

近几年国内相继报告双切口全髋关节置换^[4,5],其前切口方向与股颈纵轴平行,笔者取纵切口顺肌间隙进入,直视下进行骨折复位内固定。手术关键在内固定螺钉的前倾角及长度。可经股骨颈前缘插入一枚细克氏针导针使各定位针与该导针平行或骨折端出针位置、走向来调整,击打克氏针至软骨下时声音可变为实音,可通过击打声音的变化及术中测量股骨近端外侧到股骨头中心长度结果来决定螺钉的长度。股骨颈骨折手术的关键:(1)解剖复位;(2)骨折端加压;(3)坚强内固定。骨折的解剖复位是股骨颈骨折治疗的关键因素,直接影响骨折愈合击鼓骨头缺血坏死的发生。双切口经前小切口开放复位直视下可达到骨折解剖复位。对头下型骨折、又难以承担人工全髋关节置换高昂费用患者可同时进行缝匠肌骨瓣植入提高骨折愈合率,是否降低股骨头缺血坏死率上存在争议^[6]。王裕民等^[7]认为内固定治疗与人工全髋置换治疗股骨头骨折远期效果无明显差异,对基层医院来说,内固定治疗股骨颈骨折是行之有效的手段,双小切口方法可有效解决术中无 C 型臂 X 线透视,又不增加对术者的创伤,易于掌握。

参 考 文 献

- [1] 罗任,周东,林崇山. 股方肌骨瓣移植双头加压螺钉固定治疗股骨颈骨折(附 32 例)报告[J]. 广西医学,2005,27(7):1 010-1 011.
- [2] 兰天露. 经皮导向加压螺丝钉内固定治疗股骨颈骨折[J]. 广西医学,2005,27(7):1 082-1 083.
- [3] 郭世斌. 骨科临床解剖学. 济南:山东科学技术出版社,2000:725-732.
- [4] 韩一生,朱庆生,丛锐,等. 双切口微创全髋关节置换的临床报告[J]. 中华创伤骨科杂志,2005,7(8):780-781.
- [5] 金大地. 关于微创人工全髋关节置换术的若干问题[J]. 中华外科杂志,2006,44(8):509-511.
- [6] 张长青,曾炳芳,邵雷,等. 闭合复位加空心钉固定治疗股骨颈骨折回顾性分析[J]. 中华创伤杂志,2003,19(4):238-240.
- [7] 王裕民,张铁良,于建华. 全髋关节置换手术及骨折内固定术治疗老年性股骨颈骨折临床随访结果比较[J]. 中华骨科杂志,2000,20(4):204-206.

(收稿日期:2008-07-14 修回日期:2008-08-10)

无张力疝修补术治疗成人腹股沟疝 68 例

蓝 智

(广西南宁市第四人民医院外科,南宁市 530023)

【关键词】 腹股沟疝;经济实惠型补片;无张力疝修补术;成人

【中图分类号】 R 656.2 【文献标识码】 B 【文章编号】 0253-4304(2008)11-1801-02

我院 2005 年 1 月至 2007 年 12 月采用经济实惠型美国巴德补片制作网塞网片或平塞网片治疗成人腹股沟疝 68 例,取得良好的效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组 68 例患者,男 62 例,女 6 例;年龄 20~79 岁,平均 59 岁,其中 >60 岁 48 例。单侧斜疝 28 例,双侧斜疝 5 例,单侧直疝 5 例,双侧直疝 2 例,复发性疝 28 例。伴发病:前列腺肥大 19 例,慢性支气管炎、肺气肿、高血压、冠心病,肺结核等 28 例,糖尿病 2 例。

1.2 治疗方法

1.2.1 经济实惠型补片的制作:选择美国巴德补片(5 cm × 10 cm 或 7.5 cm × 15 cm 或 10 cm × 15 cm)中的一张或两张根据病人术中疝囊、内环口、腹股沟区的大小设计适合病人实用的网塞网片或平塞网片,网塞由 2~3 个圆平片作成锥形网塞,平塞外侧有圆孔,网片大小 3.5 cm × 7.5 cm,内圆孔设在网片距离前缘 2.5 cm,圆孔大小相对大于精索。

1.2.2 手术方法:采用连续硬膜外麻醉。术式采用制作网塞网片或平塞网片疝环充填式无张力疝修补术,均做疝囊游离。切口及疝囊的显露,精索的游离与传统方法相同。女性患者子宫圆韧带不作游离。找到疝囊后向上游离至疝环,不做高位结扎,再游离精索,一般不切开疝囊,斜疝者将疝囊直接推

