维普资讯 http://www.cqvip.com

开颅血肿清除术 72 例占 29.51%，开颅血肿清除＋去骨瓣减压术 153 例，占 62.70%，锥颅穿刺尿激酶引流术 8 例，占 3.28%，脑室外引流术 2 例占 0.82%，双侧开颅 6 例，占 2.46%，再次开颅 3 例占 1.23%。

2．结果：本组手术者死亡 59 例，手术死亡率 24.18%，未手术者 66 例，死亡 20 例，死亡率 30.30%。本组死亡共 79 例，其病死率为 25.48%，植物生存 者 3 例，占 0.97%，重残 13 例，占 4.19%，中残 27 例，占 8.71%，良好 188 例，占 60.65%。

三、讨论

重型颅脑外伤因创伤致死的病例中占半数以上[1]，其平均死亡率为 37.7%，故仍须不断总结经验，以期进一步降低病死率。对重型脑外伤病人，自伤后开始直至最后治疗效果，实际上采取了多个重要的救治措施，而在这些环节中抢救时间、方法及水平与后果直接相关[2]，凡符合手术指征的重型脑损伤原则上都应及早开颅充分脑减压，各种原因的延误治疗时期都会明显加大脑损伤死亡率，应力争在严重的脑继发性损伤（甚至波及脑干）产生之前行之有效的减压措施。对 GCS 计分低，CT 显示有明显的脑室受压，中线结构移位，环池封闭者，须急行开颅彻底清除血肿，甚至在急诊室内就须完成初步开颅手术[3]，本组 5 例 CT 发现巨大内血肿，脑疝晚期，病情已至临危阶段，均在急诊室行锥颅穿刺放血或骨窗减压手术，其中 1 例死亡，4 例成活。要综合分析病情，掌握手术指征不可错过手术时机，应视术中情况决定术式，如脑肿胀严重，须同时行减压术，骨窗应够大，减压宜充分[4]，术中如发现脑肿胀、脑膨出，则施以控制性低血压（收缩压控制在 8.0～12.0Kpa，2～4min），同时给予甘露醇和过度通气，必要时双侧、对称均衡减压，效果良好。对早期已有原发性脑损伤，但无手术指征者，应严密观察病情变化，伤后 6h 内的 CT 并不能全部反应脑损伤的血肿及脑水肿的动态变化，可根据病情选择 ICP 监护及 CT 动态观察，并结合临床，一般提倡伤后 6h～72h 内复查 CT，一旦发现有进行性意识障碍，ICP 增高，CT 及神经系统体征改变时，必须采取手术治疗，否则将失去时机，预后不良。本组有迟发性颅内血肿 7 例，有 1 例病情迅速恶化后方行手术，预后不良，其余 6 例均取得较佳疗效。再者，早期气切，是重型脑损伤取得较好疗效的重要保障，气管切开术不仅能解除喉部的呼吸道梗阻，维持呼吸道通畅，而且可使呼吸道死腔从 150ml 减至 50ml，减少呼吸道死腔 60%～70%[5]，能明显改善脑缺氧，提高动脉血氧饱和度，促进脑细胞的氧代谢。本组 23 例出现严重呼吸异常在入院后 30min 内即行气管切开或气管插管，同时配合神经外科及相关治疗，除 3 例死于原发性脑干损伤，2 例死于肺部感染外，均取得较佳疗效，其余病例均根据病情尽早考虑气管切开，无论开颅手术与否。本文认为：凡昏迷程度深，有间脑水平以下脑损伤，估计昏迷时间长者，或昏迷病人存在较严重的颅底骨折，呕吐物误吸，应早期气管切开，迟切不如早切，实行早切原则，在脑损伤处理中，呼吸道问题应视为首要问题。其次，休克所造成的病理影响可加重颅脑损伤的程度，脑损伤伴有低血压病人要特别注意胸腹四肢等处的复合伤，在降低颅内压同时有效地改善循环，唯有抓住颅内高压、呼吸、循环三个关键并施以有效措施，方能达到进一步降低重型脑损伤病死率及提高其生存质量之目的。

参考文献

1．王忠诚．《颅脑损伤诊治》：见易声禹、只达石主编，北京：人民卫生出版社，1996.10.
2.江基尧，朱诚．《现代颅脑损伤学》．上海：第二军医大学出版社，1992.49.
3. 江基尧，朱诚．《现代颅脑损伤学》．上海：第二军医大学出版社．1992.51
4. 刘敬业，只达石，靳永恒，等．急性重型脑损伤 453 例．临床分析，中华神经外科杂志，1995,(3)：141-143.
5. 黄尼权，杨大金，杨朋范，等．重型颅脑伤 432 例临床分析．中华神经外科杂志，1998,(1):46-48.

