维普资讯 http://www.cqvip.com

并发症，应予摒弃。本术式操作简单，损伤小，恢复快，反应轻，并发症少，最适用于婴幼儿，较易为病家接受。我们体会年龄小、病程短、疝囊小者其疝囊易剥离，出血少，手术简单，而病程长、疝囊大者疝囊粘连，壁厚，难剥离，易出现术后阴囊血肿。因此笔者主张早期手术，1～2 岁为最佳手术时机。如反复出现嵌顿，则应在 1 岁以前及时手术。对于无绞窄的嵌顿疝应争取手法复位还纳，复位后 2～3 天再行手术，以减少急症手术的副损伤。

3. 适应症与禁忌症　本术式适用于 5 岁以内的可复性斜疝。巨大疝、复发症、嵌顿疝、滑动疝应列为禁忌。

4. 注意点　本术式仅在隐蔽的腹横纹做 2cm 小切口，不切开腹外斜肌腱膜。不会损伤髂腹下和髂腹股沟神经。但因暴露不良对术者有一定技术要求，必须熟知小儿斜疝的局部解剖学特点，准确定位，仔细操作，才能避免手术副损伤，达到高位结扎疝囊的目的。

参考文献　略

（收稿：1994—10—24）

结节性甲状腺肿切除术包囊间隙入路术式的应用

西安公路学院医院　郝桥虹　关可芳
陕西省化工学校卫生所　李维
陕西师范大学医院　王甲申
（陕西西安，邮政编码 710064）

[提要]通过对 285 例结节性甲状肿患者手术治疗，证实了“病理外科间隙”的存在。体会到由此间隙内对腺肿一次钳夹切除操作简便，手术时间短，出血少，有利于防止周围血管神经及甲状旁腺等损伤[1]。

[关键词]结节性甲状腺肿；病理外科间隙；手术。

结节性甲状腺肿是一种常见病，在高原及山区尤为多见。迄今对本病的施治都采用手术切除的方法。由于甲状腺血供丰富，与甲状腺相近邻的神经多，常有术后出血及损伤神经者。为避免上述问题，传统的手术程序强调经包囊间隙入路游离。作者遵循这一方法，屡历三番，体会较多，今报告讨论如下。

手术经过及结果

数年来，作者在陕南及西安地区共做结节性甲状腺肿切除术 285 人次，男性 161 例，女性 124 例，最小年龄 22 岁，最大年龄 60 岁，病史 6～40 年不等。

手术在局麻或针麻下进行，气管受压者采用气管内插管麻醉。取斜坡仰卧位（头高 15°）。肩部垫小枕，头后仰，两旁用沙袋固定。在胸骨柄切迹上方 1～2 横指处作近似横行的弧形切口，长约 8～15cm，其长短可根据腺肿大小的程度而变化。依次切开皮肤、皮下组织及颈阔肌后，以腺肿隆起最高点为中心纵行切开颈前筋膜，钝性分离舌骨下肌群，并于甲状软骨下缘与胸骨柄上缘中点横断结扎之。继用小纱布球钝性分离腺肿表面疏松结缔组织，直至呈现白色或兰紫色致密纤维膜，其膜厚薄不一；表面光滑，此即为假囊，将假囊切开，分离其内的蜂窝组织显露真囊，于真、假囊之间，即在“病理外科间隙”内依次轻轻分离腺肿的下极、外侧及上缘，从下极紧贴直囊连同腺肿用一把长弯全齿钳作楔形钳夹（不宜过深），进而在腺肿与血管钳之间切开，然后以同法作侧叶及上极钳夹切除真囊腺肿，至腺肿完全切除后，缝扎残端，并将其内翻间断缝合，对侧腺肿同法处理。最后检查无活动出血，用温生理盐水冲洗切口，放橡皮引流条。逐层缝合舌骨下肌群及筋膜、颈阔肌、皮下组织及皮肤。将切除的肿物肉眼观察发现有不同程度的囊性变，尤以Ⅱ度和Ⅲ度者为明显。其肿物大小不等，小如蚕豆，大如婴儿头颅。其形态不规则，可见一个或数个大小不等的结节，结节周围被