入内环口,直疝推入直疝三角。如疝囊过大或寻找困难,可切开疝囊再游离,过大的疝囊可切去远端,近端切开缝闭成为小疝囊,再将成型疝囊推入内环口,将制作的网塞或平塞充填至疝环内,底部与疝环口边缘平齐,外瓣与疝环周围组织缝合固定 4~6 针,平塞侧孔包绕精索并与疝囊推入内环口,并缝合疝环周围组织 2 针;再将另一网片置于精索后方,网片外侧圆孔通过精索,圆孔裂口固定缝合一针,网片与周围组织固定:上方与联合肌腱及腹直肌鞘外缝合固定 2 针,内侧与陷窝韧带及趾骨腱膜缝合 2 针,下方与腹股沟韧带或髂耻束缝合 2 针,最后将精索放回,在精索前方缝合腹外斜肌腱膜,如皮下组织较厚或凝血较差者可放置胶片引流,一般 48 h 内拔除,术后切口常规加压沙袋 6~8 h,术后继续应用抗生素 3 d,糖尿病延长抗生素 2 d 加用降糖治疗,结核病加用抗痨药物治疗。

1.3 结果 手术时间 30~60 min,平均 45 min,术后 6~7 h 进食,6~8 h 下床活动,3~7 d 出院,切口轻微疼痛,不需使用止痛药。术后阴囊水肿 3 例,尿潴留 4 例,均在术后 7 d 内消退,切口均一级愈合,全部病例随访 3~24 个月,无复发病例。

2 讨 论

2.1 疝的概念和诊断 任何脏器或组织离开了原来的部位,通过人体正常的或不正常的薄弱点或缺损、孔隙进入另一部位,即称为疝。目前认为解剖缺陷、腹膜鞘突未闭、自身嵌顿

机制障碍以及组织胶原结构的改变都是腹股沟疝发病的可能原因。另外还与年龄的增长、缺少运动、肥胖、多次妊娠或长期卧床致使体重丢失,健康水平下降,以及腹股沟区的肌肉萎缩等因素有关。腹股沟疝以临床表现为主要诊断依据,腹股沟处出现可坠入阴囊或不可坠入阴囊的肿物,但平卧后可回纳则可诊断腹股沟疝。把腹股沟疝单纯分成直疝、斜疝,股疝的分类法目前还是极为常用的,但是它的局限性是不能根据病变的实际情况选用对应的手术方法。目前提出腹股沟疝的分型是有利于实施疝手术的个体化方案。根据疝环缺损的大小、疝环组织的完整性、腹股沟管后壁的坚实程度,把腹股沟疝分成 I、II、III、IV 型。I 型:疝环缺损最大直径不超过 2.5 cm,疝环周围组织完整性好,腹股沟管后壁坚实。II 型:疝环缺损最大直径超过 2.5 cm,疝环周围组织完整性尚好,腹股沟管后壁尚坚实。III 型:疝环缺损最大直径超过 2.5 cm,疝环周围组织不完整,腹股沟管后壁缺损。IV 型:复发疝、滑疝。

2.2 治疗 每位外科医生都必须认定:成人疝是不可自愈的,手术是唯一的治疗方法。当疝出现嵌顿又不能及时手术,往往可以致命,尤其在具有合并症的老年人更是这样。现代疝手术的要求是:修补手术后疼痛减轻,康复时间短,复发率低,并发症少。预防在已修补的原发疝区域下的腹股沟底部再形成疝。自 1884 年 Bassini 疝修补手术延续至今已为广大外科医生所接受,以后的 McVay、Halsted 修补方法和 Shouldice 手术都为疝的治疗作出了贡献。国际上近 20 年来手术治疗腹股沟疝的方法有了较大的变化,这主要由于传统方法有缝线张力和不同解剖层次上缝合的缺点,传统的疝修补术是将不同的组织强行拉拢,张力大,易复发,术后病人需要卧床 3~5 d,术后痛苦。有资料显示初发性腹股沟疝传统修补术后复发率为 10%~15%^[1],复发疝再手术术后复发率可达 33%^[2]。至上世纪 90 年代以后,由于修补材料的发展和对腹股沟解剖的新认识。现代高分子聚丙烯网丝的应用,使无张力疝修补成为现实。国外有张力的、传统的疝修补已逐渐被无张力疝修补技术所替代。应用人工合成材料无张力疝修补术治疗初发疝复发率为 1%~5%,复发疝再手术后复发率减为 2%^[3-5]。儿童、急症手术不提倡用人工补片技术。术前检查除术前检查常规外,40 岁以上病人要做凝血检查。手术前危险性估价对严重腹水病人先行内科处理;对前列腺肥大的病

