维普资讯 http://www.cqvip.com

17—18

局解手术学杂志 1995 年第 4 卷第 2 期总第 14 期

克氏针导入治疗颧骨骨折的临床及局部解剖学研究

佳木斯医学院附属口腔医院颌面外科 赵来友

口腔解剖教研室 陈克功

佳木斯铁路医院 蔡晓玲

（黑龙江佳木斯，邮政编码 154002）

R683.505
R602

〔提要〕本文采用发际内半冠状切口导入克氏针治疗颧骨骨折，达到了面型完全恢复的治疗效果，方法简单、安全可靠，无并发症。特别是对陈旧性骨折的治疗效果更为理想。

〔关键词〕颧骨骨折；半冠状切口；克氏针；导入点；导入方向。

颧骨骨折是颌面外科最常见的骨折之一，以往对颧骨骨折的治疗仅限于单纯复位或复位后断端结扎，治疗效果不佳，往往在颜面留有畸型。作者在大量尸解的基础上，初步试用发际内半冠状切口克氏针导入治疗颧骨骨折，取得了满意的疗效，现介绍如下：

一、材料与方法：

1. 材料：颅骨 15 个；人工造成颧骨骨折的儿童尸体 13 具（26 侧）；颧骨骨折的病人 7 例（14 侧）。

2. 方法：在发际前缘的后方 1.0cm 处自中线向患侧鬓角下部切开头皮，达帽状腱膜下方；沿颅骨的骨膜、额肌及颞肌浅层向下分离暴露颧弓及颧骨的外侧部；将错位颧骨松解复位；按一定的导入点及一定的方向导入克氏针，观察颧骨的固定情况，通过尸体解剖，观察克氏针的经路。克氏针导入点及导入方向。

二、结果：

1. 颧骨的解剖学观察：通过 30 侧颧骨的应用解剖学观察发现，颧骨三个突起中，以上颌突最为宽大，与上颌骨的连接最为牢固，其接触面近似三角形，从后内上斜向前外下；其它二个突起的接触面均呈带状。颧骨的颜面凸隆，朝向前外，其外侧部的中垂线恰好相当于上颌骨后壁在矢状面的投影。在颧面内侧边缘中部有一较大的滋养孔，位置较为恒定，位于颞额缝外端下方，平均 1.50±0.45cm 处。上颌骨的下壁，即颧牙槽嵴的部位，骨皮质较厚。根据以上观察我们设计了克氏针导入治疗颧骨骨折，且确定了克氏针的导入点及导入方向。

2. 模拟手术：在 13 具人工造成颧骨骨折的儿童尸体额部发际边缘后方 1cm 处作冠状切口，自一侧中线（或稍过中线偏向健侧）向患侧鬓角下缘作切口，切开头皮达帽状腱膜下的疏松结缔组织，沿该层向下分离，直至暴露出眶上缘及颧骨的外侧部及互相交错的骨折线，在直视下将颧骨复位，导入克氏针将其固定，此时见颧骨固定可靠。

3. 克氏针导入点及导入方向：颧骨外侧面中垂线的中下 1/3 的交界处或稍上方导入；导入方向为内下方，刺向颧牙槽嵴的部位。

4. 克氏针导入经路：克氏针斜向内下方穿过颧骨下部进入上颌骨的颧牙槽嵴，经上颌窦底刺向牙槽突。

5. 临床治疗效果：临床应用治疗 18 侧颧骨骨折，取得了最为满意的疗效，面型完全恢复正常，颜面不留疤痕，无任何并发症。克氏针留于皮下，术后三周取出。

三、结论：按一定导入点及导入方向导入的克氏针，穿过颧骨的下部、颧牙槽嵴刺向牙槽突，其抗力足以阻止颧骨的旋转移位及滑动移位。发际内半冠状切口克氏针导入治疗颧骨骨折是一种完全可以替代其它疗法的，与其它疗法相比其具有方法简单、损伤小、固定可靠、无并发症等优点。

四、讨论：

1. 颧骨骨折特点：颧骨骨折是颜面最常见的骨折之一，其骨折特点是颧骨较为粗厚的蝶额突

维普资讯 http://www.cqvip.com

18—19 布-加综合征，下腔静脉，断离术，外科手术，局部，255(8)

