维普资讯 http://www.cqvip.com



到在地,被当时的女工扶起,见裤子被血浸染,即送医务室,诊断为先兆流产。当时已是孕 2 月末,给予保胎药治疗 1 周,具体用药不详。对自己流产前是否感冒及其服药记不清楚。孕 10 月顺产一双上肢残肢畸形男婴。该患者有兄弟 3 人,其兄弟无任何异常。

二,讨论

(1)在第 4 周末,于胚胎外侧壁上先后出现两对隆起,即为上肢芽和下肢芽。上肢芽的位置相当于第 4 到第 8 颈肌节和第 1 胸节所在处,由相应区段体壁中胚层的间充质细胞局部增殖而成。第 5 周上肢芽明显增大,其近端呈圆柱形、远端呈扁平状,称手板(handplate),两者之间有一个环形缩窄。第 5 周末,上肢芽出现第二个缩窄、把肢芽近端部分分成两段,从而可区分出上臂,前臂和手。由此可见,上肢残肢畸形发生于第 4 ~ 5 周末,由肢芽的发育和分化停顿或紊乱所致。(2)四肢畸形的发生与遗传因素有关。基因异常是自然流产最常见的原因,早期流产时,染色体异常者占 50% ~ 60%。(3)在上世纪 60 年代 Mcbride 和 Lenz 通过对欧洲流行一时的新生儿残肢畸形的回顾性调查,证明这种畸形是孕妇早期服用反应停(thalidomide)引起的。直到禁用反应停后,残肢畸形的流行才得到控制;通过实验研究发现,反应停的致畸时间为受精后 21 ~ 40d,主要作用于上肢芽,引起残肢畸形。(4)孕妇所处生活环境中致畸因子也是引起畸形发生的原因之一。

综上所述,患者是遗传、环境、药物三大致畸因素中哪一种致残或几种因素同时作用,现下清楚。我们建议患者进一步作基因检测,明确致畸的原因。为了预防先天畸形的发生,我们利用本校培养的学生 90% 在甘孜藏区 18 个县的各级医院工作的有利条件,对本州 80 多万人口,进行长达 10 年的调查。从调查反馈信息得知,目前无第 2 例类似病例发现。

(收稿日期:2001-11-07)

# 显微外科手术吻合桡动脉及桡侧屈腕肌腱一例报告

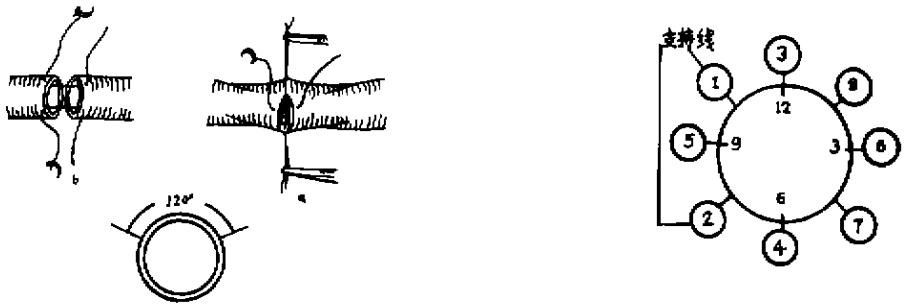
王 剑* 薛 薪* 王奈宁*

一、临床资料

1.病史特点:患者何某某,男性,20 岁,因被玻璃划破右腕部,入院急诊手术。术前约出血 600ml,并有轻度休克症状。

2.手术经过:扎止血带,抗休克,全麻准备完毕后,常规清创,修整皮缘后,探察可见:右腕桡动脉破裂,桡侧屈腕肌腱断裂,其余血管、肌腱、神经未见异常。

(1)桡动脉吻合(直径 1.3mm):充分显露血管断端,用双头止血夹将两断端靠近,细心用 Westcott 剪刀修剪断端,并在珠宝镊的协助下清除两边血管外膜至断端 1cm 处;助手用盛有肝素盐水的钝头泪道冲洗器冲洗断端血管内的血栓及杂质;在将黄色塑料片垫于血管下作为背景后,小心把珠宝镊插入血管内轻柔张开缓解血管痉挛,为缝合做准备。用 9 个 0 的一次性缝线按不等距二定点吻合法(此方法是 Cobbett1967 年创用)缝合前壁(见附图),使后壁下垂,避免缝合到后壁,后按终点法在对等的位置用对等的张力轻柔缝合,但不能太紧(见附图),前壁缝合完毕后,反转血管缝合共 12 针;通过透明的动脉壁看到一个小缝线圈,表明动脉壁没有绞窄,术中保持术野的清洁和湿润。松开止血带,并放松双头止血夹,可见血顺利通过断端,手指逐渐恢复血色,检查吻合口,修补处无血渗出,动脉吻合完毕。




附图 不等距二定点吻合血管法

作者单位:100071 北京市北京军医学院外科教研室

维普资讯 http://www.cqvip.com



(2)桡侧屈腕肌的缝合:"8"字缝合断离的肌腱,并与肌腱方向垂直加固缝合2针。再次清理四周组织,逐层缝合,皮肤作皮内缝合。术中操作仔细、轻柔,严格无菌操作,手术成功。将患者的右手呈屈腕握拳状固定后,送回病房。手术历时50mun。

