维普资讯 http://www.cqvip.com

妊娠中毒症时肝脏负荷徒增引起潜在损害，表现为肝小叶周围灶性出血坏死，小动脉痉挛，毛细血管淤血、扩张、缺氧，脆性增加，纤维素沉积，致肝破裂出血，多呈局限性，也可广泛出血，常先在包膜下形成血肿，多见于右肝[6]，自妊娠4月至足月或产后均可发生，多数发生于妊娠7～8月至足月时，死亡率高。本组2例均足月妊娠，破裂均右肝，均全愈。

自发性肝脏破裂多见于右肝，左肝较少，偶见于尾叶。Devic及B'eriel谓自发性肝破裂系因肝内出血引起破裂，而外伤性肝破裂则因肝实质破裂而出血，前者可因梗塞，周围血管过度增生、血管破裂、寄生虫、肿瘤、感染、机械压迫、损伤及毒素作用使肝实质内出血而破。

（二）诊治

此症男性较多，常见于中年，可因各种生理或病理动作而诱发，如妊娠、分娩、呕吐、体查、搬运、洗衣、汲水、提重、抽搐、拖地板、局部受压、腹压增高、过度肌肉锻炼，癫痫发作、心脏挤压等。

肝破裂后，多数大量出血进入腹腔，少数出血较缓及局限，于肝实质内或包膜下形成血肿并逐渐增大，终致溃破，Wright将其出血过程分为三类：大量出血即刻致死，急性出血引起休克，反复小量出血致病情逐渐或间歇转劣。临床表现常有原发疾患症状及体征先导，并骤发上腹剧痛，出现程度不等腹腔内出血、弥漫性腹膜炎，急性贫血、休克、脉搏增快、血压下降，白红蛋白及红细胞值逐渐降低，腹腔穿刺易获游离血。

及时手术是唯一疗法，主要是控制出血及处理病灶，据不同病因进行治疗，若系晚期恶性肿瘤，病情重危，病灶巨大或多处破裂可施姑息性手术如填塞、压迫、修补、挖除坏死组织、局部切除、肝动脉或门静脉结扎、肝动脉栓塞等，若全身情况好，病灶属可切除者可作肝切除术。继发性肝癌如病灶不大，局限，如原发灶能切除者可一并切除。由良性瘤引起者首选切除。由全身疾患引发者以姑息性手术为宜，并应对各种原发疾患作相应处理。

参 考 文 献

1. Links H. Spontaneous rupture of the liver complicating pregnancy. Brit M J, 1946,(1):275.
2. Ong G B. Spontaneous rupture of hepatocellular carcinoma. Brit J Surg,1965,52(2):123.
3. 应越英. 原发性肝癌107例尸检的病理学上的探讨. 肿瘤研究论文集. 上海：上海科技出版社，1962,318.
4. Schairer A E, Keeley J L. Gangrene of gallbladder with shock from intraperitoneal hemorrhage. Arch Surg,1958,76(6):1000.
5. 周健男，张春吉. 胆道蛔虫并发肝破裂一例. 中华医学杂志，1961,47(5):292.
6. 周日序，程之. 妊娠中毒症并发自发性肝破裂两例报告. 中华妇产科杂志，1958,6(3):229.

（收稿：1998-12-24）

局解部 高

210-211 全髋置换术 切口 手术损伤 21

全髋置换术中三种切口的局解与手术损伤比较

何爱咏*

R687.4

随着医疗技术的提高和人们对生活质量要求的提高，人工全髋关节置换术的应用越来越广泛。在施行人工全髋关节置换术时，不同的切口入路对局部组织的损伤、术中手术操作、术后功能恢复等具有不同的结果。作者总结分析了近6年施行的全髋关节置换术，对上述问题进行分析比较。

一、临床资料

（一）一般资料：病人总数65人，其中男28例，女37例；年龄43～84岁，平均66.5岁；手术时机伤后3周内45例，伤后6月至1年20例；住院时间24～62天，平均31天；出院随访8～52月，平均2.8年。

（二）入路选择：65例中，采用前外侧切口入路施术21例，外侧切口入路施术12例，后外侧切口入路施术32例。

二、结果

采用前外侧切口入路施术平均手术费时3小时50

* 作者单位：41000 长沙市湖南医科大学附二院骨科

维普资讯 http://www.cqvip.com

分，术后屈髋均有不同程度影响；采用外侧切口入路施术手术平均费时3时30分，术后髋关节功能基本无影响；采用后外侧切口入路施术平均手术费时2时50分，术后髋关节外旋均有一定影响。

