维普资讯 http://www.cqvip.com

部组织分离，有漂浮感，患肢皮肤完好，仅少许擦伤。拍片左股骨干斜行骨折。急诊全麻下将潜行剥脱皮肤全部切除，范围从左腹股沟至左踝部。左股骨干行髓内针内固定，将剥脱皮肤放在无菌板上，用鼓式取皮机去除全部脂肪组织制成全厚皮片置原部位缝合。术后皮片全部成活，9 周骨折临床愈合。术后一年随访，患肢除较对侧略细，皮肤少量瘢痕外，功能完全恢复正常，皮肤弹性良好。

讨　论

一、损伤机制　皮肤撕脱伤多为碾压或牵拉暴力所致，皮肤大部份从深筋膜浅层剥离，皮肤撕脱时由于瞬间的拉力很大，可以造成距离较大的节段性的血管内膜损伤，使供应四肢皮肤的血管直接皮动脉，肌皮动脉受损，皮肤的血液循环遭到了严重破坏，处理不当，可导致皮肤坏死。

二、潜行皮肤撕脱伤的早期诊断　详细讯问病史，对有挫挫、挤压病史，特别是皮肤外表完整合并皮肤擦伤，皮下淤血时，应触诊是否存在皮下积液，皮肤漂浮感，合并骨折时应尽早施行内固定术，既可固定骨折断端，又可确定皮肤损伤范围，但不可以皮肤漂浮感，皮下积液等来判定皮肤损伤范围，因外伤后肢体肿胀，触诊常不易确定皮肤与深部组织分离界限。

三、皮肤损伤处理　目前已认识到早期有效的彻底清创是治疗严重皮肤及软组织撕脱伤的首要前提[1]，对皮肤撕脱面积较大，皮肤完全剥脱，皮肤及皮下组织血供丧失，皮肤受损不重者多选用反取皮法早期治疗[2]，因反取皮法可最大限度地保留损伤皮肤，一般不需游离植皮敷盖创面，移植皮为全厚皮片，可保留皮肤的全部组织结构，包括神经终末小体，术后皮肤感觉良好，皮肤质地较软，有弹性，皮下组织可再生。对撕脱皮肤的处理也同时要考虑损伤皮肤的血运，若撕脱皮肤蒂部较宽，血液供应存在，损伤皮肤创缘有鲜红色血液渗出，既使撕脱皮肤面积较大，也可以原位缝合。

四、骨折处理　对合并骨折的大面积皮肤撕脱伤，应行坚强内固定一期处理骨折，坚强的内固定术后待移植皮成活后患肢即可早期功能锻炼，有利于关节功能的恢复。

参 考 文 献

1、陆裕朴主编. 实用骨科学. 北京：人民军医出版社，第一版，1991，848.

2、王建. "反取皮"法治疗肢体大面积皮肤脱套伤. 中华骨科杂志，1987，2：123.

（收稿：1997－12－25）

17－19

全胃切除术后"0"形空肠环代胃术 11 例报告

孟凡青* 朱瑞昌* 王晓丰* 李　杰*

R656.61

提要　全胃切除术后、消化道重建的方法颇多，目前尚无理想的方法。本文报告我院于 1992 年 3 月至 1997 年 10 月对胃的恶性肿瘤行根治性全胃切除，"0"形空肠环代胃术 11 例，取得了较满意的临床疗效。

关键词　全胃切除　"0"形空肠环　代胃术

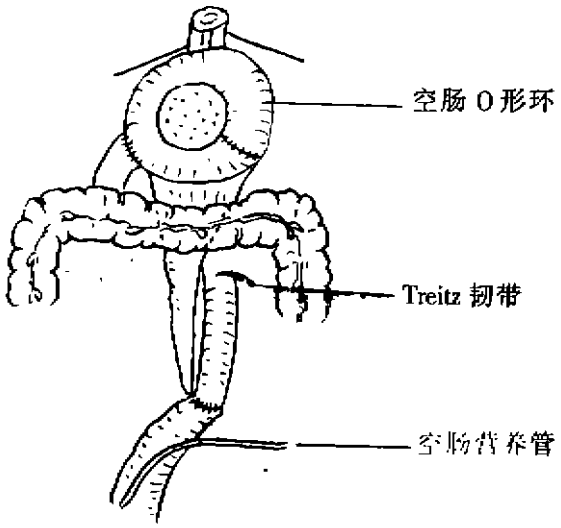
·作者单位：274200　山东省成武县人民医院

维普资讯 http://www.cqvip.com

临床资料

一、一般资料　本组11例，男8例，女3例。年龄31～67岁，平均51.8岁。胃体癌6例，胃窦癌累及胃体2例，胃溃疡胃大部切除后残胃癌1例，胃多发性恶性淋巴瘤2例。全组病例术前均经内镜活检明确诊断，影像学检查均未发现有远处转移灶。

