维普资讯 http://www.cqvip.com

近来有人报道，用肾离体工作台手术(Bench Surgery)治疗复杂的或孤肾结石，此法操作过分复杂，手术创伤大，一般鹿角形结石不用此法。



图 1. 巨大鹿角形肾结石



图 2. 巨大鹿角形肾结石

参 考 文 献

1. Gil Vernet, *Extended Pyelithotomy*. Urology 1963; 20:225.
2. 马永清，等. 肾窦内肾盂切开取石术，中华外科杂志 1964;12:1137.
3. 田武汉，等. 复杂性肾结石取石手术方式的选择，临床泌尿外科杂志. 1989;4(2):78.
4. 白喜文，等. 肾下极肾盂盏切开取石术处理复杂性肾结石初步报告，中华泌尿外科杂志 1988;9(5):270.
5. 方玉华，等. 复杂性肾结石的 ESWL 治疗，中华泌尿外科杂志 1991;12(6):439.
6. 黄春人，等. ESWL 治疗泌尿系结石，临床泌尿外科杂志 1991;6:122.

(收稿日期：1995－09－21)

55－56 张私 颈椎前路手术配合体会 R681.53

浙江省上虞市人民医院手术室 张玉英
(浙江上虞，邮政编码 312300)

颈椎间盘突出症，颈椎节段损伤不稳定，局限性椎管狭窄，局限性后纵韧带骨化压迫来自于前方者选择颈椎前路手术可直接切除致压物。又可行椎体间植骨融合稳定颈椎。我院自 92 年以来先后对颈椎病，颈椎损伤不稳定施行颈椎前路手术共达 11 例。现将手术配合谈几点体会。

临床资料：本组 11 例，男性 10 例，女性 1 例，年龄 35～55 岁，脊髓型颈椎病 10 例，陈旧性颈椎脊髓损伤一例，病变部位 C_2～C_8 8 例，C_5～C_7 3 例。术后除一例陈旧性颈椎脊髓损伤外未恢复，其余 10 例术后明显好转，10 例患者最早出现颈 P 酸痛不适，当出现四肢神经症状后就诊。大部分病例表现为四肢麻木，持物无力，胸腹部紧缩感，步态不稳，双脚部似踏在棉絮上。其中 2 例，术前生活不能自理，不能自行起床，据 10 例患者统计，6 例呈典型颈髓手表现即：霍夫曼氏征阳性，手平放 2—4 指不能向中指并拢，术后 24 小时随访霍夫曼氏征消失，术后 3～6 个月随访，上肢麻木基本消失，四肢肌力恢复，少数病例略感下肢麻木。

手术经过：①体征：患者取仰卧位，两肩胛间垫软枕，使颈椎稍向后伸，颈部也要垫一细砂袋以减轻椎体环锯时的震动，避免脊髓不必要的损害。②麻醉选择：颈丛麻醉。③物品准备：常规环锯一套为 7 件，C 臂机、20 号穿刺针，咬骨剪，甲状腺

维普资讯 http://www.cqvip.com

常规器械。洗手护士协助医师铺巾。我们多数病例采取右侧颈前侧横切口，外侧过胸锁乳突肌内缘 1cm，内侧经过颈前中线 1cm，切开皮肤，分离组织，切断颈阔肌在其深面剥离。洗手护士传递拉钩，牵胸锁乳突肌向外、胸骨舌骨肌向内，显露肩胛舌骨肌及甲状腺，切断肩胛舌骨肌并翻开。牵甲状腺向内，显露甲状腺中静脉、下动脉及喉返神经，保护喉返神经，切断并迅速传递 4 号丝线双重结扎甲状腺中静脉，下动脉，递上特制颈深部拉钩牵颈血管鞘向外，内脏鞘向内，显露椎前筋膜并切开剥离用 20 号穿刺针穿入病变椎间盘中央定位。巡回护士调节 C 臂 X 机，投照定位，在萤光屏下再次确定钻孔部位。我们对 11 例患者均采用了环锯钻孔植骨法。钻心刀在椎间隙平行打入病变椎间盘内，然后，根据病人椎体大小选择环锯，套入钻入后，施力下沿顺时针旋转，深达 2cm 左右时减轻施力力度，待钻心同步旋转 90 度后提示已完全钻通，取出之，洗手护士递上微型有角度括匙，轻刮取出残留椎间盘组织及部分上下方骨化前纵韧带。用大于取椎间盘的环锯直径 1cm 环钻取髂骨后，用套芯把圆柱形植骨块锤击出来，植骨块深度为 1.5cm，由巡回护士略向后伸牵引头部下，经修整后的髂骨块骨皮质面向内植入椎体骨槽中，以融合椎体。

