维普资讯 http://www.cqvip.com

移位锁骨骨折手术复位54例报告

文坤树*

我科从1992年3月～1999年8月对移位的锁骨骨折54例采用开放复位内固定，取得了满意疗效，现报告如下。

一、临床资料

1.一般资料：本组54例，男，36例。女，18例。年龄10～62岁。平均年龄32岁，新鲜骨折40例，陈旧骨折8例，致伤原因：车祸伤43例，打击伤6例，坠伤5例。骨折部位，左侧29例，右侧25例。骨折类型，斜形骨折28例，横形骨折20例，粉碎骨折6例。受伤至入院时间，最短2 h，最长70 d，住院天数7～40 d。

2.治疗方法：54例移位骨折，克氏针髓内穿针34例，克氏针加钢丝固定15例，单纯钢丝固定3例，普通接骨板2例，术后均采用三角巾悬吊制动4周左右。

二、结果

本组病例均分别随访最短半年，最长2年，切口均甲级愈合，克氏针外滑3例，克氏针脱出伴皮肤感染2例。参照《中华骨科杂志》1994年，第三期标准：优，骨折达解剖对位，骨折端稳定，骨愈合时间2～3个月，骨折局部周围关节无痛，上肢有力，肩关节活动正常。良：复位达解剖位置80%，骨折端稳定，骨愈合时间2～3个月，骨折局部和周围关节基本无痛，患肢比较有力，肩关节活动正常。尚可：复位达解剖位置50%左右，骨愈合时间3～4个月，提重物或活动剧烈时周围关节有酸痛，肩关节活动受限。差，内固定不牢靠，骨折端不稳定，骨折移位，再次手术。本组优38例，良11例，尚可3例，差1例，优良率87%。

三、讨论

1.锁骨骨折复位容易，固定困难。我院曾采用横"8"字绷带，石膏"8"字、双圈外固定等，未使骨折很好地维持复位，患者需再次接受或多次接受手术复位，甚至出现畸形愈合，长期外固定，影响了肩关节功能，手术治疗既可达到解剖复位，又能可靠维持复位，术后仅给予三角巾悬吊。

2.锁骨骨折，手术切口小，位置浅，显露好，操作简单，创伤轻微，许多病人，尤其是车祸伤，在患者要求解剖复位的条件下，愿接受手术治疗，致使骨折手术指征放宽。

3.良好复位和可靠内固定。为患者提供了早期功能锻炼的基础，能有效的促进骨折愈合。

4.锁骨骨折以克氏针固定为主，一般选用2.0 mm的克氏针固定，拔针亦较容易。钢板固定需广泛剥离骨膜，延长了骨愈合时间，还需再次手术取钢板，往往不常采用。本组病例无克氏针断裂。综上所述，为了减少锁骨骨折外固定给患者造成的并发症及痛苦，建议以手术内固定为妥。

* 作者单位：405200 重庆市梁平县医院外科

（收稿：2001-06-25）

阑尾少见病四例报告

郑裕隆*

病例1，女，18岁。因阵发性腹痛42h入院，自上腹转移至右下腹，伴恶性、压食、发热。近3个月时腹泻，日3～4次，水样便无脓血。停经3月余。体检：T39.6℃。腹消隆起，右下腹明显肌紧，压痛，反跳痛，宫底脐下可扪及。WBC11.3×10⁹/L，N85%，L13%，M2%。术中见阑尾位于盲肠前，被大网膜包裹，长9 cm，直径1.4 cm，充血水肿，附炎性渗出物，作阑尾切除术并大网膜部分切除，术后康复。病检示阑尾阿米巴病，粘膜坏死，中腔积脓。

阑尾阿米巴病为结肠阿米巴病的一部分，在阿米巴痢疾中有30%侵及阑尾，但临床很少发生阑尾炎征象，仅在慢性期，阑尾可作为唯一顽加固性病灶。临床上阑尾阿米巴病可产生急性或慢性阑尾症状，少数可无症状。急性期除穿孔外多采取抗阿米巴药物治疗，慢性期阑尾阿米巴病以手术摘除为宜，并配合药物治疗。

