维普资讯 http://www.cqvip.com

中国局解手术学杂志 2001年第10卷第3期
Chin J Regional Anat & Operative Surg, 2001, Vol. 10, No. 3

三迭结、同边结在结扎技术中的对比探讨

谭健安*

手术中结扎止血和缝合组织都要用线打结才能完成其功能。打结必须正确、迅速、牢固可靠、不易松脱。打结的质量关系着术后是否出血和伤口是否裂开。因此，打结是外科结扎技术中非常重要的操作。

手术操作中常用的结之一有三迭结，是在方结的基础上再加上一个单结，构成三迭结。第三个单结和第一个单结的方向相同。三迭结由于较牢固可靠，故用于有张力的缝合、大血管的结扎或羊肠线、合成线的打结。

三迭结牢固可靠，但相对而言费时、略显麻烦。手术中由于操作者的习惯出现了同边结。因其打结时双手不交叉、又由于打完结后结的两根线分别位于两边故名。三迭结是由两两相反的3个单结组合而成；而同边结是由一个单结和另两个相同的单结组合而成，其绕行意图可如下图1表示



三迭结



同边结

图1 三迭结与同边结比较

从上图可以看出，同边结的第二个单结和第三个单结、黑线都处在结的一边、白线也都处在结的另一边，与三迭结的单结组成有所不同。这是因为三迭结的打法与同边结不同造成的。

同边结的打法起始姿势同三迭结。为便于理解，把单手方结打结法的8个示意小图，如图2。

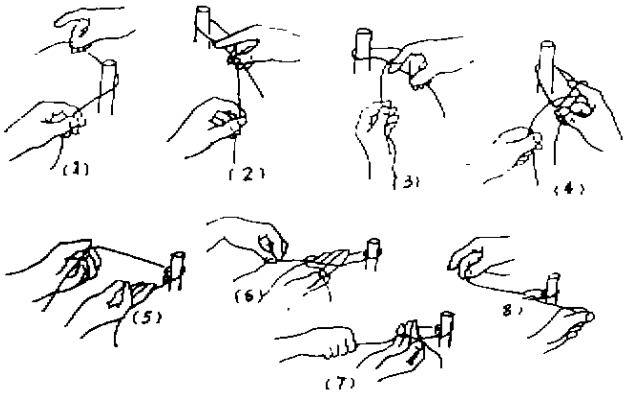


图2 同边结的打法

同边结首先完成(1)～(7)的打结动作；然后、双手在快完第二个单结后不交叉、即不跟着示意图(8)、而是右手持线朝右，左手持线朝左拉紧线头、完成第2个单结、完成第2个单结后又回到示意图(5)的姿势、紧接着又完成(5)(6)(7)的示意图动作、完成第3个单结，同样也是右手朝右、左手朝左扣紧线头，即拉紧单结、完成后面2个单结时双手始终不交叉、即不随着示意图(8)。因此，一个同边结的后2个单结的绕行方式是相同的。

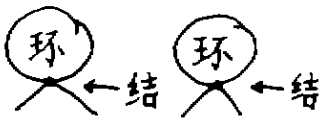
从同边结的打法可以看出、同边结的后2个单结，双手不存在交叉的动作，与同是3个单结的三迭结相比，由于减去了双手交叉的动作；减少了双手交叉移动的较长距离，故节省时间，并且由于第二个单结与第二个单结绕行方式一样，打法上与打方结的两个单结打法不一样相比，显简洁，省去了一些步骤。整个打结时间缩短了、程序也显简单明了。

同边结省时方便，牢固程度是否与三迭结相媲美呢？从实际效果来看、临床上部分手术人员采用此打结法，并没有出现伤口裂开、组织或创口出血过多的情况。打结后观察，即使咽患者咳嗽，同边结也没有出现松散、滑脱的现象；术后追踪观察到患者出院、伤口情况也很平稳，对创口愈合没有影响。

进一步笔者做了可靠的对比实验，用两根同样的丝线做成一个三迭结和一个同边结。结的半方留下一个环，以便拉力实验，形式如图3。所做的两个结大小一样、外形相似，然后手指伸入环中拉紧三迭结和同边结，用同样大小的力量拉扯这两个结所各自围成的环。结果两个环都很牢固，没有松散、滑脱、断裂。所用拉扯环的手指的力量都控制在丝线，所能承受的最大限度内并稍小一点。由此看来、同边结的强度同三迭结相比，是不分上下的。