体会：前路手术途径简便，视野暴露好，出血少既可解除脊髓前方的致压物，又可行椎体间植入骨融合稳定颈椎。整个手术的配合过程中是我们体会到在嵌入植骨融合时要注意：①骨块的放置，把髂骨取下来的植骨块骨质面向下，避免松质面向下久至导致骨质增生进一步引起脊髓受压。②取自体髂骨分别修态成直径比骨孔或骨槽大 1～2mm，前后径短 5mm 的圆柱骨骨块在头盆牵引下将骨柱嵌入并用嵌压器压平嵌紧，用 4 号线缝合椎前筋膜，固定植入骨块 11 例病者未发现植入骨柱脱出。此外手术室护士对患者的解释工作尤为重要。因为患者对将进行的手术往往产生焦虑、害怕、恐惧心理，甚至会担心麻醉是否有效，手术能否成功等等。实践证明，手术室巡回是最理想也是合适宜予对患者这些顾虑的解释，同时也增加了患者对手术室人员的信任和了解。充分的手术器械及物品准备是手术顺利进行的前提。在接到手术通知单后，洗手护士和巡回护士根据手术所需和每个医生不同特点准备常规器械，还应考虑到术中可能会用到的一些特殊器械。手术体位的安置，是巡回护士的重要内容，也是保证手术顺利进行的关键。术前嘱病人行深呼吸及向左右椎移气管、食道训练，以适应术中牵拉。头部后仰活动，使病人能承受手术体位。严格的无菌操作是减少术中感染的基本措施。洗手护士、巡回护士除自己严格无菌操作外，还应监督确保手术全过程中其他人员无菌操作。

（收稿日期：1995－12－19）

胸廓出口综合征：临床解剖学命名探讨

广州第一军医大学临床解剖学研究所　李义凯　钟世镇

（广东广州，邮政编码 510515）

1956 年 peet 首先提出的胸廓出口综合症（Thoracic outlet Syndrome，Tos），主要描述臂丛神经、锁骨下动脉及少部分的锁骨下静脉在胸廓出口处的颈基底部受到压迫，引起的肩部、上臂及手的麻木感，患肢出现发冷和肌无力等症状。从文献上反映，综合征的命名较混乱，如前斜角肌综合征、肋锁综合征、过度外展综合征、胸小肌综合征、颈肋综合征或第一肋综合征等。以名称所出现的症状基本相似，常难以确定其确切的受压机制，但大多数文献都认为是在胸廓出口处及其附近的神经血管受压而产生的综合症状[1,2]。个别文献认为是在胸廓上口处受压[3]。解剖学教科书描述的胸廓上口是由第 1 胸椎椎体、第 1 对肋骨及胸骨柄上缘围成。胸廓上口是一个解剖学名词，临床上所说的胸廓出口，实际上是胸廓上口。胸廓出口易被误解为胸廓下口，这种解剖学命名上的混乱，势必影响临床诊断的准确性。

根据临床解剖学分析，臂丛和锁骨下血管在颈部和胸廓上口至上臂间，可能出现的压迫点为：肋骨斜角肌裂孔、肋骨锁骨通道和胸小肌管等三处。①肋骨斜角肌裂孔：为前中斜角肌与第 1 肋形成的三角形间隙，也称为斜角肌三角（Scalenetri-