3.术后用药:(1)抗凝药:由于是端对端吻合,抗凝药可少用,本病例只在术后应用抗凝药。低分子右旋糖苷500ml,1次/d,静滴6d;复方丹参10ml、5%葡萄糖注射液,1次/d,静滴6d。(2)解痉药:为防止血管痉挛,术后常规应用罂粟碱30mg,肌注1次/d。(3)抗生素:因为此病例为开放性伤,术后抗感染是必要的。我们应用青霉素钠400万U,2次/d,静滴4d。

4.跟踪调查恢复效果:患者术后微感食指和拇指麻木,1d后换药,将固定绷带放松后,症状自行缓解。术后7d拆线时,伤口愈合良好,各手指活动自如,抓持、夹纸等动作应用自如,手功能恢复;屈腕动作到位。术后1月随访,患者已基本恢复劳动力。

二、讨论

1.手术难点:(1)血管要显露清楚:由于显微外科的特殊性,任何杂物都可防碍手术视野,彻底清创、去除血块和术中的肝素盐水不断冲洗是作好手术的前提。(2)血管吻合应在正常部位:在创面彻底清创的基础上,缝合血管之前,还必须对血管再进一步清创,防止血管被扭曲吻合;同时为防止术后血栓形成,应彻底清除血管内的絮状悬浮物和附壁血栓等,并尽量不损伤血管内膜。(3)血管两端口径应相似:这是端对端吻合的基本成功条件。本病例两断端距离不远,所以口径相似。(4)缝合时要轻柔:柔嫩的血管及其周围组织很脆弱,稍微用力的牵拉、夹捏都会损伤血管,即使当时不破裂,术后也为血栓的形成埋下祸根。(5)血管的张力要适度:血管实际缺损和修剪后,缺损应超过2cm,否则缝合线孔会扩大,甚至吻合口处内膜撕裂,容易形成血栓。(6)适当的吻合张力和针距:吻合张力过大和针距过密,会引起断端血管坏死,手术失败;吻合张力过小和针距太稀,会形成漏血,即使当时压迫几分钟可以止血,但通过针间隙形成的血栓条可随时间扩大,引起血管狭窄。(7)缝合血管的针序应规范:对等点对等张力是保持血管吻合后呈大体圆形的关键,否则吻合口的血管扭曲或变形会影响血流而形成涡流,最终形成血栓。

2.注意点:此患者除了手术应及时外,抗休克也是不可忽视的;当然,尽管做了周密的设计,术后密切观察血供和神经的恢复也相当重要。

(收稿日期:2001-11-12)

# 肾移植器械护士手术配合

邵 华*

一、临床资料

患者,女性,24岁,劳累、心悸、浮肿、恶心、呕吐三月。查体:贫血貌,颈静脉怒张,肺底罗音,心尖区杂音,高血压和下肢浮肿。辅助检查,见肾功:BUN23.0mmol/L、SCR769umol/L,血常规:Hb59g/L、RBC1.95×1012/L、WBC9.5×109/L。诊断为慢性肾功能衰竭,终末期尿毒症。

二、手术备物

1#、4#、7#幕丝线,5-0无损伤缝线(Vascafill),5-0可吸收缝线(薇荞)。11#、15#、20#刀片,高频电刀。前列腺器械、肾移植特殊器械。3.0或3.5硅胶支架管1根(100cm),粗菌形管2根(F22-24)。热盐水(40℃左右),肝素1支,无菌冰屑1盒,肾袋1个,20#、10#空针,输液器。

三、手术程序

1.常规消毒铺单,切口位于右下腹弧形切口,上端起自髂嵴内上方3cm,斜向右下腹,下达耻骨联合上缘3cm。同时准备无菌冰屑。切开皮肤、皮下组织、用电刀止血。切开腹外斜肌、腹内斜肌,递4#钳线结扎腹壁下动、静脉,及纤维结缔组织。

2.递游离钳游离髂内动脉,直角钳阻断近心端,远端用7#钳线结扎,近端血管腔内用肝素盐水冲洗。游离钳游离髂外静脉,同时准备好放入肾袋的供肾、肝素盐水。递上侧壁钳、侧壁剪,剪侧孔后 肝素盐水冲洗。

3.备皮头钳牵引5-0Vascafill血管缝合线,递供肾,进行静脉、动脉吻合。吻合的同时往肾袋内加冰屑降温保护供肾。吻合完毕,递直角阻断钳或哈巴狗钳阻断肾蒂,检查吻合口是否漏血。备热盐水,开放血流热盐水复温。

4.准备硅胶架管1根及5-0薇荞线,扁桃剪修输尿管,向输局管内放置支架管。递输液器于台下,接静脉盐水进行膀胱灌注300~400ml。5-0可吸收线进行膀胱输尿管吻合,备粗菌形管做引流。

5.放置引流管,关闭切口。

(收稿日期:2001-09-10)

* 作者单位:400038 重庆市第三军医大学西南医院手术室