二、手术方法　全麻后胸腹联合切口3例，上腹正中切口8例。按胃癌根治术要求常规游离全胃，切除原吻合口，游离食管下端，分离食管裂孔。游离十二指肠上部，切除全胃。有脏器浸润者需联合切除。本组中胰体尾切除1例，联合脾脏切除4例。在距Treitz韧带10～15cm处选好血管弓横断空肠，取30cm空肠袢经结肠系膜后戳口上提，1/3处与食管行端侧吻合，2/3处与十二指肠端侧吻合，空肠两端端吻合形成"0"环。远段空肠与近段空肠端端吻合，此吻合口下方3～4cm处置直径2mm胶管引出体外。注意缝合裂隙和吻合口处应减张缝合。附图如下：



附图　全胃切除后"0"形空肠环代胃术

结　果

本组无手术死亡，无吻合口瘘，3例有轻度返流性食管炎，经治疗而愈。术后近期内恢复良好。全部病例术后均行钡餐透视检查见，钡剂在"0"环内呈循环状态。钡剂间断进入十二指肠，2例有轻度返流。钡剂在"0"环内停留时间长，1小时后仍有30%的钡剂停留，且空肠均有一定的扩张。

全组病例均随访，最长5年2个月。死亡4例。1年内死亡1例，2年内死亡2例，3年内死亡1例，均死于癌肿转移，12例死于肝转移，2例死于纵膈转移，余7例生活良好，能做家务或参加一般体力劳动。4例术后接受化疗，疗程不一。每天进餐4～6次，进餐量80～200g。体重增加者5例，减轻者3例，无变化者3例。本组无倾倒综合征，血红蛋白在7.5～9g/L。

维普资讯 http://www.cqvip.com

讨　论

一、"0"环的贮存及营养功能　"0"环的长度为 30cm，容量在 1500ml 左右。术后通过代偿扩张可望接近胃的容量。病人术后进食量增加说明了"0"环的贮存功能。利用空肠的生理蠕动及食靡的刺激造成食物在环内循环，延缓了食物进入十二指肠的速度，增加了营养成分的吸收；而且食物经过生理途径有利于食物的消化吸收，均说明了"0"环的营养功能。

二、营养及支持治疗　本组均行空肠营养管造瘘，以解决术后早期的营养支持治疗。除术后静脉高营养外，可经营养管注入营养液。一般术后 24 小时可开始自营养管注入奶液或其它营养品，以提供肠道营养便于体力尽快恢复。

三、预防吻合口瘘　本组未发生吻合口瘘。我们的做法是：用电刀切断或切开肠壁以减少出血并能使粘膜对合好，便于缝合，缝合时避免过密或过稀以及必要的悬挂如"0"环与膈肌固定以减轻吻合口张力；另外，保证"0"环的良好血供，对保证预防吻合口瘘有重要的作用。

四、防治返流性食管炎　本组中钡剂检查有 2 例轻度返流，3 例表现返流性食管炎，经对症处理治愈。我们的做法是：①对于胃下半部肿瘤，术中尽可能保留贲门区，即贲门—胃结合处 2～3cm，使吻合呈喇叭状或成为一个"人工壶腹"，对防止返流有一定的作用。②对于胃上半部肿瘤下方尽可能保留幽门，本身就有防返流作用。

（收稿：1997－12－25）

术后复发性溃疡 21 例临床分析

刘兼善*　邓德芝*

提要　本文分析了我院收治 21 例胃大部切除术后复发性溃疡的病因和治疗，发现术后复发性溃疡的主要原因是残胃泌酸量高和吻合口幽门螺旋菌(Hp)感染。强调施行胃大部切除时，术中注意消除残胃泌酸量高的因素，术后每年进行一次抗 Hp 治疗，长期维持，预防溃疡复发。在治疗上，采用再次手术或强效抑酸剂降低泌酸量和根除 Hp。近几年来，由于一些新的有效抑酸分泌药物的发展，结合 Hp 根除，非手术治疗效果越来越可靠，明显优于再次手术，宜尽可能采用非手术治疗。

关键词　术后复发性溃疡　pH　幽门螺旋菌

近 30 年来，胃大部切除术是我国基层医院治疗溃疡病的主要术式。我院 1980 年 4 月至 1997 年 3 月共收治胃大部切除术后复发性溃疡 21 例，现报告如下。

临床资料

一、一般资料　本组共计 21 例，男 18 例，女 3 例。年龄 21～66 岁，中位年龄 46 岁。体瘦 13 例(占 61.9%)。胃溃疡 7 例，十二指肠溃疡 12 例，复合溃疡 1 例，原发病不清 1 例。胃大部切除术 21 例中，Billroth Ⅰ式 18

* 作者单位：423300　湖南省永兴县人民医院