

针等辅助固定^[8]。ESIN 内固定也可看作是克氏针内固定的一种改良,目前对此研究很多,有研究认为,ESIN 髓内固定能在髓腔内产生弹性变形,适应锁骨髓腔内的弧度变化,并形成三点支撑结构,符合锁骨生物力学的特点,允许闭合复位,不破坏骨折部位的血运,应力遮挡少,对外观影响小,允许肩关节早期活动,肩关节功能恢复良好^[4,9-10]。与钢板内固定相比,骨不连和再骨折的发生率低。但对于骨质疏松严重或粉碎性骨折者,髓内三点支撑作用的稳定性会下降,仍会导致固定失效。本组资料中,A、B 组 CSS 评分、DASH 评分及效果满意度相当,但 ESIN 髓内固定手术时间、手术出血量和骨折愈合时间均少于 B 组,并发症主要是骨折端缩短、畸形及针尾皮肤刺激,骨折端缩短、畸形均出现在 Robinson II B2 型。故本研究认为,ESIN 内固定是治疗锁骨中 1/3 段移位骨折的一种好方法,但主要适合于 Robinson II B1 型骨折患者。钢板内固定是治疗锁骨中 1/3 段移位骨折的“金标准”。有资料表明,钢板内固定既能对骨折端加压,又能控制旋转,对 Robinson II B2 型粉碎严重的骨折可采用锁定型钢板中立位桥接固定,具有固定效果好、术后可早期活动、功能恢复好、不良反应发生率低等优点^[5,11-12]。但钢板内固定也存在切口大、费用高、操作复杂、对局部血液循环有一定损伤、应力遮挡、术后感染等缺点。在本组资料中,3 组比较,B 组无感染及骨不愈合发生,功能恢复良好,但出现了内固定断裂、内固定拆除后再骨折各 1 例,其原因与内固定钢板选择、患者依从性差及钢板的应力遮挡等因素有关。故本研究认为,钢板内固定均可应用于 Robinson II B1 及 B2 型骨折,但其并发症不容忽视,必须严格掌握其适应证,根据患者的骨折分型、自身意愿选择应用,骨折愈合后,内固定的拆除,除依据影像学判断,还要结合骨折端的骨密度检查,避免再发生骨折。

综上所述,锁骨中 1/3 段移位的骨折,无论应用那种治疗方法都要对患者的年龄、性别、职业和运动要求、自身意愿进行综合考虑,并根据骨折的分型进行选择,尽可能减少并发症发生,以达到最佳疗效。

参考文献

[1] Mishra PK, Gupta A, Gaur SC. Midshaft clavicular fracture: a clinical study. *Indian J Physiother Occup Ther*, 2014, 48(1): 1-5.

ture and titanium elastic intramedullary nail[J]. *J Clin Diagn Res*, 2014, 8(1): 129-132.

[2] 杨阳,王亚薇,马剑雄,等.非手术治疗锁骨中段骨折不愈合的风险因素分析[J].*中国矫形外科杂志*, 2015, 23(22): 2067-2069.

[3] 张向鑫,陈广祥,韦敏祥,等.弹性髓内针治疗锁骨中段移位骨折的疗效评价[J].*中国现代医生*, 2015, 53(12): 58-61.

[4] 韦贵武.重建钢板内固定用于治疗锁骨骨折的临床效果观察[J].*中国伤残医学*, 2014, 22(4): 531.

[5] 杨志勇,程黎明,涂熙,等.锁骨三维有限元模型的建立及生物力学分析[J].*第二军医大学学报*, 2008, 29(11): 1316-1319.

[6] Ledger M, Leeks N, Ackland T, et al. Short malunions of the clavicle: an anatomic and functional study[J]. *J Shoulder Elbow Surg*, 2005, 14(4): 349-354.

[7] Bajuri MY, Maidin S, Rauf A, et al. Functional outcomes of conservatively treated clavicle fractures[J]. *Clinics (Sao Paulo)*, 2011, 66(4): 635-639.

[8] 尹卫东.带螺纹克氏针与 10 号丝线治疗粉碎性锁骨骨折 67 例[J].*实用骨科杂志*, 2013, 19(7): 671-672.