（收稿：2001-05-30）

胃肠道平滑肌肿瘤 24 例诊治体会

王晓东* 李 静*

胃肠道平滑肌瘤临床虽不多见，但也具有一定危害性，必须引起注意。我院自 1985 年 8 月至 2000 年 10 月，收治 24 例，均手术和病理证实。现通过文献复习，结合病例分析将诊治体会报告如下。

一、资料与方法：本组男 16 例，女 8 例，年龄 25～75 岁，平均 56 岁。30～60 岁 18 例（75%）。经病理证实平滑肌瘤（简称肌瘤）18 例，平滑肌肉瘤（下简称肉瘤）6 例，从发病到住院时间最长 4～10 年，最短 10～15d，肿瘤发生在胃 12 例，十二指肠 6 例，小肠 6 例。

1．临床资料：有消化道出血 16 例（66.7%），其中呕血黑便 10 例（62.5%），反复黑便 6 例（37.5%）。腹痛不适 12 例（50%）。腹部包块 8 例（33.3%），合并不全性肠梗阻 4 例。

* 作者单位：111300 辽宁省灯塔市中心医院普外科

维普资讯 http://www.cqvip.com

进行性消瘦、贫血16例(25%)，血红蛋白在50～90g/L。本组术前经X线胃肠钡餐检查20例，病变在胃8例，(6例有充盈缺损，其中4例合并溃疡，2例未发现异常)。病变在十二指肠6例(均充盈缺损)。6例病变在小肠(均未见异常)。经纤维内窥镜检查13例，(8例提示胃平滑肌肿物，其中1例取活检经病理组织学证实；3例报告为十二指肠粘膜下肿物)，诊断为胃多发性息肉和十二指肠降部息肉各1例。B超检查8例均发现胃区有实质或混合性的肿块影像改变。

2．手术方法：本组24例均经手术治疗，主要术式包括胃大部切除术12例，胃局部切除3例，十二指肠局部切除3例，小肠部分切除5例，小肠部分切除及盆腔肿物一并大块切除1例。术中所见6例平滑肌肉瘤中4例为腔外生长和腔内外混合性生长，肉瘤长径最小的6.0cm，最大的10cm，平均8cm。而平滑肌瘤则多为腔内生长。肌瘤长径最小1.0cm，最大6cm，平均4cm。

二、讨论

1．关于胃肠道平滑肌肿瘤的临床表现：本病多无特殊临床表现。但由于肿瘤的生长部位、性质、生长方式及有无并发症发生等的差异，而造成临床表现的症状却不相同，故临床表现可大致归纳为消化道出血、腹痛、腹部肿块和消化道梗阻等。一般来说肿瘤生长缓慢、病程比较长，肉瘤则相反，本组6例术前查体发现有腹部包块经手术和病理证实均为肉瘤，并且其中有4例合并不全性肠梗阻。12例有腹痛或不适，均发生在消化道出血前后，腹痛的部位与病变部位大致相同。我们认为消化道出血是胃肠道平滑肌肿瘤最明显的临床表现。据Skandalkis报告，胃肠平滑肌肿瘤有出血表现占55.9%[1]。本组消化道出血者16例，出血率为66.7%。也证实了这一点，并且由于反复消化道出血引起不同程度的贫血。如本组血红蛋白在90g/L以下者10例，并且最低者仅50g/L。肿瘤在发展过程中，表面粘膜易发生溃疡，溃疡处血管破裂，肿瘤中心坏死或囊性变向胃或肠腔内破溃，是引起消化道出血的主要原因[2,3]。出血可以是持续小量出血，也可是间歇性大量出血，引起病人呕血或便血(柏油便)，严重者并发失血性休克。肉瘤的出血发生率更高，且出血量大而凶猛。本组肌瘤的出血率高达66.7%。如4例因消化道大出血，失血性休克急诊入院，其中有3例是肉瘤，出血率占75%。李玉坤报告[4]胃肠道平滑肌瘤并发消化道出血率为71.4%。本组结果与文献一致。因此，临床上遇到上述症状而不明原因时需考虑本病的存在。

2．关于胃肠道平滑肌瘤的术前误诊分析与诊断要点：胃肠道平滑肌肿瘤，术前确诊率很低。Skandalkis报告为9.8%[1]。韦伟等报告[5]27例术前确诊9例为33.3%。本组24例术前确诊12例为50%。

