维普资讯 http://www.cqvip.com

股骨颈骨折是创伤性股骨头坏死的主要原因,治疗较困难,青壮年骨折不愈合率达59%,股骨头缺血性坏死高达86%[3], 早期处理不当或不及时均可导致股骨头不愈合。为提高股骨颈骨折治疗率和预防股骨头坏死的发生, 国内外学者采用不同血管蒂的骨膜瓣移植治疗股骨颈骨折。内固定是否牢固直接影响骨折愈合,空心螺纹钉由于其深,与骨界面有较大的接触,使螺钉把持力强,对骨折线有加压作用,能达到骨折端靠拢,有加压作用,对抗骨折端分离,有利于骨愈合[4-5]。用2~3枚空心加压螺纹钉内固定,有较好的抗旋转能力,增加了骨折端的抗旋转稳定性,减少并发症,可早期活动,手术操作简单,易掌握,可在局麻下进行,无特殊条件限制且费用低,可在基层医院开展。带缝匠肌蒂髂骨瓣解剖位置表浅,易于取材,取材后不会影响髋关节的功能,利用同一个切口就可以完成,固定与植骨手术。肌骨瓣血运较丰富,能为骨瓣提供较强的血运, 髂骨松质骨瓣具有较强的诱导和成骨作用,可以为股骨颈骨折提供额外的血液供应,其中的成骨因子对促进骨折愈合也具有积极的促进作用,可以为股骨颈骨折的愈合提供了有效的支持环境[5-7]。本组病人均常规行患肢骨牵引, 充分牵引可方便复位,使骨折位置达到解剖复位,避免术中暴力牵引所造成的股骨头血运破坏,减少股骨头的缺血风险和继发性出血[6]。操作时螺钉应尽量接近股骨距,螺纹要通过骨折线, 这样有利于达到加压固定及抵抗剪力应力的效果。游离骨瓣时要注意充分保护缝匠肌免受损伤,以免影响骨瓣血运。本组术后髋关节功能的优良率达到90%以上,仅2例出现较严重的并发症,表明本术式对青壮年股骨颈骨折有着较为理想的治疗效果。

[参考文献]

[1] Dhammi I K, Singh S, Jain AK. Displaced femoral neck fracture in children and adolescents: closed versus open reduction a preliminary study[J]. J Orthop Sci, 2005, 10(2): 173-179.
[2] 徐 敏, 唐刚健. 21例儿童股骨颈骨折疗效分析[J]. 中华创伤杂志, 1999, 15(5): 382.
[3] Farooq MA, Orkazai SH, Okusanya O, at el. ntracapsular fractures of the femoral neck in younger patients[J]. Ir J Med Sci, 2005, 174(4): 42-45.
[4] 宋新平, 贺爱玲, 吕宝民. 肌蒂骨瓣血管植入加空心螺钉内固定治疗股骨颈骨折[J]. 局解手术学杂志, 2005, 14(4): 253-254.
[5] 沈 侠. 青壮年股骨颈骨折[J]. 中华骨科杂志, 1992, 12(4): 26.
[6] 曲振海, 于至悌, 肖联平. 股骨颈骨折致股骨头缺血性坏死的因素[J]. 骨与关节损伤杂志, 2000, 15(4): 223-224.
[7] Faraj AA, Raghuvanshi M. The role of postoperative blood recovery for patients with femoral neck fracture[J]. Acta Orthop Belg, 2006, 72(1): 11-14.

(编辑:左艳芳)

·个案与短篇·

胃Dieulafou病2例临床分析

林志明 (解放军庐山疗养院外一科,江西 九江 332000)

[关键词] 胃;Dieulafou病;临床特点
[中图分类号] R322.44;R573.2 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2006)06-0371-01

Dieulafoy病又称黏膜下恒径动脉破裂出血,常见于中老年患者,典型表现为突发性致命性周期性消化道大出血,主要表现为呕血及黑便。由于Dieulafoy病临床上很少见,很容易漏诊、误诊。我院自2004年以来收治2例,现结合文献资料报告分析如下。