病例2，男，30岁。因转移性右下腹痛34小时并呕吐入院。体检：T40.1℃，全腹肌紧、压痛，反跳痛，下腹尤著。WBC7.4×10⁹/L，N 80%，L 19%，M 1%。术中见腹内积大量脓性渗透液，阑尾居盲肠后位，根部坏疽、穿孔，部分离断，并自阑尾腔内溢出结石2枚，分别如黄豆及菜豆（0.5 cm×0.4 cm×0.5 cm）大小，呈多面形，表面灰绿，逆行切除阑尾后全愈。病检证实阑尾急性坏疽性炎并穿孔及周围炎，阑尾结石，其中心灰白。

阑尾结石之形成主要因阑尾为一管腔狭小，迂曲盲管。若粪便或异物进入易引起梗阻，使粘膜分泌及引流受阻，粘液中所含磷酸钙为主的无机盐逐渐沉着，层层堆积及干涸于以粪便、寄生虫卵、虫体碎片、纤维碎屑、细菌积聚、异物等为核心的周围而形成结石。结石可使管腔梗阻，压迫、坏死阻碍淋巴及血液循环，更易遭致细菌感染，多数引发急性阑尾炎，约半数以上易穿孔。结石可呈卵圆形、和长形、三角形、多边形、不规则

* 作者单位：210006 南京市南京医科大学附属第一医院普通外科

维普资讯 http://www.cqvip.com

形，少数呈弥漫性或颗粒状钙化，直径自 0.3～2 cm，偶 3～5 cm，多数较小、质硬，不易碎、色灰白居多，70% 为单个，20% 有 2 个，10% 有 3 个或更多，大部位于阑尾远端，少数在近端，中段甚少。

X 线检查可见多数钙化结石呈边缘钙化或分层状钙化阴影，其部位常在右侧髂骨棘为中心的 15cm 范围内，若含钙盐少，肥胖或结石与骨骼重叠时不易发现，腹部平片显影率仅 25%。

病例 3，男，48 岁。右下腹痛 4 个月，近一周转剧，并全腹疼痛 1 日入院。体检：T38.2 ℃，腹胀，全腹肌紧、压痛，反跳痛，WBC 1.04×10^9/L，N 82%，L 18%。术中见腹内积稀黄脓液，右下腹有拳大硬块，与后腹壁、末端回肠及周围组织粘着，阑尾不能分辨，回盲部不能通过小指，将盲肠，升结肠及末端回肠一并切除，回肠横结肠吻合。术后经过良好。病检示阑尾长 11.5 cm，直径 1.1 cm，壁厚 0.4 cm，远端扭曲并穿孔，穿孔处有一鱼骨，长 2.5 cm，底宽 0.4 cm，通入阑尾盲肠间形成炎性包块，并溃破引起腹膜炎，追问病史，病发前曾吃沙鱼，误将一较大鱼骨吞服，梗于咽部，经吞饭团后咽下。

阑尾管腔梗阻是引起阑尾炎炎的重要原因，多因粪石或寄生虫侵入而致，其他不常见异物如钡、小钉、铅弹、塑料、橡胶、棉花、水银、残牙等均可进入，在 Collins 报告 71000 例阑尾炎病检中就占 5.5%，其中鱼骨占 0.11%。此例阑尾较长、远端扭曲，又居盲肠内后侧，较大鱼骨进入后引起损伤、梗阻，感染，穿孔，形成阑尾周围脓肿，终致溃破发生弥漫性腹膜炎。

病例 4，男，35 岁。因骤发持续性右下腹痛伴恶心呕吐，畏寒发热 35 小时入院。既往有肺结核史，近月不规则发热。体检：T 37.5℃，右下腹肌紧、压痛，反跳痛明显。WBC 5.6×10^9/L，N 72%，L 27%，M 1%。术中见腹内有浆液性渗透液 400 ml，阑尾长 7.5 cm，直径 1cm，充血水肿即予切除，肠管及肠系膜广泛水肿及干酪样变，术后康复。病检示阑尾结核及周围炎，肠系膜结核。

