维普资讯 http://www.cqvip.com

带血管蒂的桡骨骨膜瓣移植治疗陈旧性腕舟骨骨折19例

王雪梅* 周宝才* 刘新仁**

在腕部损伤中，舟骨表面大部覆盖关节软骨，血供较差，骨折复位后延迟愈合和骨不连发生率较高。我院自1993～1999年采用带血管蒂的桡骨骨膜瓣移植治疗陈性腕舟骨骨折19例，效果满意，报告如下。

一、临床资料

本组均为男性，全部为腕舟骨腰部骨折。年龄17～32岁，平均26岁。左侧6例，右侧13例。外伤至手术时间：5～12月14例，13～23月5例，平均9个月。根据X线片显示，骨折边缘整齐，密度增高9例；骨折断端两侧骨质吸收有囊性改变7例，断端呈裂缝状2例；近侧断端有坏死表现1例。

二、手术方法和结果

1.手术方法：手术在气囊止血带下进行，在桡骨茎突上约5cm处向近心端作纵行切口，先显露桡动、静脉，找到其至桡骨的分支，以血管分支为中心，切取4cm×3cm大小的骨膜，切断结扎骨膜近心端的桡动、静脉，带血管蒂的桡骨骨膜即告游离。于鼻烟壶处顺腕关节作斜行切口，显露舟状骨及桡骨茎突，在舟骨骨折线近侧约0.2cm处，用骨凿切除桡骨茎突。切除骨折间瘢痕组织，打通髓状间隙，在舟状骨上钻3～4个孔。矫正成角及旋转畸形，沿舟骨纵轴以两枚1.2mm克氏针固定，针尾留于皮外。在上述切口间做皮下潜行分离，将带血管蒂的骨膜通过两切口间的皮下道，骨膜内层面向舟状骨，平铺于骨折及其周围处，用丝线将其固定于周围组织。修复关节囊，取腕微屈略桡偏位带拇指前臂长管型石膏固定4～6周，然后换前臂短管石膏固定。

2.结果：术后随访9～24个月，平均14个月，经X线摄片所有病人均达到骨性愈合，愈合时间为12周。骨折愈合后拔除克氏针。根据腕关节疼痛情况、腕关节活动度及日常生活的影响，把随访结果分为四级[1]：优12例，骨不连愈合，腕关节功能达到受伤前水平；良6例，骨折愈合，腕关节剧烈活动后疼痛，轻度背伸受限，不影响日常生活；其中1例，骨折愈合，日常生活中偶有疼痛，活动度与术前比较无明显改善；无骨折不愈合病例。

三、讨论

腕舟骨的血供来源是通过结节或腰部和韧带进入的，当舟骨腰部发生骨折后，近侧断端因血供减少或中断，不利骨折愈合。骨折后因漏诊而未给予有效的固定是其不愈合的主要原因。腕舟骨骨折6个月无愈合证据称为腕舟骨骨不连，它可导致腕关节骨关节炎，首先发生在舟桡关节，后期可发展到舟头和头月关节。在未出现骨关节炎时积极治疗，可获得良好愈合。骨折端的稳定和充足的血运是骨折愈合的两个必要条件，因此改善骨折处局部血液供应，消除骨折处所受剪力为治疗陈旧性腕舟骨骨折的主要原则[2]。桡动、静脉在桡骨茎突上6～11cm处有1～3个小的血管横行走向桡骨骨膜。血管在骨膜上呈网状分布，切除4cm×3cm大小骨膜时有明显渗血现象，其血液循环来自尺动脉与桡动脉的掌深弓及其间的支，静脉回流则由桡静脉反行进入与各静脉的交通支，此种建立静脉回流方式已被证实[3]。外骨膜的成骨量占全部骨折愈合的成骨量的30%，外骨膜的内生层其成骨量是最重要。因此本术式中桡骨骨膜瓣改善了缺血坏死舟状骨的血液循环，又可促使其成骨，桡骨茎突切除消除了对舟骨骨折处的顶撞，消除了剪力，又可避免晚期骨关节炎的发生，克氏针固定使骨折端稳定，为骨折愈合创造了条件。本组病例中骨折愈合率100%，手术结果优良率94.2%，原有囊性变的难愈合的骨折也能愈合，说明本术式对陈旧性腕舟状骨骨折愈合有良好的作用。

参考文献

1.黄迅悟，常青，孔祥星，等.Herbert螺丝钉治疗腕舟骨骨折骨不连.中国矫形外科杂志，1997，4，293.
2.赵桂仁.筋膜血管蒂骨瓣植骨治疗陈旧性腕舟骨骨折.中华骨科杂志，1995，15，333.
3.朱盛修，主编.现代骨科手术学.第1版，北京：科学技术出版社，1997.894.

（收稿：2000-01-04）

* 作者单位：157011 黑龙江省牡丹江市解放军209医院手术室
** 林业中心医院

腹部外伤104例诊治体会

茹俊德* 何新友* 蔺常瑞**

我们1988年～1999年共收治腹部外伤104例。治愈97例（93.2%），死亡7例（6.8%）。现报告如下。

一、临床资料

1.一般情况：男72例，女32例，年龄最大81岁，最小4岁，

* 作者单位：833208 新疆奎屯市车排子中心医院
** 新疆伊犁州奎屯医院

维普资讯 http://www.cqvip.com

平均年龄35岁。受伤原因:交通事故伤52例,坠落摔伤21例,踢伤15例,挤压伤10例,刀刺伤5例,牛顶伤1例。伤后就诊时间:30分钟~2小时22例,2小时~6小时70例,6小时以上12例。本组病例合并休克者62例(59.6%)。进行诊断性腹腔穿刺81例,共计112次,有一例进行了4次腹腔穿刺才获阳性结果,腹腔穿刺81例,67例阳性(83.6%),14例阴性。