1 临床资料

病例1,男,54岁,因"呕血3 h"入院,给予急诊行剖腹探察,行胃大部切除。剖开胃标本见胃壁近幽门部胃黏膜有0.4 cm×0.4 cm局限性缺损,中央稍凹陷,有一直径约0.1 mm孤立动脉残端,表面有血痂。术后病理报告示胃小弯侧黏膜下恒径动脉破裂出血。治愈出院。

病例2,男,43岁。因"呕暗红色血凝块2 h余"入院,即往有多年高血压病史。大便潜血(+++)。胃镜示糜烂性胃窦炎、十二指肠球炎(重度)。住院期间又出现呕血量约800 ml,给予急诊下行解黑便。治愈出院。

2 讨论

Dieulafoy病发病机制尚未完全阐明,多数学者认为是由于黏膜下血管先天发育异常。正常人胃壁供血动脉主要来自胃短动脉,其进入胃体后分支逐渐变细,终端在胃黏膜下层形成毛细血管网,若达胃黏膜下层动脉分之口径无渐细的过程,保持恒定口径,则称黏膜下恒径动脉[1]。一般直径在0.6~4 mm,比正常黏膜肌层血管血管粗10倍以上。同时Wanken纤维束将动脉与黏膜紧密相连,行成特定的黏膜易损区。Dieulafoy病的临床特点主要可归纳为:①患者多为40~60岁;②发病前多无溃疡

[收稿日期] 2005-08-20 [修回日期] 2006-09-23

(下转375页)

维普资讯 http://www.cqvip.com

于绞窄性肠梗阻。绞窄性肠梗阻的病理生理特点:在单纯性肠梗阻,体液丧失导致的水与电解质紊乱及酸碱失衡和肠管膨胀是危害最大的病理生理改变[3-4]。但在绞窄性肠梗阻,血浆损失引起的休克和细菌的感染及毒素的吸收则是致命的威胁。临床及实验研究均证实:绞窄的肠管越长,丧失的血量就越多。静脉阻塞所致的失血量相对更多。肠管绞窄坏死,一方面造成厌氧的环境,使细菌大量繁殖,另一方面肠壁的通透性增加,使细菌及毒性产物进入腹腔,吸收入血,引起中毒性休克。所以,当诊断为绞窄性肠梗阻时应当马上进行手术治疗,但是在确诊绞窄性肠梗阻方面仍有一定的困难。

早期发现绞窄趋势为治疗肠梗阻的难点,肠绞窄时的血清磷酸盐的改变和血清酶(CPK及其同功酶)的变化分析较多颇有希望,但尚未广泛临床应用。B超和CT等影像学对判断肠绞窄的发生有很大帮助。B超发现下列情况应考虑绞窄的发生:①扩张的肠管呈麻痹状态,丧失蠕动功能。②失去蠕动功能肠袢的近端小肠仍有蠕动功能;③腹腔渗液快速积聚。不断扩展的麻痹肠管对绞窄的诊断具有很高的特异性。结合本组资料,作者认为肠梗阻病人出现以下情况时应怀疑出现绞窄性肠梗阻,应视为手术指征:①腹痛发作急剧,初起即为持续剧痛,阵发性疼痛加重之间仍有持续性疼痛;②呕吐物,胃肠减压抽出液,肛门排出物为血性,或腹腔穿刺抽出血性液体;③腹胀不对称,腹部有局部隆起或触及具有压痛的包块;④肠鸣音由亢进转为弱音或消失;⑤早期出现休克;⑥血肌酸磷酸肌酶(CPK)和乳酸脱氢酶(LDH)均升高。对于老年人绞窄性肠梗阻体征不明显,需要密切观察其动态变化。

