

缺损仍存在,因腹腔内压力突然增大,疝内容物可从直疝三角突出形成再发疝。(3)腹股沟再发疝大多数是老年人,腹横筋膜薄弱或缺损,直疝三角无完整的筋膜和肌肉覆盖。同时老年人常合并慢性支气管炎、前列腺增生或便秘等,可导致腹内压增高,也是腹股沟再发疝的原因^[4]。

对于疝环充填式无张力修补术后异时性再发腹股沟疝的患者,再次采用疝环充填式无张力修补术仍是可靠的治疗方法之一。网塞固定时一定要将网塞与腹横筋膜固定。且当腹内压增高时,网塞可有效地承顶腹腔压力向四周分散,从而降低腹股沟疝的复发率。将平片放置于精索后方,同时覆盖于腹股沟管内环及直疝三角,通过组织的有效粘合及成纤维细胞的浸润生长作用,来加强腹股管后壁。放置平片时应根据患者体型及腹股沟区的大小而选择足够大的平片,并需要覆盖达耻骨梳和腹直肌鞘1.0~1.5 cm,同时需防止补片短缩和移位^[5]。本组11例腹股沟再发直疝都是由于第1次手术时未能将平片可靠固定,或平片太小不能完全覆盖直疝三角,导致术后腹内压增高时,腹腔内容物从相对薄弱的直疝三角处突出,而形成腹股沟再发直疝。

无张力疝修补术术后并发症主要有出血、感染、慢性疼痛、异物感和缺血性睾丸炎。慢性疼痛多是由于损伤髂腹下神经和髂腹股沟神经^[6],或固定平片时将神经与平片一并缝合。因此,术中应注意保护髂腹下神经和髂腹股沟神经。出血和感染则会造成功能修补的失败。术前预防性使用一次抗生素,预防感染;术中严格无菌操作,彻底止血;术后当天切口沙袋加压,防止血肿形成,可有效预防感染。

[参 考 文 献]

- [1] 唐健雄. 疝修补术[J]. 中国实用外科杂志 2006, 21(2): 66-67.
- [2] 吴肇汉. 无张力疝修补术: 疝修补手术的新趋势[J]. 中国实用外科杂志 2001, 21(2): 65.
- [3] Lichtenstein IL, Shulam AG, Amid PK, et al. The tention-free hernioplasty[J]. Am J Surg, 1989, 157(2): 188-193.
- [4] Rutkow IM, Robbins AW. Mesh plug hernia repair: a follow-up report[J]. Surgery, 1995, 117(5): 579.
- [5] Amid PK. Classification of biomaterials and their related complications in abdominal wall hernia surgery[J]. Hernia, 1997, 1(1): 15-21.
- [6] 胡霜久, 查润生. 疝环充填式无张力疝修补术在老年腹股沟疝中的应用[J]. 蚌埠医学院学报 2008, 33(3): 319-320.

(本文编辑 刘璐)

[文章编号] 1000-2200(2011)07-0752-03

· 临床医学 ·

粗隆部短弧型切口治疗中、重度臀肌挛缩症 46 例

秦慈南, 高大柱, 方 策, 任文涛, 郑 俊

[摘要]目的:总结粗隆部短弧型切口实施松解术治疗中、重度臀肌挛缩症的可行性、方法及优点。方法:对46例双侧发病的中、重度臀肌挛缩症患者施行粗隆部短弧型切口臀肌挛缩带松解术,术中充分显露髂胫束、臀大肌、臀中肌、臀小肌挛缩带及挛缩的后关节囊,同时实施彻底松解。结果:46例均取得随访,时间6~26个月,术后功能恢复情况:优76例,良12例,可4例,差0例,总体优良率95.6%。结论:该术式能充分显露各个挛缩带,松解彻底,同时又具有创伤小、出血少、手术时间短、术后恢复快、疗效优良等优点。

