

为宜; 另外, 在修复 III 型损伤时, 对于被拉长后残留未断的腱组织应果断地剪断, 合理处理断端后重新缝合, 以免由于同一条肌腱内腱束不等长, 使拉长侧被旷置, 出现吻合口扭曲、断端接触不良、修复后肌腱的抗张力强度下降, 极易发生再断裂。

前臂区屈肌腱切割伤修复后, 不管损伤的类型如何, 一律采用统一的固定角度和手势是不合理的。背伸型损伤修复后, 行屈腕指位固定时, 肌腱缝合口和创口的距离增大, 对治疗有益; 而屈曲型损伤, 屈腕指位固定时应考虑到肌腱缝合口与创口之间的关系, 应避免将其固定在受伤时腕指的位置, 辅以调整手指的姿势位置来避免肌腱吻合口与筋膜、创口之间的接触。如此, 在采取诸多预防肌腱粘连的方法后^[3], 配合指导早期功能练习, 是防止前臂区出现团块状粘连的根本措施之一。

3.4 被动牵拉法与血凝块征 忽视了术前检查的重要性, 常常是临床的误诊、漏诊的主要原因^[4]。然而, 对于部分 II、III 型损伤, 由于尚有部分肌腱组织相连, 故仍可完成屈曲功能, 而且, 检查主动屈曲次数过多, 极易将残留的少量的腱组织撕豁或拉长, 加重腱组织损伤。为此, 我们术前采用了被动牵拉法来检查这一类损伤, 即将相应的手指腕做有限的被动屈伸活动, 如能引起病人疼痛, 则应高度怀疑此肌

腱或相关肌腱损伤。当然, 任何术前检查都代替不了术中认真、仔细、全面的探查, 术者必须熟悉掌握前臂区局部解剖层次、组织结构关系, 才能在肌腱远近端逐一找出相关的肌腱断端进行修复。探查时还应注意将手腕、指姿势还原, 使其同受伤时一样, 以使断裂的腱组织充分暴露在创口内; 同时, 对于腱区、移行区部分回缩的腱组织, 应按解剖、按组织层次认真寻找, 切忌匆忙和主观臆断。另外, 术中可充分利用哨兵血凝块征, 即仔细寻找呈深红色、血凝块较为集中的部位, 因为此处多是腱组织断裂后回缩, 腱周滑膜组织包裹淤血形成的血凝块痕所致, 即使行反复清创冲洗也不易将其去除, 所以, 根据这一临床征象就会较容易找到损伤后回缩的腱组织, 我们认为这一征象也可同样称作为哨兵血块征 (Sentinel clot Sign), 经临床证实, 该征对术中检查寻找断裂的肌腱有着重要的意义。

参考文献

- [1] 汤锦波, 侍德. 手外科功能评定标准. 手外科杂志, 1990, 6(2): 75.
- [2] 李炳万. 屈肌腱损伤按受伤指位分类法. 中华手外科杂志, 1997, 13(2): 82-83.
- [3] 顾玉东. 手的修复与再造. 上海: 上海医科大学出版社, 1995. 57-58.
- [4] 于日祥, 何吉桥. 开放性手外伤初期外科处理失误. 中华手外科杂志, 1998, 14(4): 248.

(收稿: 2000 06 14 修回: 2000 08 30 编辑: 李为农)

• 病例报告 •

骨盆骨折并迟发性、多发性小肠穿孔一例

全水源
(桂平市石龙中心卫生院, 广西 桂平 537224)

患者, 男, 35 岁, 因被树木压伤腰骶部 2 小时入院。查: T36.60℃, P74 次/分钟, BP110/70mmHg。下腹部稍隆, 腹软, 有压痛, 无反跳痛, 叩诊呈浊音, 肠鸣音减弱。骨盆挤压、分离试验(+), 第 5 腰椎棘突及棘突旁压痛、叩击痛。X 线片见: 左、右耻骨骨折, 第 5 腰椎椎体爆裂骨折。诊断: ①骨盆骨折; ②L₅ 椎体骨折。入院后行止血、止痛、输血、抗感染及对症支持等治疗。第 3 天出现腹部阵发性剧痛, 腹胀, 腹肌紧张, 全腹压痛、反跳痛, 叩诊肝浊音区及肠鸣音均消失。

腹部平片提示肠梗阻, 腹穿抽出肠内容物。立即在硬外麻下行剖腹探查术。术中见: 腹腔内有约 400ml 的肠内容物, 于屈氏韧带下 30~50cm 处空肠肠段见多处穿孔, 回盲部上 20cm 处回肠亦见一穿孔。行空肠穿孔肠段切除端端吻合, 回肠穿孔处行修补术。术后切口 II 期愈合, 住院 27 天出院。

讨论

骨盆骨折常伴有严重并发症, 而且较骨折本身更为严重, 处理不当可危及生命。但合并迟发性小肠穿孔在临床上

较少见。本例肠穿孔损伤机制可能系: 骨盆骨折变形, 腹部受挤压, 腹腔内肠道壁受到挫压伤后充血水肿, 加上腹膜后血肿压迫刺激使其进一步加重, 最终坏死穿孔。故对骨盆骨折伴腹痛、腹胀时应注意有无肠道穿孔的可能, 要密切观察病情, 禁食, 不用止痛剂以免掩盖病情, 疑有空腔脏器破裂或腹胀明显时应进行胃肠道减压。如腹胀、腹痛和腹膜刺激征进行性加重及腹腔穿刺抽出胃肠内容物者, 应中止观察, 及时行手术探查, 避免误诊。

(收稿: 2000 11 03 编辑: 李为农)