[9] 徐红伟,胡隽宇,贾少华,等.钛弹性髓内钉治疗锁骨干骨折的临床应用[J].*中国骨伤*, 2015, 28(2): 106-111.

[10] van der Meijden OA, Houwert RM, Hulsmans M, et al. Operative treatment of dislocated midshaft clavicular fractures: plate or intramedullary nail fixation? A randomized controlled trial[J]. *J Bone Joint Surg Am*, 2015, 97(8): 613-619.

[11] 唐佩福.锁骨骨折治疗方法的选择与思考[J].*中国骨伤*, 2015, 28(2): 97-100.

[12] 杨淮河,肖波,俞新胜,等.手术与非手术治疗成人锁骨中段移位性骨折的比较[J].*中国骨与关节损伤杂志*, 2015, 30(5): 531-532.

(收稿日期:2017-01-25 修回日期:2017-03-27)

肋软骨在修复唇裂鼻畸形中的临床应用效果

纪郁郁,马木提江·胡塞音,余萍

(新疆维吾尔自治区人民医院整形外科,乌鲁木齐 830001)

摘要:目的 探讨肋软骨在修复唇裂鼻畸形中的临床应用效果。方法 选取 2011 年 1 月至 2016 年 6 月 63 例 16 岁以上的唇裂鼻畸形患者,随机分为研究组(33 例)和对照组(30 例)。研究组取自体肋软骨分别制成不同形态的软骨支架进行唇裂鼻畸形修复治疗,对照组进行常规手术治疗,比较两组临床效果。结果 所有患者随访 3~6 个月,术后效果良好,鼻底宽度的对称性、鼻小柱的高度、鼻尖形态及鼻背形态得到明显改善,但研究组矫正率大于对照组。结论 应用肋软骨修复唇裂鼻畸形术效果明显,值得临床推广应用。

关键词:肋软骨;唇裂;鼻畸形

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.16.054 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2017)16-2469-03

鼻在人体面部处于重要的解剖位置,对面部的立体感起关键作用,而且也对评价面部的美学特征起到举足轻重的作用^[1-3]。唇腭裂常伴有鼻畸形,其是整形外科及口腔颌面外科最常见的一种疾病^[4-7]。为了进一步提高唇裂鼻畸形的临床修复效果,本研究对肋软骨治疗唇裂鼻畸形修复进行探讨,研究其临床效果,为临床上更好地选择唇裂鼻畸形手术方式提供临

床依据,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2011 年 1 月至 2016 年 6 月于本院就诊的 63 例唇腭裂伴有鼻畸形患者作为研究对象,随机分为常规手术(对照组)和肋软骨修复(研究组)。对照组 30 例患者中男 17 例,女 13 例;年龄 16~28 岁,平均(20.5±5.0)岁;右侧唇

裂10例,左侧唇裂12例,双侧唇裂8例。研究组33例患者中男18例,女15例;年龄18~29岁,平均(22.5±5.5)岁;右侧唇裂11例,左侧唇裂13例,双侧唇裂9例。入选患者均在全身麻醉下行I期肋软骨唇裂鼻畸形修复术。术前完善常规检查,排除手术禁忌证。

1.2 诊断标准 (1)上颌突与球状突未能融合或融合不全;(2)唇裂鼻畸形歪斜、鼻翼塌陷、鼻小柱过短或偏斜、鼻孔大小不对称。

1.3 手术方法

1.3.1 对照组 采用鼻小柱基底及两侧鼻缘切口行开放性鼻整形手术。裂隙侧沿鼻前庭内折痕从外上向内下切开。锐性分离大翼软骨内侧脚及膜性鼻中隔后,显露鼻中隔软骨前缘及鼻棘分离后移位至前鼻棘裂隙侧,将鼻中隔前段恢复至中线,然后紧贴大翼软骨、鼻侧软骨表面向上作锐性分离,用骨膜剥离离子贴于鼻骨表面,向鼻背作潜行钝性分离至鼻根,暴露鼻锥;用单面骨凿切断鼻骨,矫正骨性歪鼻。最后将裂隙侧大翼软骨悬吊缝合至非裂隙侧大翼软骨及裂隙侧上外侧软骨,使大翼软骨复位,抬高裂隙侧鼻腔穹窿。将鼻小柱皮瓣复位缝合。

