

阔筋膜腭咽环扎术 16 例报告

山东省立医院 孙树征 孙永清 袁锡兰 王佩玉

1984年以来,我们采用患者自身阔筋膜条代替丝线进行腭咽环扎术16例,效果较好。

一般资料

男12例,女4例。年龄8~22岁。裂隙程度:软硬腭隐裂2例;单侧不完全性腭裂2例,完全性腭裂6例;双侧不完全性腭裂3例,完全性腭裂3例。阔筋膜条切取最大为20×1厘米,最小为15×0.6厘米。伤口均为一期愈合,经2年随访观察,无1例复裂及筋膜条排出,语言功能均有明显改善。16例均为咽腔较大、软腭过短的腭裂患者。

手术方法

切取阔筋膜条:有条件者可用筋膜条切取器切取,即在大腿外侧近膝端作一约2厘米长横刀口,显露阔筋膜后,横行切开阔筋膜,用筋膜条切取器切取所需长度的筋膜条,然后缝合皮肤创口。此法疤痕较小。无条件时可用普通手术刀切取。缝合创口时,应先将筋膜创缘拉拢缝合,以避免日后引起局部肌张力减退,走路酸痛。缝合皮肤后,局部加压包扎,10天后拆线。

修补裂隙,采用改良兰氏手术:(1)双侧松弛切口后方至磨牙稍后即可,不宜过多地向后延长,以免损伤腭部血管、神经。

(2)不剪断腭腱膜,而只将硬腭后缘作口腔侧及鼻腔侧粘膜的充分游离,以免剪断腭腱膜遗留菱形创面,引起过多的瘢痕收缩,影响软腭后退。(3)不凿断翼钩,以免破坏腭帆张肌的生理功能。(4)手术中,如裂隙不宽,张力不大时,可在剖开裂隙缘两侧粘膜后,先游离好鼻侧粘膜并缝合,然后再作两侧松弛切口及两大瓣游离。这样先缝合鼻侧粘膜,视野清楚,操作方便,并能减少局部出血,缩短手术时间。(5)待腭咽环扎术完成后,再逐层缝合软腭部肌层、腭侧粘膜。缝合时采用圈套式加间断缝合法。

阔筋膜腭咽环扎:(1)在筋膜条的两断

端,先用7号粗丝线各系一根牵引线,备用。(2)用特制剥离器或大弯血管钳,自第一侧(a)侧松弛切口后部,向咽侧壁咽上缩肌环形纤维水平(帕氏脊),在咽上缩肌深面,向咽后壁作潜行钝分离,直至咽后壁正中线,此时在咽后壁正中处作0.5厘米的小切口,使剥离器或大弯血管钳的前端能露出粘膜。然后,用大弯血管钳的尖端夹牢阔筋膜条一端的牵引线,自松弛切口后部沿钝剥离的路线,由正中切口处送出粘膜外。

(3)另一侧(b侧)用同样方法自松弛切口后部,沿咽侧壁钝剥离至咽后壁切口处,用大弯血管钳的尖端夹住a侧送至此处的牵引线退回原路,并牵拉牵引线使阔筋膜条的一端暴露于b侧松弛切口处。此时,阔筋膜条已在环扎组织内形成半个环(图1)。(4)用大弯血管钳尖端夹持另一端阔筋膜条的牵引线,由a侧松弛切口后部,以水平方向穿过软腭前部肌层,直至b侧松弛切口处,并牵拉牵引线,使阔筋膜条的另一端也暴露于b侧松弛切口处。此时,阔筋膜条已在腭咽部形成一个环(图2)。(5)收紧阔筋膜条,咽腔缩小程度以容纳食指末端为度。然后打三个结,并剪除结上多余筋膜条,再将筋膜条两断端缝合固定,以防滑结。(6)分层缝合软腭部肌层及腭侧粘膜,松弛切口内填塞碘仿纱条,以利减张及止血(图3)。