人宜行 BUS 检查残余尿量,视病人的具体情况手术后尽早下地行走。利用美国巴德网塞及补片加强腹股沟管后壁以代替传统的张力缝合或低张力缝合术式,是符合生理修补术,减少复发和痛苦,成为疝修补手术的新趋势^[6,7]。其缺点是价格比较昂贵,特别是成品网塞网片价位在 2 000~4 000 元,甚至更贵,很多病人难以承受。本院针对不同的病例选择经济实惠型补片价位在 600~1 000 元,降低费用,病人容易接受,治疗效果一样,值得大力推广应用。

2.3 应用体会 (1)无张力手术中对腹股沟区的组织分离少,损伤小,减少创口出血;(2)网塞、平塞、网片的制作设计适合患者的修补范围,网片的缝合固定结构平展合理,网片内孔直径相对大于精索,锥形网塞的大小修剪与疝环口要相当,对于较大疝囊的剥离最后使用电刀电凝彻底止血,是减少阴囊水肿的关键;(3)术中放补片后如果切口皮下脂肪太厚,切口可放置引流胶片,一般 24~48 h 拔出;(4)术后应用广谱抗生素治疗 3~5 d,切口常规加压沙袋 6~8 h,加强切口更换,阴囊水肿患者用 33% 硫酸镁湿敷,尿潴留患者及时放置尿管 5~7 d,糖尿病患者降糖治疗,结核病患者抗痨治疗。

参 考 文 献

- [1] 肖乾虎,彭兵. 充填式无张力疝修补术在腹外疝应用的几个问题[J]. 中华普通外科杂志, 2001, 16(9): 520-521.
- [2] 唐健雄. 疝修补术后复发的手术治疗[J]. 中国实用外科杂志, 2002, 22(4): 205-207.
- [3] Ginanetta E, Cuneo S, Vitale B, et al. Anterior tension-free repair of recurrent inguinal hernia under local anesthesia: a 7-year experience in a teaching hospital[J]. Ann surg, 2000, 23(1): 132-136.
- [4] 李威, 庄亚强. 无张力疝修补术并发症的防治[J]. 广西医学, 2006, 28(10): 1 647-1 648.
- [5] 谢桂生, 梁驰. 传统腹股沟疝修补术、无张力疝修补术及腹腔镜修补术对比研究[J]. 微创医学, 2006, 1(5): 415-416.
- [6] 吴肇汉. 无张力修补术——疝修补手术的新趋势[J]. 中国实用外科杂志, 2001, 21(2): 65.
- [7] 李文静, 姚红, 赵雄, 等. 无张力疝修补术在临床应用中的探讨[J]. 广西医学, 2007, 29(9): 1 410-1 411.

(收稿日期:2008-07-10 修回日期:2008-08-13)

暖箱取消加水对早产儿生理性体重下降的影响(附 33 例报告)

黄丽娟 唐晓燕 陈燕

(广西壮族自治区人民医院儿科, 南宁市 530021)

【关键词】 暖箱; 湿度; 早产儿; 体重

【中图分类号】 R 473.72 【文献标识码】 B 【文章编号】 0253-4304(2008)11-1802-02

暖箱是为早产低体重儿提供良好温度湿度环境的不可缺少的设备,由于湿度对早产未成熟儿的不显性失水有较大影响,传统方法都通过水槽加水达到提高箱内湿度的目的。而暖箱的高湿环境有利于一些“嗜水菌”的繁殖,增加早产儿感染的危险,近年来已有些医院取消了暖箱加水。我院新生儿科 2006 年开始试行取消暖箱水槽加水,并对早产儿生理性体重下降和恢复进行观察,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选择 2006 年 1 月至 2008 年 1 月新生儿病房日龄 <1 d 的早产儿,孕 <36 周,出生体重 <2 000 g,出生 Apgar 评分 1 min ≥ 7 分,无辅助通气及严重并发症,共 63 例。男 36 例,女 27 例;出生体重 ~1 500 g 27 例,~2 000 g 36 例。随机分为观察组 33 例,对照组 30 例,两组早产儿在胎龄、出生体重、