维普资讯 http://www.cqvip.com

斜疝，腹股沟斜疝，儿童，外科手术，解剖

眼。几乎所有关于 PRK 的报导都证实了手术后角膜曲率变平，屈光度降低，矫正视力有效。根据理论公式——屈光度矫正 =.3 × 切削角膜深度 (mm) / 直径 (mm)²，切削中央角膜后屈光度的改变是非常准确的。术后角膜上皮大多在 3～5 天内覆盖创面，并且不再发生上皮糜烂。角膜上皮下点状混浊有时可以发生，但在矫正屈光度小于 7.00D 者很少或不发生上皮下混浊。6 个月后大多数混浊减轻或消失。在切除角膜较厚时引起的纤维增生也会逐渐变得透明。PRK 对角膜后基质细胞及内皮细胞可以产生暂时性损害：内皮细胞空泡化，线粒体及内质网膨胀，基质细胞内空间充满纤维颗粒样物质。但这些改变，于术后 21 天基本可以恢复正常。就远期效果而言，PRK 列优于其它手术。由于它切除角膜范围小，仅占角膜中央前圆顶 5mm 直径。其切削深度仅为 50um。所以角膜张力不会改变。而放射状角膜切开术是在 500um 厚的角膜上将实质层垂直切开 400～450um。由于角膜疤痕随着时间的延长变软和收缩，使术后效果不稳定。当术眼受到严重外力撞击时（如拳击等），眼球有从放射状疤痕处破裂招致球内容脱出，甚至视功能丧失的危险。

总之，PRK 在治疗近视眼方面，显示出有效、安全、可预测、较稳定、伤口愈合良好等特性。但由于其设备复杂、昂贵。目前在我国只有个别大医院才能施行。不过随着我国经济状况的不断改善，随着人民生活水平的逐步提高，随着科技水平的日益增长，此手术有可能在不远的将来被广泛应用。

（收稿：1994—11—22）

41-42

经腹横纹小切口行小儿斜疝手术 96 例体会

山东省成武县人民医院 刘 展 冀爱萍 宋聚民

（山东成武，邮政编码 273600）

R726.562.1; R602

我院自 1989 年 1 月至 1994 年 2 月采用经腹横纹小切口行小儿斜疝疝囊高位结扎术 96 例，体会该术式具有切口隐蔽、方法简单、组织损伤小、手术及住院时间均短等优点。

一、临床资料

1. 一般资料：本组男 89 例，女 7 例，年龄 6 个月～5.5 岁，其中 1～3 岁占 62.2%；病程 1 个月～4.5 年，均为择期手术。右侧 74 例，左侧 12 例，双侧 10 例。疝块坠入阴囊 73 例，未坠入阴囊 23 例（包括女性 7 例）。

本组均为住院病人，术后患侧阴囊略肿胀，住院 3～5 天，未出现其他并发症。随访 3 个月～3 年无复发。

2. 手术方法：术者以右手示指定位外环的体表位置，在其稍上方腹横纹横行切开皮肤约 1.5～2cm，分离皮下脂肪，切开浅深筋膜，触及外环处并提起精索，于其内前方切开提睾肌，找寻到疝囊后剪开，回纳疝内容物。如疝囊较小则剥离整个疝囊达内环部（以腹膜外脂肪为标志）；如疝囊较大深入阴囊，则于内环下方 2cm 横断疝囊。横断时需将精索、输精管仔细剥离，妥善保护，慎勿损伤较细的输精管，小出血点电灼或结扎。提起疝囊旋转 1 周，于内环部位贯穿缝扎并结扎疝囊颈部，剪去多余疝囊，向下牵拉睾丸使精索复位。远端疝囊以小碘酊棉球擦拭，促使其术后粘连闭合。小针细线缝合切口皮下及皮肤 1 针，小纱布块宽胶布封盖切口。术后令家长压迫半小时。

二、讨论

1. 局解手术学基础：小儿腹股沟斜疝主要是腹膜鞘状突闭合不全或未闭和腹内压增高所致[1]，一般不存在肌肉缺损，单纯高位结扎即可达根治目的，多不需修补。

婴幼儿腹股沟管很短，约 1～1.5cm，随年增加逐渐延长至 4～5cm。我们在术中发现 3 岁以内者腹股管走向近乎垂直，腹压增加时内外环几乎重叠。因此经腹横纹小切口入路稍向下牵拉完全可以完成高位结扎疝囊的手术操作，且切口隐蔽，容易愈合。

2. 手术时机　小儿斜疝多发生在婴幼儿，一经确诊既可行手术治疗，应不受年龄限制，以免发生嵌顿。但鉴于有自愈可能，一般习惯观察至 6 个月后手术[1]。疝带、疝卡等疗法多无效，且有一定

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