三、讨论

（一）三种不同切口入路的局部解剖比较：在全髋人工关节置换术中，分别可采用前外侧、外侧和后外侧三种切口入路，三者在显露髋关节过程中所需切开或切断的肌肉、血管不同。前外侧切口在手术中需要切断的肌肉有臀中肌、阔筋膜张肌、髂肌、缝匠肌和股直肌，有时可能切断臀小肌，需要切断的主要血管为旋股外侧动静脉，术中显露的是髋臼上缘，即髋关节的前方、内方和外侧，手术中造成组织损伤较多；外侧切口在手术中需要切断臀中肌，有时需切断部分臀大肌，术中显露的是髋臼外侧缘和关节囊的侧面，手术中造成组织损伤较少；后外侧切口在手术中需要切断梨状肌、上孖肌、下孖肌、闭孔内肌，有时需切断部分或全部臀中肌，术中显露的是髋关节囊的上、后、下方与髋臼后上缘，手术中造成组织损伤较少。

（二）三种不同切口入路对髋关节功能的影响：根据解剖我们得知，臀中肌和臀小肌的功能主要是外展髋关节，协同进行髋关节外旋；而阔筋膜张肌、髂肌、股直肌、缝匠肌的主要功能是屈曲髋关节，是屈髋运动的动力来源；梨状肌、上孖肌、下孖肌、闭孔内肌等的主要功能是外旋髋关节；臀大肌的主要功能是后伸髋关节。由于不同入路对不同的肌肉造成不同的损伤，因此对髋关节的功能也有不同的影响。前外侧切口由于切断臀中肌、阔筋膜张肌、股直肌、缝匠肌与髂肌，术后髋关节的外展与屈曲均会产生一定的影响，本组21例前外侧切口入路施术的病人，术后屈髋功能均有不同程度的影响，较健侧屈髋角度平均小于30度，且屈髋力量减弱，尤在上下楼或坡时表现较明显；外侧切口由于只切断臀中肌，术后屈髋功能完全正常，仅外展稍为受限，因此外侧切口损伤最小，髋关节功能影响也最小；后外侧切口由于切断梨状肌、上下孖肌与闭孔内肌等外旋肌，术后髋关节功能外旋受限，如果同时切断臀中肌，外展亦有少许受限，本组32例后外侧入路施术患者均有髋外旋受限，但外展基本无影响。

（三）三种切口入路对手术操作的影响：前外侧切口入路因其显露的是髋臼上缘，对髋关节前、内、外均可较好暴露，在清理髋臼时显露清楚，较易操作，但对后方髋臼缘骨赘清除较困难，同时行股骨颈切除时角度不易掌握，扩大髓腔时较困难，因其操作时下肢需内收与外旋而导致装入股骨头假体角度要求高，易于造成颈干角扭转；外侧切口因从外侧入路，显露的是髋外侧缘，髋臼内操作因股骨阻挡而增加不少困难，同时扩髓亦较困难，但复位容易；后外切口因显露的是髋臼后上缘，对髋关节上、后、下方关节囊易于清理，特别是当需要清理髋臼后下缘的骨赘时操作容易，显露清楚，扩髓与置入股骨头假体时截骨的角度易于掌握，髋臼杯倾斜角度易于掌握，尤其当行非骨水泥型假体置换拧入髋臼螺钉时方向与角度易于掌握，但在清理髋臼时因股骨上段的挡阻而增加困难。由于上述因素的影响，因此手术操作费时不同，以后外侧切口费时较少，32例平均费时为2时50分，以前外侧切口费时最长，21例平均费时为3时50分左右。

（四）三种切口入路并发症的比较：采用前外侧入路，因易于造成股外侧皮神经的损伤，或牵拉过程中拉伤神经，或因神经解剖异位而误伤神经，可发生股内侧皮神经支配区感觉障碍，本组中有8例发生，大约6周后才恢复；外侧切口入路因易发生臀上神经的损伤而引起臀中肌与阔筋膜张肌的瘫痪，本组中有2例发生，导致外展力量减弱；后外侧切口入路则因牵拉原因，有可能引起坐骨神经的牵拉伤，本组中有3例发生。此外，前外侧切口因牵开组织时对股动静脉刺激较直接，术中易于发生肢体肿胀，有报道发生下肢深静脉血栓形成，但本组无发生。

综上所述，作者体会，在施行人工全髋关节置换术时，以采用后外侧切口入路较佳，此入路操作容易，显露好，并发症与对髋关节功能的影响小，手术损伤小。

（收稿：1998-12-18）