[关键词] 臀肌挛缩症; 弧形切口; 外科手术

[中国图书资料分类法分类号] R 685.1 [文献标识码] A

近年来,随着对臀肌挛缩症认识的深入,相关的诊断、治疗方法已有较多报道^[1-3],在治疗上绝大部分均采用手术松解方法,但早期术式多种多样^[1,4]。随着治疗经验的不断积累,现手术方法均向小切口、微创化方向发展^[5]。1998年3月至2006年10月,我科共收治46例中、重度臀肌挛缩症患者,并予以粗隆部短弧型切口松解术,现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组46例,男26例,女20例;年龄6~22岁。病程0.5~16年。均为双侧发病,共92侧。根据贺西京等^[6]分型标准,其中中度68侧,重度24侧。44例有反复多次的双侧臀部注射史,2例注射史不明确。

1.2 手术方式 所有病例均做两侧手术,一次完成。在持续硬膜外麻醉、腰麻或全麻下,平卧位,双下肢及臀部由助手抬起,同时消毒、铺巾,会阴部遮

[收稿日期] 2010-12-31

[作者单位] 安徽省肿瘤医院 骨科 安徽 合肥 230031

[作者简介] 秦慈南(1972-) 男 主治医师。

盖。手术两侧分次进行,取侧卧位,切口位于大粗隆上,后 2 cm 处呈弧形,根据病变程度长度为 3 ~ 5 cm。切开皮肤、皮下组织后,即可显露挛缩变性的白色臀筋膜和条索样组织,此时暂不松解,用剥离器沿此层组织表面向内、外侧作钝性剥离,直至未发生挛缩的正常软组织。再由助手将髋关节逐渐屈曲、内收、内旋,术者挑起并切断紧张的筋膜层各条索样组织,此时可立即感觉到髋内收功能明显改善,但仍不能达到正常标准。此时需作深层探查,在保持髋关节屈曲、内收、内旋位时,用手触摸臀大、中、小肌中间的挛缩条状束带并逐一切断松解,重型病例还需进一步松解挛缩的梨状肌、上孖肌和关节囊的后外侧^[7]。术中检查肢体 Ober 征及交腿试验,直到髋关节功能受限情况完全解除。充分止血后,切口内留置半管引流,全层缝合切口,临时包扎。再将患者翻身,行另一侧手术,完成后,将双侧切口加压包扎。

1.3 术后恢复及功能锻炼 术后患者双膝下垫枕,交腿平卧(可交替进行),无需束缚等辅助手段。切口处可放置沙袋压迫止血,24 ~ 48 h 后切口换药,拔除引流管,继续加压包扎。术后第 3 天开始指导患者在床上平卧做并膝屈膝、屈髋锻炼,第 5 天鼓励患者下床活动,走“模特步”及作并膝下蹲动作,同时也可行坐位翘“二郎腿”锻炼。术后 2 周切口拆线。

1.4 疗效评价 评价标准:步态、并膝下蹲、交腿试验、对运动和体力劳动的影响。优:以上 4 项均正常;良:步态正常,并膝不能完全下蹲和(或)交腿试验完成较差,对运动和体力劳动基本无影响;可:轻度外八字步态,并膝下蹲受限和(或)交腿试验完成差,对体力运动和体力劳动有一定影响;差:手术无效。

2 结果

手术时间 28 ~ 62 min,出血量 20 ~ 320 ml,住院时间 5 ~ 22 天。本组 46 例均获随访,随访时间 6 ~ 26 个月,其中优 76 例,良 12 例,可 4 例,差 0 例,总体优良率 95.6%。出现一侧切口血肿 1 例,经间断拆线清除血肿,换药、加压包扎,延迟该侧功能锻炼时间,切口一期愈合。无复发病例,无术中医源性副损伤,无切口感染等并发症。