局解手术学杂志 1995 年第 4 卷第 2 期总第 14 期

与布加氏综合征有关的局部解剖学研究

中国医大一院外科局解手术学教研室 佟玉章 王志强

（辽宁沈阳，邮政编码 110001）

R657.340.5; R602

A

〔提要〕本文用 7 具新鲜尸体，观察并测量了下腔静脉瓣的大小及形态，肝右、中、左静脉的口径、肝右、中、左静脉与下腔静脉的夹角、肝后下腔静脉内短肝静脉开口数，测得的结果对临床研究及治疗布加氏综合征有一定意义。

〔关键词〕下腔静脉；下腔静脉瓣；纵行统计。

布加氏综合征是由多种原因引起的肝静脉和/或肝后下腔下静脉部分或完全梗阻引起静脉回流障碍，表现为门静脉流出道阻塞[1]。目前治疗上多以间接处理和转流术为主[2]。作者的调查结果可为其提供资料。

材料与方法

用新鲜尸体 7 具（成人男尸 5 具、女尸 1 具，6 岁男童尸 1 具）。连带肝、右肾及部分右心房将下腔静脉完整取下，清水冲洗残血后置 10%甲醛液中浸泡 24～72 小时，由下腔静脉后壁沿血管纵轴切开，用游标卡尺及量角器测量有关数据。

结 果

1. 下腔静脉瓣：下腔静脉瓣多位于右心房左前外侧壁，其长宽不等、大小及形态各异。儿童瓣长、宽、厚分别为 18、6、1.2mm。成年人瓣膜最长者为 65mm，最短为 22mm，最宽处达 11mm，最窄处小于 1mm。瓣膜展开后可分为嵴、半月、扇形等三种类型，三者在数量上之比为 2∶3∶2。男女未见明显差异。

2. 肝静脉：肝静脉入下腔静脉有口径（内径），见表 1。肝静脉与下腔静脉夹角见表 2。肝右静脉开口于下腔静脉右侧壁 4 例，开口于右前壁 3 例。肝中静脉均开口于下腔静脉左前壁。肝左静脉开口于下腔静左前壁 2 例，左侧壁 5 例。

与额骨颧突及蝶骨大翼相分离；较为宽大的上颌突与上颌骨的颧突相分离；颧骨颞突与颞骨颧突相分离（且往往伴有颧弓的粉碎性骨折）。

2. 发际内半冠状切口的优点：可充分暴露颧骨，完全在直视下复位，颜面不留疤痕，对老年病人可以同时实施额部减皱术。

3. 颧骨骨折后移位的力学分析：颧骨是位于颜面最突出的前面与侧面转弯处的方块骨，较为粗大的蝶额突伸向后上方，上颌突伸向内下方。颧骨骨折后由于颧弓粉碎骨折而失去支持，而额蝶突、上颌突与其它骨的连接面由后内上斜向外下前，再加上邻接面的局部的骨折和压缩，就导邻接骨不能完全咬合。因此，骨折复位后的颧骨非常容易发生滑动移位及难以克服的旋转移位，给其治疗带来一定困难，使治疗效果不理想，往往在颜面遗留不同程度的畸型、张口受限、复视等。

4. 颧骨骨折固定的关键是制止其旋转移位：以往对颧骨骨折的治疗方法限于单纯的复位及复位后断端结扎，如上所述，这种方法无法达到满意的治疗效果，即使采取骨断端结扎的方法，也只能作颧颌缝及颧额缝的两处结扎（无第三点可结扎），颧骨仍然可以以这两点决定的轴发生转动移位，同时，由于旋转放大作用，如果结扎丝有少许的松动都会导致颧骨最突出部位的明显凹陷。因此，克服旋转移位是治疗颧骨骨折的关键。克氏针的导入恰恰克服了颧骨的旋转移位。

5. 颧骨复位后，在颜面相应部位作小切口导入克氏针的尝试，该方法进一步简化了手术，复位可靠，也克服了旋转移位，虽有颧骨复位不充分及颜面留有疤痕等缺点，但也能达到临床治愈，使病人满意的效果。

（收稿：1994—06—02）