1.3.2 研究组 待全身麻醉生效后,设计鼻部切口位置,常规消毒,铺无菌单,暴露面部全部,方便观察鼻尖再造的位置。男性在右侧锁骨中线与第7、8肋相交处作切口,女性则选择右侧乳房皱褶下与第7、8肋相交处作切口,取出1~2根肋软骨,根据患者鼻部形态,将其切断、雕塑形成鼻背部,鼻尖的侧鼻软骨、大翼软骨、鼻小柱的三角形构成,然后用湿盐水纱布包裹备用。沿切口设计线切开鼻部皮肤及皮下组织,尽量暴露梨状孔的外侧缘并离断与鼻翼软骨之间的纤维组织,从而彻底松解鼻翼外侧,使两侧鼻孔到最大程度对称。将提前准备好的软骨鼻支架放入鼻正中线及鼻背深筋膜下制作的植入腔内,然后用3/0可吸收线缝合固定软骨鼻支架到双侧鼻翼软骨内侧,最后用6/0丝线间断缝合皮肤。

1.4 观察与效果评价指标 测量两组患者术前和术后双侧鼻孔纵径和横径,通过比较评价矫正程度;鼻坎高度、鼻翼基底距面中线距离及鼻尖偏移值,通过比较两组数据差异,评价术后效果。矫正率=(患侧术前-患侧术后)/患侧术前×100%

1.5 统计学处理 采用SPSS17.0软件进行统计分析,计数资料以百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 术后效果判定 术后随访3~6个月,两组患者术后鼻部切口均无感染,切口愈合良好,且均未发生气胸等严重并发症。两组患者鼻底宽度对称性、鼻小柱高度、鼻背形态及鼻尖形态均得到比较明显的改善,患者满意度高。研究组患者术后随访期间未发现肋软骨的吸收及变形情况。

2.2 两组患者术前、术后矫正程度比较 见表1。两组患者纵径、横径及矫正率比较差异均无统计学意义($P>0.05$),但研究组矫正率高于对照组,说明矫正程度较好。

表1 两组患者术前、术后矫正程度比较

组别	健侧(cm)	术前(cm)	术后(cm)	矫正率(%)
研究组				
纵径	1.54	1.91	1.52	20.42
横径	0.77	0.60	0.74	23.33
对照组				
纵径	1.57	1.93	1.58	18.13
横径	0.80	0.59	0.71	20.33

2.3 两组患者畸形修复程度比较 见表2。两组患者鼻坎高度及鼻翼基底距面中线距离比较差异无统计学意义($P>0.05$),但研究组矫正率均高于对照组,说明畸形修复程度较好。

表2 两组患者畸形修复程度比较

组别	健侧(cm)	术前(cm)	术后(cm)	矫正率(%)
研究组				
鼻坎高度	0.20	0.11	0.20	81.82
鼻翼基底距面中线距离	1.83	1.93	1.84	4.66
对照组				
鼻坎高度	0.22	0.12	0.21	75.00
鼻翼基底距面中线距离	1.84	1.96	1.80	4.08

3 讨 论

在口腔颌面及整形外科中,唇腭裂是最常见的先天性畸形之一,该疾病是学术界较为关注的先天性疾病^[8]。据资料显示,唇腭裂的发病率为0.1%~0.2%^[9]。唇腭裂常并发鼻畸形,该疾病常影响面部的多数器官形态及功能。

临床上唇裂患者在3个月至1岁可以行手术治疗矫正且术后效果满意率高,而且手术方式也比较统一,但对于唇裂伴鼻畸形的患者,其手术方式及手术时间一直存在争议。随着时间的推移及临床研究的不断深入,大部分患者更倾向于鼻畸形与唇畸形联合修复,其术后临床效果患者较为满意,同时手术对改善患者的面部外观,恢复鼻唇功能及减轻儿童的心理负担都起到积极作用。有研究发现,联合手术不会影响鼻翼软骨的发育,而且可以减轻二期修复的难度^[10]。到目前为止,所有的手术方式在修复唇裂鼻畸形中都不可能达到一种理想的术后效果。国内很多研究学者认为,对于鼻、唇畸形患者,应采取有计划及有目的的手术治疗方案。石冰等^[11]在研究结果中显示,唇裂鼻畸形患者需在I期行鼻唇联合术,若术后造成继发鼻畸形,待患者青春期发育完善后,再进行二期鼻部修复术。为此,本研究选择了16岁以上的唇鼻畸形患者进行研究。