阑尾结核系结核杆菌侵击阑尾所致慢性特异性感染，原发性罕见，多继发于肠结核，肠道、腹腔结核，也可源自女性生殖器官结核。据病理特点可为二型：①粟粒型：系粟粒性肺结核或结核性腹膜炎的一部分，罕见；②增殖型：较常见。阑尾有明显的肉芽组织形成及结缔组织增生，每形成结核结节，或有干酪坏死；③溃疡型：阑尾粘膜溃疡脱落形成溃疡。

此症无特异症状及体征，多呈慢性阑尾炎及结核症状征象。手术切除病变阑尾，一般预后良好，但应辅以较长疗程结合多种抗结核药物应用，并加强营养，增强体力。

（收稿：2001-06-14）

电视辅助胸腔内窥镜手术的配合体会

张自力* 张宝凤*

近年来，随着高度发展的影像技术和微型窥镜手术器械与外科技术结合形成的电视辅助胸腔内窥镜手术（简称 VATS）日臻完善，使以往认为不可能解决的胸内问题变成了可能。VATS 以创伤小、痛苦轻，并发症少，住院时间短等优点而倍受青睐。我院于 2001 年 1 月引进此项设备，并开展实施了 20 例手术，其中肺大疱摘除术 8 例，食管切除术 3 例，肺表面机化纤维板剥离术 6 例，胸膜固定术 2 例，胸膜活检术 1 例。均取得满意效果。现就其手术配合谈一下体会。

一、术前准备

1. 手术适应范围：胸膜活检、肺活检、自发性气胸、肺大疱、脓胸肺表面机化纤维板形成、早期体积不大的胸膜肿瘤、纵隔原发性肿瘤的检查诊断和手术治疗、食管癌的分期确定、均可行 VATS。另外，脓胸引流不畅、甚至伴有发热者，也可尽早经 VATS 清除纤维隔膜、凝块和碎屑。同理，创伤后机化血胸亦宜经 VATS 尽早清创。

2. 病人的准备：术前一日要视访病人。通过视访可调节病人心态、提高其对手术和麻醉的耐受性。此类手术和疾病本身常使病人生理和心理处于应激状态，各种心理干扰接踵而至，突出表现为紧张、恐惧和焦虑。由于病人自身疾病和应激负荷的不同，有的病人既使术前给予镇静剂，效果亦欠佳。因此需术前给予心理疏导，解答病人的提问，介绍手术和麻醉的有关知识，消除其紧张、恐惧和疑虑心情，使其获得安全感和相对稳定的心态，赢得病人的积极合作。

3. 手术间的准备：术前 1 d 以 1% 的消佳净擦拭物品表面和地面，紫外线早晚各照射 1 h，室内温度应保持在 22～24 ℃，湿度在 40%～60%。检查备好各种仪器设备、电源、中心吸引装置及电凝器等。

4. 手术器械及物品的准备：腔内手术器械结构均很精致，准备时务必轻拿轻放，以免损坏。且宜采用 2% 的戊二醛原液浸泡灭菌。术中使用时用 0.9% 的生理盐水反复冲洗干净。冷光源导线切忌折弯。各类导线均应放入熏箱甲醛熏蒸 24 h 后方可使用。其它耐高温器械及敷料则应采用高压灭菌处理。另备常规开胸器械，以备临时改行开胸术。

二、手术配合

1. 患者进入手术室前后，工作人员应注意态度和蔼，语言亲切、动作轻柔，以消除其紧张恐惧心理。同时迅速建立二条静脉输液通道。配合麻醉医师实施双腔气管插管、静脉复合全麻。

* 作者单位：450041 郑州市长城铝业总公司医院