讨论

阔筋膜条腭咽环扎术,是在孙涌泉提出的腭咽环扎术基础上的改进,具有如下特点:(1)阔筋膜条代替丝线进行环扎,更符合生理要求,无排斥反应,手术易成功。

(2)阔筋膜条比丝线粗而宽大,与环扎组织接触面广,更有利于鼻咽腔全面缩小,并且阔筋膜条能与环扎组织长在一起,形成牢固的疤痕环。(3)阔筋膜条具有一定的弹性及韧性,环扎后不影响软腭及咽腔组织的功能,利于腭咽闭合功能的恢复。(4)阔筋膜

条与组织形成的疤痕环，可随人体的生长及鼻咽腔的发育而扩大，而丝线，却不能随之扩大，犹如在生长的树干上环扎钢丝，树干越长越粗，而钢丝越陷越深，不但影响咽部

的正常生长发育，而且有可能随着腭部的不断发育扩大，丝线越向粘膜面移动，最后导致环扎线排出，影响手术效果。因此，原法不宜用于较小患儿。

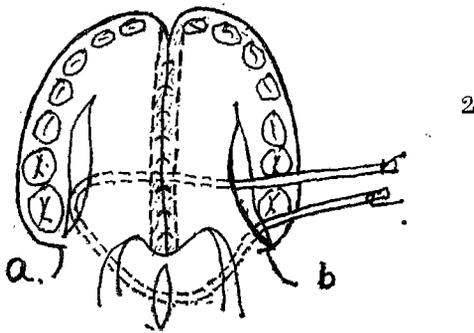
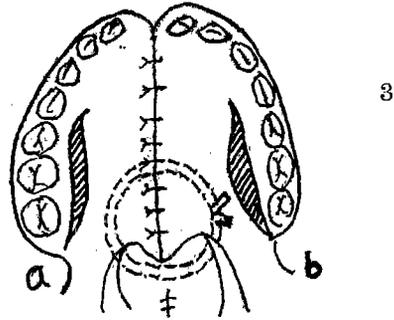
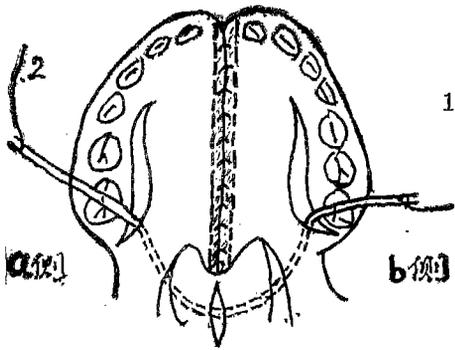


图1 筋膜条形成半个环

图2 筋膜条形成一个环

图3 筋膜条已扎紧

恶性脊膜瘤自发性破裂出血一例报告

青岛医学院附院 赵振久 陈晓光

男，28岁，教师。腰痛20天，双下肢瘫10天入院。20天前不明原因的突然感到腰痛，以后渐加重并向双下肢放射至双足部。10天前双下肢麻木无力，随即不会活动，大小便失禁，麻木从大腿根部逐渐上升至乳头部。既往健康无外伤史。查体，体温38℃，脉搏80次，呼吸20次，血压130/80毫米汞柱，神志清楚。脊柱无畸形及压痛。神经系统检查：自第四肋间以下感觉运动消失，双下肢肌张力减弱，肌力0级，腹壁反射消失，膝反射消失，病理反射未引出。椎管造影：碘剂停留于第二腰椎水平，阻塞端呈杯口状，神经根向左推移。诊断为脊髓外硬膜下占位性病变。

手术所见：切开硬膜时见陈旧性血液及血块外溢，吸净血液后见有灰白色瘤组织，已破裂，即将肿瘤组织刮除。用8号导尿管硬膜下腔冲洗，冲出陈旧性血液及血块，上下均通畅。缝合切口。病理报告：恶性脊膜瘤。

讨论：脊膜瘤是椎管内肿瘤中最常见的类型之一，其发病率仅次于椎管内神经鞘瘤而居第二位。恶变较少，自发破裂罕见，诊断困难。对于突然出现肢体疼痛，随即瘫痪的病人，应即时进行腰椎穿刺，若抽出血性脑脊液，并且奎肯氏试验提示椎管部分或完全梗阻，或椎管造影显示椎管内点状性病变者应尽早手术。