在鼻整形手术中自体软骨移植受到整形医师的青睐,主要是自体软骨作为鼻畸形的修复材料,有其独特的优点,主要是由于自体组织与周围组织融合较好,固定较为稳定,没有排斥反应及异物感,术后长期效果较理想^[12]。

本研究中采用肋软骨修复唇鼻畸形,在术后3~6个月的随访中,患者鼻底宽度对称性、鼻小柱高度、鼻尖形态、鼻背的形态方面都有较为满意的术后效果,增加了鼻部的立体感。作者认为,肋软骨是鼻部良好的支架材料,可以对鼻尖进行理想塑形,并且有足够的支撑力,且移植的肋软骨没有明显被吸收,结构无弯曲等。曹玮等^[13]研究得出自体肋软骨移植修复单侧唇裂继发鼻畸形具有良好的效果,与本文结果一致,但也有其不利的一面,该术式在患者胸部留有长约5cm的瘢痕。

肋软骨在修复唇裂鼻畸形手术中临床效果比较明显,尤其对于严重的唇腭裂鼻畸形患者临床效果更为明显,但在手术过程中应选择正确的切口,调整恢复两侧鼻孔的对称性。设计调整红唇组织瓣重建唇珠,一并矫正了“口哨样”畸形。在上唇缝合过程中,对于鼻底部的缺损可利用剩余的软骨压榨变软后充填其中。

本研究肋软骨修复唇裂鼻畸形的患者,在修复鼻底宽度的对称性、鼻小柱的高度、鼻背的形态及尖端的形态方面都有理想的术后效果,增加了术后鼻部外形的立体感,该术式值得在临床推广应用。

参考文献

[1] 石冰,李承浩,李精韬,等.中国唇腭裂研究与治疗 30 年回顾[J].中国口腔颌面外科杂志,2016,14(5):385-386.
 [2] 张承俊,韩华,刘素乔.唇腭裂的序列治疗[J].中国民族医药杂志,2009,14(12):37-38.
 [3] 王苗苗,李毅.唇裂鼻畸形的研究现状[J].组织工程与重建外科杂志,2009,5(4):235-237.
 [4] Nakamura N,Okawachi T,Matsumoto KA,et al. Clinical and 3-Dimensional analyses of nasal forms after secondary correction of cleft Lip-Nose deformities using extended spreader cartilage graft with a Cross-Lap joint technique[J]. J Oral Maxillofacial Surg, 2016, 74 (7): 1-21.
 [5] Clark JM. Repair of the unilateral cleft lip nose deformity[J]. Facial Plast Surg, 2013, 19(1):29-40.
 [6] Nakamura N, Sasaguri M, Okawachi TA, et al. Secondary correction of bilateral cleft lip nose deformity-Clinical and three-dimensional observations on pre-and postoperative outcome[J]. J Cranio Maxillofacial Surg, 2011, 39 (5): 305-312.

[7] Agarwal R,Chandra R. Alar web in cleft lip nose deformity:study in adult unilateral clefts[J]. J Craniofacial Surg, 2012,23(5):1349-1354.
 [8] 仇树林,张培培,林桂书,等.鼻翼软骨环状结构重建在先天性鼻畸形矫正术中的应用[J].中国美容医学,2007,16(3):336-338.
 [9] 王虎中,石咏梅,郭家平,等.单侧重度唇裂鼻畸形整复的临床研究[J].临床口腔医学杂志,2005,21(4):220-221.
 [10] Anastassov Y,Chipkov C. Analysis of nasal and labial deformities in cleft lip,alveolus and palate patients by a new rating scale:preliminary report[J]. J Cranio Maxillofacial Surg, 2003,31(5):299-303.
 [11] 石冰,郑谦.开展唇腭裂患者心理干预的必要性和途径[J].华西口腔医学杂志,2010,28(4):345-347.
 [12] 孙江红,赵华.自体鼻中隔软骨在鼻背凹陷填充术中的应用[J].中华医学美容杂志,2003,9(2):78-80.
 [13] 曹玮,张晖,唐鸿波,等.单侧唇裂继发鼻畸形自体肋软骨修复术临床体会[J].中国美容医学,2012,21(2):213-216.