分析术前误诊原因，本文认为：首先，X线胃肠钡餐透视检查对胃及十二指肠的腔内型病变易于发现，而腔外型比较困难。腔内型X线钡餐检查所见影像为表面光滑，边界清楚粘膜下软组织阴影，呈半圆型或圆型的充盈缺损，或有溃疡形成。此征象可作为主要诊断依据。本组X线检查20例病变在胃的8例，其中4例见上述征象明确提示本病，但误诊为胃癌、息肉各1例，对胃外型2例则未见异常改变。全消化道小肠造影对小肠病变的检出率也不高。其次，内窥镜检查的胃十二指肠平滑肌肿瘤有重要的价值。内窥镜检查能直视胃及十二指肠病变，可见粘膜隆起、充血、水肿、糜烂甚至出血或外压改变。但在病变早期，粘膜改变不明显，多光滑完整或仅轻度充血，与胃炎不易区别。由于内窥镜取材浅表，不能伸入粘膜下层取材，故难以获得病理诊断。如本组经内窥镜检查13例中有1例诊断为胃粘膜组织慢性炎症或溃疡，误诊为胃十二指肠降部息肉各1例，2例提示十二指肠粘膜下肿物，曾考虑诊断为本病，但未得到病理证实。8例诊断胃平滑肌肿瘤，经病理证实的仅有1例，另7例病理诊断为炎症，都说明这一问题。为能克服术前误诊，B超与胃镜相结合可提高诊断率。B超要观察肿块位置、大小与周围组织器官的关系，尤其对腔外型的鉴别诊断有较大帮助，消化道平滑肌肿瘤有腔内型、腔外型、壁间型和腔内外型，各型均在粘膜下生长，胃腔内仅显示瘤体的一部分。因此，胃镜难以了解肿瘤全貌，客观上造成诊断困难。B超尚可弥补内窥镜检查的不足。B超检查8例均探及肿块，其中2例先作胃镜检查发现粘膜下肿物，病理诊断为炎症，然后作“B”超检查、了解肿物的位置、大小、形态及所在胃壁的层次，结合胃镜所见确诊为本病。此外，近年来由于腹腔镜的开展与普及将会对正确诊断胃肠道平滑肌肿瘤有很大帮助。

3．对胃肠道平滑肌肿瘤的手术治疗体会：本文认为由于肌瘤与肉瘤的性质不同，故采取术式不同，所以无论在术前还是在术中对肌瘤与肉瘤的鉴别至关重要。从大体上看，有关资料认为平滑肌肉瘤长径多大于5cm[6]。本组6例肉瘤均>5cm，18例肌瘤其中13例<5cm，可见肿瘤长径可作为判断良性与恶性的参考指标之一。也有的作者认为，结节状自腔内外或腔外生长，囊性变和有大而不规则的溃疡多为平滑肌肉瘤[7]。本组6例肉瘤中4例为腔外或腔内外生长，当肿瘤无明显扩散时，两者之间的区分不论病理还是临床，目前都缺乏绝对可靠的标准[8]。因此，本文认为对于肿瘤良性与恶性鉴别除根据肿瘤大小、形态、质地、浸润情况外，最重要的是依靠术中取病变做快速病理切片获得正确的病理报告。综合分析手术为目前胃肠道平滑肌肿瘤唯一有效治疗手段，对手术切除范围仍有争议。本文认为手术可根据肿瘤的性质、部位、浸润的范围与周围的关系，来采取不同的术式。由于平滑肌肉瘤主要是血行转移，极少有淋巴转移，所以多数学者认为无须作区域性淋巴结清扫术。本文体会：(1)若为平滑肌瘤，长径<5cm，应作较为彻底的局部切除。(2)由于胃平滑肌瘤中有23%有恶变可能，故当长径>5cm时，应做扩大切除。对胃肠道平滑肌肉瘤宜作胃根治性切除或小肠肠段切除术。同时清除区域性淋巴结较为合适，此外，当发现肿瘤与周围关系较密切者不勉强分离，应将肿瘤与邻近脏器作整块切除，并且术后辅以化疗。

无论选择哪一种术式，都要求术前充分准备，术后护理周到，特别在病人禁食期间除做好胃肠减压、有关引流管的

维普资讯 http://www.cqvip.com

护理外，还要注意从静脉输入高营养液体，如复方氨基酸、血浆、多种维生素和微量元素，保证每日足够的热量，促进正氮平衡，预防腹壁裂开、肺炎、褥疮等并发症的发生。本组病例全部治愈出院，经3～5年随访病人生活和工作质量良好，无异常变化。