2.损伤情况:脾破裂35例,肝破裂24例,小肠损伤30例,结肠损伤5例,肾损伤4例,胃破裂伤3例,膀胱破裂5例,单纯肠系膜,大网膜挫裂伤3例,腹膜后血肿7例,共计116例。104例病人中,合并脑损伤5例,胸部外伤8例,骨盆骨折4例,四肢骨折7例,尿道损伤2例,腰椎骨折1例。

3.治疗及结果:104例中有4例进行了2次手术。手术方式:脾切除28例,同时行脾片移植12例,脾修补7例(2例行脾动脉结扎)。肝部分清创性切除2例,肝修补17例,大网膜及明胶海绵填塞3例,纱布填塞2例。小肠破裂修补4例,小肠部分切除吻合16例。结肠损伤修补2例,造瘘2例,一期切除吻合1例。肾损伤肾切除2例,单纯引流2例。胃破裂修补加造瘘3例。膀胱破裂修补造瘘5例。其余病例行剖腹探查、止血、清除积血、腹腔引流术。104例中,治愈97例(93.2%),死亡7例(6.8%),死亡病例中,肝损伤3例,脾损伤2例,小肠损伤2例。

二、讨论

1.诊断:急性腹部外伤病例中休克发生率高,本组达59.6%(62/104)。因此,不容过多腔穿刺即应作出初步判以来已广泛应用于临床[2]。研究已经证实对于血液稀释和失血的患者输入等量的因一部分病人症状和体征表现不明显,故应追踪观察,注意生命体征变化。本组1例右季肋部撞伤1小时来诊,当时血压、脉搏正常,一般情况好,仅右季肋部轻微疼痛,对症治疗后回家,翌日起床时,突然昏倒,急送复诊,病人已休克,腹穿抽出不凝血液,急诊手术证实为肝破裂出血;遇有严重多发性损伤,由于伤情严重复杂,某些腹内脏器损伤征象常被掩盖,昏迷或休克者更易漏诊,尤其要注意胸、脑部位的致命伤存在;左右下腹部反复多次地进行诊断性腹穿是提高腹内脏器损伤诊断率简便而行之有效的重要手段;腹部刀刺伤病员,不能做简单的清创缝合处,要仔细清创检查,如果发现腹膜腔破裂,应高度怀疑有腹内脏器损伤可能;对可疑病例选择性地辅以X线,B超等检查,则更有助于提高腹部外伤的诊断率与准确性。

2.治疗

2.1 手术时机及指征:已确诊或高度怀疑有腹内脏器损伤者应在做好紧急手术前准备的情况下,力争早期手术;对合并有休克者,力争使收缩压恢复到12kpa以上进行手术,但经积极抗休克治疗后休克未能纠正,多提示腹内有进行性大出血或腹内严重感染所致重度感染性休克,应当机立断在抗休克治疗的同时立即手术探查。我们体会若出现:腹部损伤后不明原因低血压经抗休克无好转。②持续性腹部胀痛,腹部有固定压痛或肌紧张,局部症状明显,观察1~2小时以上,未见好又不能排出腹内损伤者。③腹穿或灌洗结果阳性。④X线检查膈下有游离气体或肠麻痹征象,可作为手术指征。

2.2 手术原则:手术要把抢救病人生命放在首位,进腹后按先止血,后修补的原则,手术方法宁简勿繁,处理要有计划,绝对不能见损伤就处理,而耽搁严重或威胁生命创伤的处理,切口要够大,暴露要充分,手术探查要有重点,要按顺序渐进,以避免遗漏。手术的关键是彻底止血,清除病灶,清洗腹腔及充分引流。

(收稿:2000-01-04)

245-246 腹腔镜 胆囊切除术 R657.4 胆囊炎 胆囊(结石)

腹腔镜胆囊切除术138例报告

许 可* 冯来运* 张兴礼* 詹 刚*

腹腔镜胆囊切除术(简称LC)自1991年引进我国后,经过近10年的发展,目前在全国范围内已得到了广泛开展,与开腹胆囊切除术(简称OC)相比较,LC具有创伤小,痛苦少,术后恢复快,住院时间短等优点。现将我院自1999年2月至2000年6月所行138例LC术报告如下。

一、临床资料

1.一般资料:本组138例,男性76例,女性62例,年龄21~78岁,平均年龄48.4岁,胆囊结石116例,胆囊息肉22例,合并急性胆囊炎12例,萎缩性胆囊7例,既往有上腹部手术史3例,有下腹部手术史11例。

2.手术方法:应用美国Stryker公司的全套腹腔镜系统,所有病例均采用气管插管静脉复合麻醉,闭合法建立气腹(腹内压为12~14mmHg),应用腹壁三套管或四套管法完成手术,Calot三角采用电切和钝性分离相结合完成。

3.结果:其中中转开腹四例(胆囊动脉难以控制出血1例,横结构,胃窦、十二指肠与胆囊致密粘连1例,Calot三角"冰冻"样粘连2例),所有病例均全愈出院,无一例并发症发生,平均住院天数为5天。

二、讨 论

LC目前在国内外已成为较成熟和较普及的技术,但仍存在一些并发症的发生,本文将LC常见的并发症及其预防措施以及中转开腹原因讨论如下。

1.穿刺所致并发症

穿刺所致并发症主要有:①腹壁血管损伤,特别在伴有肝

* 作者单位:430010 武汉市161中心医院普外科