(收稿日期:2017-01-16 修回日期:2017-03-27)

• 临床探讨 •

两种方法输入肠内营养在胸腹腔镜联合食管癌切除术中的应用效果

董秋华

(山东省临沂市莒南县人民医院手术室 276600)

摘要:目的 考察经空肠输入肠内营养与经鼻饲输入肠内营养在胸腹腔镜联合食管癌切除术中的应用效果。方法 选取该院接受胸腹腔镜联合食管癌切除术中治疗的患者 34 例,将其随机分为空肠组和对照组,每组各 17 例。空肠组患者给予经空肠输入肠内营养支持,对照组患者给予常规经鼻饲输入肠内营养支持。比较两组患者插管舒适度、营养情况和一般情况差异。结果 空肠组患者鼻部不适和恶心呕吐发生率明显低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。空肠组患者术后清蛋白和白细胞数目与对照组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。空肠组患者住院时间、肛门排气时间和并发症发生率明显低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论 在胸腹腔镜联合食管癌切除术术后的营养支持中,经空肠输入肠内营养方式具有更好的临床效果。

关键词:食管癌; 胸腹腔镜联合手术; 营养支持; 肠内营养

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.16.055 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2017)16-2471-03

流行病学调查显示,食管癌的发生率在我国乃至全亚洲均呈现逐年上升趋势,改善食管癌的治疗效果和患者的生存质量是食管癌治疗中的重点问题^[1]。随着腔镜技术的不断发展,胸腹腔镜联合手术在食管癌的临床治疗中取得了良好的手术效果,明显延长了患者生存期并降低了不良反应^[2-3]。术后营养支持是食管癌治疗和护理的重要内容,肠内营养支持是国内外公认的主要营养支持方式^[4]。经鼻饲输入是肠内营养支持的常规方法具有医生熟练、技术成熟的优势。经空肠营养管穿刺是一种新型的肠内营养支持技术,已有研究报道称其在多种手术的术后营养支持中具有良好效果^[5]。因此,本研究比较经空肠输入肠内营养与经鼻饲输入肠内营养两种营养支持方式在食管癌术后护理中的应用效果,有助于改善患者生活质量,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院 2015 年 5—12 月收治的接受胸腹腔镜联合食管癌切除术治疗的患者 34 例,将其按照数字表法随机分为空肠组和对照组,每组各 17 例,其中男 26 例,女 8

例,年龄 48~77 岁,平均(58.4±7.1)岁,空肠组平均年龄(57.4±8.2)岁,对照组平均年龄(59.4±6.6)岁。两组患者基线资料具有可比性,差异无统计学意义($P > 0.05$),见表 1。所有患者均经胸部 CT、胃镜检查及病理学活检确诊。

1.2 排除标准 (1)术前接受过放、化疗者;(2)并发肝病、肾病及糖尿病等疾病而影响蛋白类合成者;(3)并发耳、眼、鼻、喉等疾病,或并发精神分裂症不能准确完成营养管舒适度评价者;(4)术前感染者。

1.3 方法 空肠组采用的空肠造瘘管是纽迪西亚制药(无锡)有限公司生产复尔凯(FIcoare)空肠造口包,医生通过手术在远端空肠放置空肠造口管约 60~70 cm,将空肠固定于腹壁内侧,随后将空肠造口管及固定管固定于腹壁外侧。术后第 1 天经空肠造瘘管泵入 0.9%氯化钠注射液 500 mL,若无渗漏及腹膜炎等不良反应发生,则术后第 2 天开始肠内营养支持。采用复尔凯(FIcoare)肠内营养泵(英福特)和复尔凯(FIcoare)一次性使用肠内营养输注器持续匀速泵入,速度为 50~120 mL/h,根据患者耐受程度调整,每次输注营养液后以生理盐水