维普资讯 http://www.cqvip.com

扎线张力长时间过高而损伤这些主要动脉血管，导致血供障碍。2.按照所设计的尽可能将突出颅表面肿物切除的切口，一次性切除肿瘤。3.手术结束时，分别在环状缝扎圈的四个象限区域内非主要血管行走处各拆除1针缝扎线，依靠头皮主要动脉的细小侧枝循环营养术区组织，创造适宜的血供环境。4.术后每隔24小时在四个象限内非主要血管走行处间断拆除缝扎线1～2针，逐渐递增术区血供，直至72小时后拆除位于头皮枕动脉与耳后动脉走行处的缝扎线。

二、结果：本组2例术中控制出血确切，减少许多止血程序，切除肿瘤完整，无一例失血性休克。术后均未发生术区渗血肿用，发口愈合顺利。

三、讨论：神经纤维瘤病(Von Recklinghausen)是家族性显性遗传疾病，本病形成的瘤组织起于皮肤的真皮层或皮下层，属良性病变。头发际区生长的神经纤维瘤，可使头皮下组织层毛细血管网异常增生，随着瘤体积的增大而血管网交织越密集，故手术刺激极易广泛性出血。因此，寻求控制术中及术后出血的有效方法一直被认为是有意义的探讨课题。曾有学者在术式改进上提出见解，其止血原理仅局限于将要切破的血管和血窦缝拢切口两侧的皮肤之间，而对发生术后渗血估计不足。本组2例采用交叉缝扎法，弥补了单一缝扎易遗漏血运的缺点，起到可靠的相对截止头皮下枕动脉与耳后动脉及其侧枝循环血流的作用，即达到控制术中大出血，减少输血量，为手术带来安全条件的目的，又可通过术后适宜间断拆除缝扎线的方法，防止术后突发弥漫性渗血，得到了比较确切的止血效果。

(收稿：1998－07－11)

T管过早拔除或脱出五例的处理与教训

李 强*

T管引流是胆总管探查术后最为常用的胆道引流方法，但由于种种原因致使T管过早拔除或脱出，可引起胆瘘等严重并发症。本文综合报道5例T管过早拔除或脱出病人的脱出原因及处理办法如下。

一、临床资料

1.临床病例及处理(见附表)：本组5例病人均为胆总管探查术后患者，男2例，女3例，年龄41～66岁，平均51岁。T管拔除或脱出时间为术后3～9天，平均5.4天。

2.治疗经过及结果：第1例为术后3天误拔，拔除后患者无不适感，原引流口无胆汁流出，由于术者无经验，仅密切观察腹部情况，未做处理，术后14日治愈出院。1例T管拔除后即出现明显腹痛，并有腹膜刺激症状，渐加重，急诊行二次手术，重新置T管，一月后治愈出院。2例患者T管拔除后，即以粗尿管或胃管自原引流口插入，有胆汁流出且引流通畅，2周后按常规经夹管试验及胆道造影，无异常表现后拔管，治愈出院。1例为自行脱出者，从原引流口插管不能引出，又从切口处插入2根粗尿管进入腹腔，引出大量胆汁，由于体质差，机体衰竭，家属不要求二次手术，带管自动出院。

附表 临床病例及处理

病例	诊断	拔除或脱出时间(天)	原因	处理	结果
1	胆总管结石	3	医生误拔	未处理	治愈
2	胆总管结石、胆囊结石	4	患者自行拔除	二次手术	治愈
3	胆总管结石、胆囊炎	9	患者自行拔除	原口置管	治愈
4	胆总管结石	6	患者自行拔除	原口置管	治愈
5	胆总管结石、胆囊破裂	5	T管自行脱出	原口置管+腹腔置管	自动出院

二、讨论

1.T管过早拔除或脱出原因分析：(1)医护人员及陪人的陪护措施不当。由于医护人员术后管理不仔细，未把T管重要性向患者及家属做交待，致使其翻身、起床时将管带出。本组有3例属此情况。(2)T管固定不牢固。在上述3例病例中，有2例T管自腹部截出后，未用丝线与皮肤组织做缝合固定，亦

* 作者单位：716000 陕西西安市宝塔区人民医院外科

维普资讯 http://www.cqvip.com

未用胶布粘贴固定，造成轻易拔出。(3)医源性失误。本组第1例病例即为实习医师无经验而误将T管当做烟卷引流管拔出。(4)患者自身因素。本组第5例患者病情重、机体极度衰竭，术中见胆总管水肿明显，管壁较脆，T管勉强缝合固定。术后又伴低蛋白血症，加之持续咳嗽，致T管自行脱出。