3 讨论

臀肌挛缩症是由于臀肌及其筋膜组织纤维变性挛缩,产生继发性损害,最终导致髋关节畸形、活动

功能障碍的一种疾病。其病变的组织主要是上半部分肌纤维、臀中肌表面髂胫束和阔筋膜张肌的臀筋膜部分。自该疾病被认识以来,在治疗上就存在多种主张,目前对于中、重度臀肌挛缩症采用手术治疗尚能统一认识,认为手术松解是行之有效的治疗方法。但对于手术切口选择、松解范围及程度仍有许多不同的看法。有学者^[1-8]认为手术暴露病变范围应广泛,松解应彻底,往往采取大“S”或“Z”型切口,这种术式不仅创伤大、出血多、恢复慢,而且效果并不十分满意(可能与早期对该疾病的认识还不充分有关),还有过度松解导致髋关节不稳的可能。再者,大范围的广泛松解也可能使周围正常组织发生医源性副损伤的可能性大大增加,如坐骨神经损伤。也有学者^[9-10]主张采用微小切口,甚至关节镜技术作松解术,此法虽然创伤小、出血少、恢复快,但也存在过度追求小切口和微创,导致术中病变组织显露不佳,松解不彻底而出现疗效差的情况,现已少用。

我科采用了折中措施,选取粗隆部 3 ~ 5 cm 的短弧型切口作臀肌挛缩松解术,既避免了使用大型切口带来的损伤大、出血多、恢复慢、过度松解及医源性副损伤可能,又克服了使用微小切口显露不清、松解不彻底致疗效差的情况。粗隆部 3 ~ 5 cm 的短弧型切口,进入后即可显露挛缩组织,沿挛缩的筋膜表面作向两侧的钝性剥离,很容易找到病变范围两侧的边界,牵开皮肤即可充分显露病变组织,以达到彻底松解目的。同时,该切口也可以向深部显露臀中、小肌、梨状肌、上孖肌和关节囊的后外侧,配合用手指触摸肌腹中条索状挛缩带并予松解,可避免损伤正常未挛缩的肌肉组织而致的过度松解。部分重度患者在完全松解肌挛缩组织后,仍不能达到满意疗效,此时需松解已产生继发性挛缩的后关节囊,适当松解后,均可达满意效果。本组 46 例中、重度臀肌挛缩症患者均采用上述术式,术中彻底松解,配合术后护理和早期正确、适度的功能锻炼,随访均达优良效果,无复发及医源性副损伤病例。

[参 考 文 献]

- [1] 平国兴,黄建凯,丘德赞,等. 重型臀肌挛缩症的诊断及手术治疗[J]. 中华骨科杂志, 2003, 23(7): 418-422.
- [2] 陈大勇,烧根云,顾志坚,等. 粗隆部弧形切口施行松解术治疗臀肌挛缩症疗效观察[J]. 实用医学杂志, 2005, 21(22): 2531-2532.
- [3] 袁毅,孙军,蒋家潭,等. 重症臀肌挛缩症的手术治疗[J]. 蚌埠医学院学报, 2006, 31(5): 519-520.
- [4] 丘德赞,尹东,平国兴,等. 臀大肌止点上移松解术治疗重型臀肌挛缩症[J]. 广西医科大学学报, 2008, 25(1): 63-64.

- [5] 佟磊, 胡军祖. 臀肌挛缩症微创治疗的研究进展[J]. 医学综述 2009, 15(22): 3449-3451.
- [6] 贺西京, 李浩鹏, 王栋, 等. 臀肌挛缩症的分级与治疗[J]. 中华骨科杂志 2003, 23(2): 96-99.
- [7] 王栋, 刘增霞, 贺西京, 等. 重度臀肌挛缩症的手术治疗[J]. 中国畸形外科杂志 2009, 17(15): 1189-1190.
- [8] 沈宁江, 符波, 王先安, 等. 臀肌挛缩症的手术治疗及临床疗效[J]. 实用骨科杂志 2006, 12(4): 311-313.

- [9] 崔俊成, 王万春, 吴蓓, 等. 关节镜下射频汽化术治疗臀肌挛缩症[J]. 中南大学学报: 医学版 2008, 33(3): 274-276.
- [10] 田向东, 陈宇明, 林顺福, 等. 关节镜下治疗臀肌挛缩症的应用体会[J]. 实用骨科杂志 2009, 15(10): 754-756.