参考文献

1. Skandalakis JE. Smooth muscle tumors of the stomach.Surg Gynecol Obstet. 1960,110:3.
2. 王全生. 巨大平滑肌肉瘤并发急性上消化道出血3例. 天津医药肿瘤学附刊，1982,2:17.
3. 管洪文. 空肠平滑肌瘤合并上消化道出血3例. 天津医药肿瘤学附刊，1982,2:212.
4. 李玉坤. 胃肠道平滑肌肉瘤28例诊治分析. 实用外科杂志，1993,13(4):210.
5. 韦伟，裘法祖. 胃平滑肌肿瘤良恶性的鉴别诊断. 中国实用外科杂志，1995,15(12):739.
6. 仲剑平. 胃疾病. 中国外科年鉴. 北京：人民卫生出版社，1987:94.
7. 郑进军，张同琳，张自顺. 胃平滑肌肉瘤31例临床诊断分析. 实用外科杂志，1993,13(4):213.
8. Morrissey K. Muscular tumors of the stomach: clincal and pathological study of 113 cases.Ann Surg. 1973,178:148.

（收稿：2001-09-03）

髁支撑钢板内固定治疗股骨髁粉碎性骨折

黎志宏* 肖放军**

1999年10月至2000年9月，作者采用髁支撑钢板加松质骨螺钉内固定治疗8例股骨髁粉碎性骨折，效果满意，现将报道如下。

一、资料与方法

1．临床资料

（1）一般资料：本组8例，均为男性，年龄26～48岁（平均35.3岁），均为闭合性粉碎性股骨髁骨折，其中一例合并髌骨粉碎性骨折。新鲜骨折6例，陈旧性骨折畸形愈合2例。受伤原因：车祸7例，高空坠落伤1例。

（2）手术方法：连续硬膜外麻醉下作膝关节外侧切口，清除关节内积血及碎裂物，必要时加作内侧小切口，屈曲膝关节牵引小腿，对合内外髁及髁上骨折处，复位碎骨块。陈旧性骨折先切除骨痂，分离骨折块，清理骨痂及疤痕组织后复位，将髁支撑钢板矫形使之符合股骨下段外侧轮廓，安置于股骨髁外侧，选三枚以上松质骨螺钉从髁外侧钻入固定，有骨缺损者取同侧髂骨植骨，合并髌骨骨折者行髌骨开放复位张力带内固定。术后视骨折及骨折固定情况行膝关节长腿功能位石膏托固定，4～6周后去石膏作膝关节主动活动锻炼。

（3）内固定材料：由AO公司提供的标准髁支撑钢板 Condylar Buttress Plate(steel) 9孔，11孔，13孔。

二、结果

8例病人随访4～15个月。根据膝关节伸屈活动范围、X片关节面对合情况、骨的旋转力线、前后力线和短缩情况、有无内外翻畸形、肌萎缩及步态情况综合评定疗效。5例膝关节屈伸范围90度以上，骨关节面对合佳无畸形，3例X片骨关节面对合好，膝关节屈伸60°～90°，生活可自理。本组无伤口感染，骨折延迟愈合和关节强直，效果理想。

三、讨论

股骨髁骨折是关节内骨折，其对膝关节的影响主要有两个方面，一是骨折移位关节面不平滑，可导致创伤性关节炎；二是内外髁不均衡致膝内翻或外翻，使下肢轴线失去正常。股骨髁粉碎性骨折更是一种严重的关节内骨折，处理困难，治疗效果差，其原因在于：①关节面移位、关节软骨损伤，后期可产生创伤性关节炎和关节粘连；②外伤和手术使股四头肌及其扩张部损伤引起膝关节粘连，妨碍功能恢复；③股骨髁间和髁上骨折愈合时间有差距，外固定时间过长；④感染或多次手术使关节肌肉粘连、挛缩；⑤忽视早期功能锻炼；⑥骨牵引等保守治疗难达到骨折端尤其关节面的准确复位且制动时间长。因此，本症的治疗应强调关节面的解剖复位，坚强牢靠的内固定，正确而细致的手术操作和早期功能锻炼。髁支撑钢板厚2.5mm，坚强牢固，松质骨螺钉使髁间对合紧密。二者结合使用，较之普通钢板坚强稳固，较之双钢板双骨栓损伤小，较小槽形角钢板有髁间对合紧密等优点，使骨折愈合快，并发症少，可早期锻炼关节，利于功能恢复。

术中除注意严格对合关节面及骨折端外，还要避免加重软组织，特别是伸膝装置及韧带的损伤。在整个治疗过程中，要求注意以下几个方面：①切口不宜偏前，以减轻股四头肌粘连；②彻底清除积血、碎骨片、坏死组织、破裂半月板等；③尽可能修复韧带、关节囊等，消除膝关节不

* 作者单位：410011 湖南省长沙市中南大学湘雅附二医院骨科
** 作者单位：410600 湖南省宁乡县中医院骨科