组5例行不规则性肝叶切除，均获较满意效果。

对合并有门静脉或肝静脉损伤者，应视具体情况而定。阻断全肝血流后，再行血管破口修补，既复杂又费时，多难奏效。对于第二肝门损伤的处理则十分棘手，主要原因是肝静脉无静脉瓣，壁薄又较固定，血管不易收缩，出血量大，加至位于肝后方，暴露十分困难，本组2例，其中1例为右半肝损伤合并肝右静脉损伤，立即用手指压住破口，用心耳钳夹住破口，行修补术而获成功；另1例则腔静脉与肝静脉汇合处呈片状撕裂，出血过多而死亡。

严重肝损伤术后常伴有一定程度的渗漏，因此，术毕行充

* 作者单位：528200 广东省南海市中医院外科
** 兰州医学院第一附属医院普外科
*** 法国宫代大学医学院 Minjoz 医院