皮肤移植，大块中厚皮片，感染创面，

维普资讯 http://www.cqvip.com

有不甚完整的纤维包膜。剖开其内可见组织含有纤维化和钙化等变性，往往并发囊内出血[2]。

讨　论

一、甲状腺包囊分为真囊和假囊两部分，假囊又称鞘，由气管前筋膜形成，真囊即由腺体结缔组织聚集所成，与腺体紧密相连不能分开。在真、假囊之间有一间隙，其内除含有少量疏松结缔组织外，没有血管神经通过，它是甲状腺游离之所，外科学家称之为“外科间隙”[3]，在病理情况下囊壁变厚有称之为“病理外科间隙”者。

二、能否准确显露“病理外科间隙”是结节性甲状腺肿切除术成败的关键[1]。在结节性甲状腺肿的病例中，甲状腺假囊与其浅面的舌骨下肌群都有不同程度的粘连，同时结节性肿物引起解剖方位的变化，在手术中解剖层次往往难以分清，而“病理外科间隙”是相对恒定的，除非术前多次作过针灸或其他原因引起感染者外，这个间隙始终存在。

三、根据我们的经验，在整个操作过程中准确找到“病理外科间隙”并使之充分显露是至关重要的。具体方法是将舌骨下肌群横断结扎后，钝性分离腺肿表面疏松结缔组织，直至呈现白色或兰紫色的假囊，于假囊隆起最高处将其切开，分离其内的蜂窝组织，直至在腺肿表面出现光滑致密的纤维膜时即找到真囊。分离切除腺肿应在真、假囊之间即“病理外科间隙”内进行，否则将致术中大量出血不止。术中要注意随时控制腺肿出血，并保留腺体侧叶内后份的完整性。万一处理困难，应改变方向进行之。我们按上述方法，本组全部病例术中均准确显露“病理外科间隙”，无一例合并术中及术后大出血，无一例损伤喉返神经和甲状旁腺者。

参考文献

1. 何署生．手术治疗地甲病 267 例，陕西新医药 1979；126.
2. 黄家驷，吴阶平．外科学，北京：人民卫生出版社 1979；1：408—428.
3. 邝公道译．外科手术的错误及其危险（上册），上海：科学技术出版社 1960；172.

（收稿：1994—08—17）

43—44

大块中厚皮片在感染创面的应用

石家庄市焦化厂职工医院外科　张宪军　赵朝琳

（河北石家庄，邮政编码 050031）

R622.1
R630.5

功能部位深度烧伤及急诊外伤性皮肤缺损的治疗，采用早期切、削痂移植大块自体中厚皮的效果已被人们公认。对已失去早期切削痂时机的感染创面，传统的方法采用肉芽创面上移植邮票式皮片封闭创面。此法虽也能封闭创面，但愈后常遗有较严重的疤痕挛缩，尤以关节部位常引起功能障碍，需Ⅱ期整形矫正。我们市三院自 1991 年 10 月至 1993 年 5 月对烧伤及外伤感染创面行大块自体中厚皮片移植 40 例获得较好的功能治疗效果，避免二次整形治疗，缩短了病程，减轻病人痛苦，现报告如下：

临床资料

一、本组病例：40 例，共 62 个部位。男性：31 例。女性：9 例。其中烧伤：9 例。外伤：31 例。年龄最大 62 岁，年龄最小 5 岁。

二、植皮部位：四肢多。上肢：62.85%，下肢：37.18%。

附表．　植皮部位：

部位	手	前臂	肘关节	上臂	足	小腿	膝关节	大腿	躯部	合计
数量	4	18	8	9	6	5	5	4	3	62
%	6.451	29.03	12.9	14.52	9.68	8.064	8.064	6.451	4.84	100