绞窄性肠梗阻有关手术治疗问题:①应迅速做好术前准备,争取在2~4 h内进行手术;②掌握适当的手术时机,急性肠梗阻经非手术治疗无效而及时采取手术治疗;③采取正确的手术方式,应根据梗阻原因采取不同手术方式,如绞窄性疝则行疝环松解,疝内容物复位;肠扭转行扭转肠袢复位;肠粘连或粘连带压迫则行松解术等。对肠腔内的积液积气应做胃肠减压,凡有肠坏死者,应把坏死肠袢完全切除,小肠切除后可作一期吻合,结肠则以分期手术较为安全。病情严重或伴有休克者,以选用全麻气管内插管为宜;进腹后先吸净腹腔积液,探查梗阻原因,尽快解决绞窄因素,恢复肠管血循环;对肠管活力判断有困难者,应将可疑的肠袢切除,保证保留的肠有活力;应先把绞窄坏死段的肠系膜近端血管结扎,然后切除坏死肠管[5-7]。手术结束前,应用大量温盐水冲洗腹腔;腹股沟疝或股疝引起肠绞窄坏死者,一般不行疝修补术;手术确诊有肠系膜血栓形成术后要进行溶栓治疗。术后加强护理,从本组资料来看,其主要死因为感染中毒性休克、多脏器功能衰竭及严重水、电解质紊乱和酸碱失衡,术后需要精细的医护。

[参考文献]

[1] 王兰辉,田彦玲,吕晓燕,等.109例绞窄性肠梗阻临床诊断与治疗[J].临床医学,2003,2(20):106-108.
[2] 高连法,陈虹章.绞窄性肠梗阻91例分析[J].宁夏医学杂志,2003,3(22):150.
[3] 韦道文.绞窄性肠梗阻58例临床分析[J].广西医学,2000,4(22):839-840.
[4] 林 清,李拥军,郭连瑞.绞窄性肠梗阻的诊断[J].中国医刊,2002,6(33):11-12.
[5] 张连阳.粘连性肠梗阻的治疗进展[J].局解手术学杂志,2005,14(2):C002.
[6] 王兆刚,陈 颢.绞窄性肠梗阻的诊断及手术时机探讨[J].河南外科学杂志,2004,6(10):19-20.
[7] 兰永年,刘 健,郑宗考,等.手术治疗肠梗阻586例临床总结[J].临床误诊误治,2005,10(18):719-720.

(编辑:郭光金)

(上接371页)

病史或肝病史;③典型表现为突发性致命性周期性消化道大出血,主要表现为呕血及黑便;④易伴休克;⑤病灶小呈2~5 mm卵圆形,浅表性糜烂,在黏膜病灶中央可见一直径约1~4 mm动脉突出于黏膜缺损部位,表面可有血栓附着。

由于本病的临床表现缺乏特异性,纤维内镜、选择性血管造影、同位素示踪定位等检查有助于本病的术前诊断。并为手术治疗提供重要的依据,不少患者在剖腹探查或尸检病理检查时方获得诊断。本病的治疗方法有:①内镜治疗,主要包括电灼、激光、微波、注射硬化剂、喷洒止血药、出血血管栓塞套扎等,其止血成功率达80%~100%。②栓塞治疗,选择性腹腔动脉造影和栓塞治疗。本组1例在行动脉造影确诊后行胃左动脉栓塞止血治疗失败而改作手术治疗。③手术治疗是治疗Dieulafoy病疗效最可靠的方法。手术方式主要包括近端胃大部切除、楔行胃壁切除或缝扎异常血管等,主张行近端胃大部切除,可以切除病变血管,从根本上防止再出血,彻底治疗Dieulafoy病[2-3]。

Dieulafoy病有效的治疗是建立在及时、准确的诊断上。如果患者情况稳定,经内镜诊断后即可性内镜治疗,若不成功或再出血,或就诊时已处于休克状态,则应毫不犹豫急诊手术。术中采用胃镜或切开胃前壁,仔细检查胃黏膜,特别注意贲门下6 cm区域细小浅表溃疡,确定病灶后适时选择术式。随着对本病研究的深入及以手术、内镜为主的诊治水平不断提高,其病死率显著下降。

[参考文献]

[1] 费贵军,陆星华.Dieulafoy病在中国的诊治现状—国内文献分析[J].胃肠病学,2004,9(4):230-233.
[2] 贾俊仙.Dieulafoy病的诊断和治疗[J].实用医技杂志,2005,12(11)3187-3188.
[3] 李 健,丁国伟.Dieulafoy病致消化道出血的诊断与治疗[J].中国综合临床,2001,17(12):929-930.

(编辑:郭光金)