维普资讯 http://www.cqvip.com

症[2]。但我们认为小儿鼻腔插管导管内径过窄不利于通气，易发生梗阻，且对鼻粘膜有损伤。也曾有人提出腭裂手术麻醉行气管造口插管，以其减少并发症[3]，对此我们感觉更为不妥，气管造口不仅不能绝对减少一些并发症，而且气管造口所致的负性损伤弊多利少，尤其小儿术后呼吸道感染或肺炎的发生以及其它随之而来的并发症无可预知。我们通过518例麻醉经口插管观察，一方面对手术无大妨碍，且麻醉操作简便，另一方面有些并发症并不完全由气管插管引起。我们在选择导管的大小、插管的操作、置入深度及导管稳妥固定方面特别注意。插管后尚需观察咽周是否漏气，同时也提示术者开口器的安放是否合适，避免压迫导管，注意导管弯曲度，慎防术中切割、剥离移动、滑脱等。

（二）麻醉的用药方法、种类、剂量对腭裂手术病儿有较大的影响。一般认为腭裂手术需绝对要求麻醉深度，甚至投入大量肌松药以保持术中麻醉的平稳及为手术创造良好的环境。据我们临床麻醉体会，对于小儿特别是婴幼儿并非需要过深麻醉，只要保证病儿术中安静、无痛、呼吸道通畅、生命指征平稳即可。我院曾报道5岁以下小儿腭裂修复术采保留呼吸气管内麻醉加局浸效果甚佳[4]，全麻用药只应用r-OH，氯胺酮及间断吸入少量安氟醚或异氟醚即可。病儿术毕苏醒快，而并发症明显减少。

（三）术中认真监测是保证病儿安全的根本，及时发现异常险情、果断处理。术中的心率增快和血压增高已提示麻醉偏浅或是否存有呼吸道不畅及麻醉机原因等所致低氧、二氧化碳蓄积。行辅助呼吸时要注意气道压力大小，保留呼吸的病儿必监听其呼吸音，连续SPO_2监测可随时了解病儿是否存在低氧血症，有条件时应连续监测$Petco_2$，同时保持术中病儿麻醉的平稳性，避免瞬间加深麻醉，否则对病儿的循环系统构成严重威胁。

（四）腭裂手术因鼻咽腔缩小变窄，咽周及软硬腭手术刺激，开口器压迫等易引起病儿舌体及扁桃体肿大，咽周喉头水肿，加上分泌物积聚，对拔管指征要求较严。腭裂手术拔管一般主张病人潮气量，分钟通气量在正常范围，有吞咽和咳嗽反射，最好达到呼之能应程度。即便如此仍需注意病儿通气情况。病人有能力通气并非等于气道通畅，膈肌功能恢复不能认为气道骨骼肌（如肋间肌，环咽肌，颏舌肌）的功能已恢复。在拔管时应检查口腔内及咽周是否存留纱条，拔管后应至少观察SPO_2或气道通气5分钟，并常规备好口咽通气道。术毕病儿均采用侧卧体位，有利于分泌物的流出及吸引。

本文承蒙佳木斯大学基础医学院口解教研室主任陈克功教授指导，在此深表谢意。

参 考 文 献

1. 刘俊杰，赵 俊，主编. 现代麻醉学. 北京：人民卫生出版社，1992. 808.
2. 赵绿芹，徐菊芬. 小儿腭裂修复术的麻醉. 湖南医学，1992，6：148.
3. 王宏樱，张永赞. 小儿腭裂修复术的麻醉-经口气管插管还是气管造口. 临床麻醉学杂志，1996，12：46.
4. 邓文伟，于艳华，孙 博. 88例婴幼儿气管内麻醉的体会. 现代口腔医学杂志，1997，11(3)：230.

（收稿：2000-01-23）

240-241 腕部骨折 夹板 18页 22

自制弯板加软纸夹板治疗腕部骨折45例临床观察

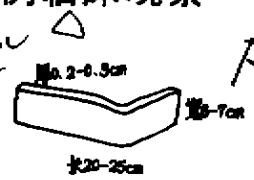
宋长斌* 赵淑玉* 冉庆林* 陈克功**

R683.41

自1995年6月～1998年6月，我们应用自制"弯板加软纸夹板"共收治各类型腕部骨折患者45例。通过临床验证，收到良好疗效。现将临床治疗方法与结果报告如下。

一、材料与方法

弯板制作材料 选用优质水柳木板，此木有可塑性强、韧性好、吸附和通性能强，轻便等特点。弯板的长度，可根据病人的肢体长度制成：20～25cm，厚度0.2～0.3cm、宽度6～7cm，在40℃～50℃的热度下将夹板塑成70°～90°的弯度（附图）依不同类型病人选用合适规格夹板，以放置在腕部适宜为度。软纸夹板以胶布包装盒为益、长宽与弯板相等、厚度以一层纸板为佳，纸板上覆以棉花、纱布。







附图 弯板图示

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯市中医院骨科
** 佳木斯大学医学院解剖学教研室

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