维普资讯 http://www.cqvip.com

陈旧性颅骨凹陷骨折 13 例术式体会

解放军第 209 医院外二科　金大为

（黑龙江牡丹江，邮政编码 157011）

陈旧性颅骨凹陷骨折是较常见疾患。我科从 1991 年 2 月～1994 年 4 月收治 13 例，均行手术治疗，经一年随访，效果满意，现介绍如下：

临床资料：13 例病人男性 12 例、女性 1 例，年龄 18～32 岁，均有头部打击伤史。病史最长者 8 年，短者 5 个月。13 例病人均有头痛，头晕，其中 3 例有癫痫发作，1 例有精神症状。骨折部位为左额颞部 1 例、左右颞顶部各 3 例、一侧枕部 3 例、一侧额部 3 例。CT 及 X 线照片示骨折凹陷深度均超过 1cm，最深达 2cm，凹陷骨折近圆形，范围在 2cm×3cm～5cm×6cm 者 10 例。长条状，范围在 1.5cm×5cm～3cm×8cm 者 3 例。其中有 2 例 CT 示凹陷骨折下可见脑软化灶。

手术方法：1. 骨瓣翻转复位 10 例。局麻或全麻下以骨折处为中心做瓣状切口，骨膜瓣状切开并剥离，骨折处暴露清楚。本组 4 例因凹陷骨折范围在 5cm×4cm 以上，故钻孔 4 个，锯下骨瓣，使其内外翻转，即以内板代替外板，6 例凹陷骨折范围在 3cm×4cm，故钻孔 3 个，锯下三角形骨瓣，翻转复位，尽可能缝合骨膜，并逐层缝合。2. 凹陷骨嵴切除术 3 例，对于长条状凹陷骨折，沿凹陷骨边缘钻孔 4～5 个，锯下骨瓣，将凹陷之颅内骨嵴用咬骨钳及骨锉切除修平后，原位复四骨瓣，逐层缝合。

结果与体会：本组 13 例术后切口均一期愈合，无 1 例异常反应，外形良好，随访一年骨折处愈合，3 例癫痫发作病人治愈，头痛、头晕均消失或明显减轻。

新鲜的凹陷骨折一般可在术中予以撬起复位，而陈旧性凹陷骨折则不能撬起复位，至今又尚无规范的手术方法。故对有症状的陈旧性凹陷骨折又需手术治疗者，为使术后保有良好外形及避免假体植入或颅骨缺损，我们在实践中体会出 2 种术式：①骨瓣翻转复位术；②凹陷骨嵴切除术，前者适用于近圆形的凹陷性骨折，后者适用于长条状凹陷骨折，因长条状凹陷性骨折如用骨瓣翻转后外观及复位牢固程度均不理想。

术后一年随访骨折均愈合良好，且外形满意，术后均无异常反应亦无感染而再次手术者。

结合本组病例，我们体会术中需注意：①骨瓣翻转后尽可能缝合骨膜，以利于骨瓣成活及起到固定作用。②内瓣翻转复位后如有不适合时可用咬骨钳及骨锉修剪锉平，以利于镶嵌。③行骨钻孔时尽量贴近凹陷骨边缘，便于复位。④锯骨瓣时线锯外斜使断面成斜面，便于镶嵌牢固。1994 年后我们应用广州产 EC 医用耳脑胶骨瓣复位后粘合，效果更佳。

（收稿日期：1995—07—02）

乙状窦后径路的应用解剖（摘要）

第三军医大学解剖教研室　黄家鼎　李振强

（四川重庆，邮政编码 630038）

乙状窦后径路属小型的颅后凹开颅术，可作为进入桥小脑角的有效途径，在临床已采用。作者在 25 例正常成人头颅标本上，就与入路有关的形态学进行了观测，以供参考。主要结果如下：一、横窦下缘最高点至枕耳线（枕外隆突与外耳门上缘之连线）的距离，左侧 12.0±3.1（7.3～18.8）mm、右侧 11.2±3.9（3.9～18.0）mm；至乳突基底部后端的垂线的距离，左侧 11.2±7.3（5.3～24.5）mm，右侧 14.4±7.8（5.5～32.3）mm。二、横窦转折为乙状窦时，两者间的夹角，