2.经验与教训：在早期(2周以前)，以T管为中心组织窦道尚未完全形成，若胆汁溢出进入腹腔，势必造成严重后果。所以笔者认为要减少此现象发生，首先要抓好预防这一重要环节，加强医护人员的责任心，从医、护、患三方面共同努力，综合防范。其次要提高医务人员自身素质，避免纯医源性失误发生。再次，术中及术后均应采取牢固而妥善的固定措施，防止轻易滑脱。最后，术后对患者的营养与支持也是必不可少的。

如果已经生了拔除或脱出情况，笔者认为首先应采取简单而又有效的措施，即从原引流管口插入粗细适当的尿管或胃管，尽可能深入至胆总管附近。如插入后效果不理想，可在切口处拆1～2针缝线，用手指引导，将管插入腹腔，并严密观察病情变化，且不可抱侥幸心理置之不理。在插管前、后一旦出现剧烈腹痛及腹膜刺激症状并进行性加重时，应马上考虑二次手术(虽然较一次手术时难度为大)。当然对替代的插管和二次手术后T管的拔管时机应慎重掌握。

(收稿：1998－06－12)

204例甲状腺手术体会

王 实*

笔者在1986～1996年间共施甲状腺手术204例，术中在舌骨下肌群的处理、甲状腺下动脉的结扎、切口的缝合及引流上有自己的一些特点，将体会总结如下。

一、临床资料：1.一般资料：204例病人中男50例，女154例，平均年龄37岁。甲亢4例，甲状腺癌6例，结节性甲状腺肿24例，甲状腺腺瘤170例。2.手术方式：甲状腺癌切除并颈淋巴结清扫6例，双侧甲状腺次全切除32例，甲状腺侧叶切除94例，甲状腺腺瘤切除72例。3.麻醉：硬膜外麻醉16例，颈丛麻醉180例，针刺麻醉8例。4.手术情况：切断舌骨下肌群54例，不切断舌骨下肌群的150例。术中先找到喉返神经再远离甲状腺下极结扎甲状腺下动脉者30例，不显露喉返神经靠近甲状腺下极边游离腺体边结扎甲状腺下血管者174例。切口用三角针缝合74例，用小圆针缝合80例、皮内连续缝合50例。切口皮片引流84例，皮管接负压球引流26例，半皮管引流94例，引流物旁缝线暂不打结(接负压球者除外)，引流拔除后打结使皮肤合拢。甲状腺上动脉、中静脉的结扎及腺体切除按常规操作。

二、结果：204例均治愈出院，无呛咳、声嘶等神经损伤症状，牙出血、感染等并发症。除二例皮片引流去除后自引流口少量渗液1～2周外，其它切口均Ⅰ/甲愈合。

三、讨论：1.切断舌骨下肌群是为了暴露好腺体，以利于操作，但舌骨下肌群重新缝合联接以后在皮下形成疤痕硬结影响颈部外形。通过实践我们认为对甲状腺侧叶切除、腺瘤摘除术可以不中断舌骨下肌群，颈深丛麻醉不够满意的可在术中加用局麻使肌肉松驰，用拉钩向两边牵开肌肉同样可以达到良好暴露腺体的目的。在150例不切断舌骨下肌群的病例中处理上下极血管及切除腺体并未感到困难和不便，也节约了手术时间，术后皮肤切口平整，颈部外形自然无隆起，触摸平滑无硬结。2.术中是否显露喉返神经各家看法不一，过去一般理论认为应远离甲状腺下级结扎切断甲状腺下动脉，以免损伤喉返神经。我们没有按此方法结扎切断甲状腺下动脉主干，采取了紧贴甲状腺下极边游离腺体边结扎血管的方法，也不有意识去寻找暴露出喉返神经，174例中无一例神经损伤，我们体会这样做的理由有①喉返神经虽然在甲状腺下极背面走行，但总是在甲状腺包膜外，只要在明视下小心分离，一般不会伤及。②有意去寻找喉返神经反而增加了损伤的机会，误钳误夹及术后粘连挤压都可引起声嘶症状。③远离腺体切断下动脉主干后，切除腺体时仍要游离下极并结扎血管及注意喉返神经，如此徒然增加手术时间，不如一次性边游离下极边处理血管省时省事。3.由于甲状腺手术切口在颈前部位，年青的女性

* 作者单位：221000 江苏省徐州医学院校医院