(本文编辑 姚仁斌)

[文章编号] 1000-2200(2011)07-0754-02

· 临床医学 ·

经皮给药佐治小儿支气管肺炎 50 例疗效观察

高兴梅

[摘要] 目的: 观察经皮给药佐治小儿支气管肺炎的疗效。方法: 将支气管肺炎患儿 100 例随机分为治疗组和对照组各 50 例, 治疗组采用经皮治疗仪及专用贴片、常规抗感染及对症支持等联合治疗; 对照组单纯应用常规方法治疗。观察 2 组在退热、止咳、肺部罗音消失时间方面的差异。结果: 2 组患儿总有效率差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗组治疗后在退热、止咳、肺部干、湿性罗音消失和住院时间均明显短于对照组 ($P < 0.01$)。结论: 经皮给药治疗小儿支气管肺炎具有安全、方便、无痛苦、疗效显著等优点, 值得临床推广。

[关键词] 支气管肺炎; 经皮给药; 小儿

[中国图书资料分类法分类号] R 563.12 [文献标识码] A

小儿支气管肺炎是危害儿童健康的常见病、多发病之一, 对小儿健康危害极大, 世界卫生组织已将小儿支气管肺炎列为全球儿科三种疾病之一, 是婴儿时期的主要死亡原因, 也是发展中国家 5 岁以下儿童死亡的主要原因^[1]。近年来, 为了缩短小儿肺炎病程, 减少并发症, 促进患儿早日康复, 我们在常规治疗的基础上, 采用经皮给药方法治疗小儿支气管肺炎, 取得满意的效果, 现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2007 年 7 月至 2010 年 7 月, 我科符合支气管肺炎诊断标准^[1]的住院及门诊观察患儿 100 例, 均有不同程度的发热、咳嗽、肺部固定的湿性罗音、X 线胸片提示有斑片状致密阴影等表现。凡合并心力衰竭、呼吸衰竭、中毒性脑病、先天性心脏病及局部皮肤破损、出血性疾病等患儿, 均不纳入观察。随机分为治疗组 50 例, 男 24 例, 女 26 例; 年龄 8 个月至 10 岁。对照组 50 例, 男 28 例, 女 22 例; 年龄 6 个月至 13 岁。2 组患儿性别、年龄、病情轻重均具有可比性。

1.2 方法 对照组给予常规抗感染、止咳、化痰、平

喘、雾化等治疗, 重者给予吸氧等; 治疗组在对照组治疗的基础上加用复方贴片(河南三浪医疗新技术有限公司, 规格 80 mm × 80 mm, 主要有柴胡、黄芩、板蓝根、川贝母、双花、杏仁、白芥子等药物制成) 将肩胛下区皮肤清洁, 待干燥后, 将贴片除去防贴层, 贴于左右肺俞穴位或肺部罗音较密集固定的部位, 与经皮治疗仪终端电机相连, 通过脉冲电流经皮给药, 使药物通过皮肤进入体内。根据患儿年龄及环境温度调整各治疗参数, 电流为 ≤ 1 岁 5 mA, ~ 3 岁 6 mA, ~ 6 岁 7 mA, ~ 12 岁 8 mA; 温度 36 ~ 38 °C; 时间 30 min。必须保证电极与贴片之间、贴片与皮肤之间的良好接触。治疗结束后取下电极板, 贴片留置于穴位上, 一般保留 2 ~ 4 h 用清水洗净贴药处皮肤, 进行局部轻柔按摩 2 ~ 3 min, 如皮肤出现过敏, 贴片则不保留或保留 20 min 后丢弃, 每天 1 次, 3 ~ 5 d 为一疗程。

1.3 疗效评定标准 痊愈: 用药后 3 ~ 5 d 体温降至正常, 主要临床症状和体征明显减轻, 7 天内主要临床症状和体征完全消失; 有效: 用药后 3 ~ 5 d 体温明显下降或正常, 主要临床症状和体征减轻, 7 d 内主要临床症状和体征明显减轻; 无效: 用药 3 ~ 5 d 后主要临床症状和体征无好转, 或用药 3 d 后症状加重。

1.4 统计学方法 采用 *t* 检验和秩和检验。

[收稿日期] 2010-09-17

[作者单位] 安徽医科大学附属六安医院 儿科, 安徽 六安 237005

[作者简介] 高兴梅 (1968 -), 女, 主治医师。