* 作者单位：410011 湖南省长沙市中南大学湘雅第二医院外科手术学教研室

维普资讯 http://www.cqvip.com



三迭结　　同边结

图3　三迭结与同边结

综上所述，同边结的出现，使手术人员发现了一种比三迭结即传统的结更省时、方便的一种打结方式。手术人员在手术结扎时又多了一种较好的选择，操作者在手术中、练习时出现同边结的打法时，也不能认为是不可取的、不合适的。

（收稿：2001-06-18）

《胃的临床应用解剖学》CAI的制作

潘伯群* 宋 健* 陈锡昌* 戴冀斌*

传统教育过程基本上都是由教师、学生、教育内容三个基本要素构成。但是，随着教育内容的复杂化和信息技术的迅速发展，必须强调教育技术这个要素。现代教育技术的应用是教育现代化的标志之一。当前教育方式正在改变着传统的教育模式，知识化、模块化、智能化和虚拟化新型模式取代了传统的单打一的直线型教学模式。

解剖学是一门重要的基础医学形态学科，它是多媒体技术的直接受益者　在传统的教学过程中需用大量的图片、模型、标本、影像等教学实物，它费时、费力，而运用多媒体技术将以上的教具化，并将诸多的素材有机的串接在一起，制作成CAI并运用到教学过程之中，可起到事半功倍的效果。

《胃的临床应用解剖学》CAI是我们自行开发制作的一套解剖学课件。该课件本着立足解剖学，突出临床应用，拓展知识视野，表现形式活跃的原则进行设计制作。其目的是为了适应现代教育技术的发展，改变教学手段，提高教学质量，同时为临床医生提供医疗中急需的解剖学知识。该课件在内容结构上，将大体解剖学与组织胚胎学相结合、系统解剖学与局部解剖学相结合，基础形态与临床应用相结合，形态与功能相结合。在结构设置上，分设有多级菜单，在大体解剖、微细结构、影像解剖、血液供应、淋巴回流、神经支配等一级菜单下又分设若干个子菜单，系统全面地、多层次地、全方位地阐述了胃的解剖学知识和临床应用。在表现形式上，充分利用多媒体的功能和特性，有机地将文字、图像（片）、音频、视频等信息融为一体，发挥多媒体的交互功能。

《胃的临床应用解剖学》CAI完成后，在我校部分《系统解剖学》和《局部解剖学》中使用受到了教师和学生的好评，普遍认为该课件设计合理、内容科学、生动形象，突出了教学中的要点和难点，临床知识的引入加强了解剖学知识的理解和记忆。

（收稿：2001-06-18）

* 作者单位：430071　武汉市武汉大学医学院人体解剖学教研室

·个案与短篇·

脾脏海绵状血管瘤手术一例

郑裕隆*

一、临床资料：患者女性，34岁，因左上腹包块一年伴头晕、恶心、乏力一月入院。体检：T36.8 ℃，p80次/分，BP14/10 kPa　左颈后、双颌下、左腋下、双腹股沟均扪及黄豆大小淋巴结。左胸第二肋间可闻连续性机器样杂音。腹软，左肋缘下5cm可扪及肿大脾脏，质中等，无压痛，表面光滑。实验室检查：Hb10.3g/L，RBC 3.04×10^{12}/L，WBC 3.5×10^{9}/L，N 0.457，L 0.468，M 0.075。淋巴结活检示反应增生。心电图正常。胸片未见异常。腹部CT示脾占位病变伴脾肿大。多普勒超声示先天性动脉导管未闭及主动脉办闭锁不全。术中见脾肿大15 cm×8 cm×6 cm，表面有0.5 cm×0.5 cm～1.5 cm×1.5 cm不等肿块，质硬。作脾切除后康复。病检示脾海绵状血管瘤。

二、讨论

原发性脾脏肿瘤以恶性为常见，良性瘤仅占1/3，据国内1994～1998年统计，在原发性脾脏肿瘤（不包括囊肿）1159例中良性瘤占34.7%，其中血管瘤占55%。组织类型多为海绵状血管瘤，少数（10%）为毛细血管瘤及淋巴血管瘤。肿瘤多由海绵状或囊状扩张血管构成肿瘤样错构瘤。可发生于脾任何部位，呈结节性者可见于脾上极、下极、脾门部，也可呈弥漫性累及整个脾脏，此瘤可并发栓塞、梗死、出血、破裂、坏死、纤维变性、感染、炎症、慢性穿透、脾功能亢进、造血功能障碍、慢性溶血性贫血，极少数可恶变为血管肉瘤。

（收稿：2001-06-14）

* 作者单位：210006　南京市南京医科大学附属南京第一医院