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，

维普资讯 http://www.cqvip.com



左侧 125°±32°（110°～157°），右侧 127°±26°（115°～150°）。三、横窦移行为乙状窦处，横窦下缘与枕耳线的关系：①在枕耳线之上者，左侧 22 例（88%），相距 9.8±3.6（5.0～17.1）mm，右侧 21 例（84%），相距 9.2±2.6（4.7～13.2）mm；②与枕耳线平齐者，左侧 3 例（12%），右侧 4 例（16%）。四、横窦移行为乙状窦处，乙状窦后壁与乳突基底部后端的垂线之间的关系：①乙状窦后壁在该垂线的前方者，左侧 15 例（60%），在前方 6.0±2.6（2.0～11.0）mm；右侧 9 例（36%），在前方 6.3±3.7（2.0～13.1）mm。②恰与该垂线相一致者，左侧 8 例（32%），右侧 12 例（48%）。③在该垂线后方者，左侧 2 例（8%），在后方 8.7±5.3（5.0～12.4）mm，右侧 4 例（16%），在后方 4.1±2.0（2.0～7.0）mm。

根据所得结果，提出了在该手术入路中防止损伤乙状窦或横窦前份之建议。

（收稿日期：1994—06—04）

# 菱形结构的应用解剖学研究

沈阳医学院解剖教研室　张富安　田菊霞*　刘芬兰

（辽宁沈阳，邮政编码 110031）

观测 100 例成人指背腱膜，在 2～5 指近侧指间关节背侧有一菱形结构，它主要由外侧束、外侧腱以及纵、横和斜行的纤维所构成的并与关节囊和屈指腱鞘相连的复杂结构。伸指肌腱，在近侧指骨背面变宽并分 3 个束：中间束，接受骨间肌内侧束的纤维构成中间腱，2～5 指的 $\bar{X}$6.3、6.4；5.8、6.0mm 止于中节指骨底背面；外侧束有骨间肌腱和蚓状肌腱参与构成外侧腱，2～5 指 $\bar{X}$4.5、4.7、4.2、4.4mm，在手指纵轴线背侧从侧方越过关节，以锐角（30°～35°）向中节指背面集中形成终腱，止于远节指骨底背面。菱形结构上角 30°～35°，下角 30°～35°，两侧角为 130°～145°。实验中观察蚓状肌腱和骨间肌腱可扩张菱形结构之横径，使其长径变短达到近、远侧指间关节可同时伸展之目的。正常情况下，手指伸直时两外侧腱通常在指间关节背侧，屈指时可下滑 2.5～4.0mm，以使屈指动作充分。但无论手指屈或伸，外侧腱总是在手指纵轴线之背侧。位于关节侧方的支持韧带（横、斜部），有固定外侧腱并防止近侧指间关节伸直时向背侧，屈曲时向掌侧移位之作用。临床上对“钮孔”畸形治疗较常用的方法，是将外侧腱劈开，交叉缝合至对侧的外侧腱上。根据力学原理，只有靠近侧指间关节水平处劈开外侧腱，拉紧后交叉缝合，使缝合点在近侧指间关节的背侧。但交叉角不能太大，如果过大伸展指间关节，纵向分力就会变小，当角度为 90°时，纵向伸展分力等于零。

（收稿日期：1994—06—04）

# 体视学计量技术在断面解剖学研究中的应用

华西医科大学解剖教研室　余　哲　江陵　但林芝

（四川成都，邮政编码 610044）

体视学技术在生物医学研究工作中的应用已有近 30 年的历史，已往多用于光镜和电镜下的计量工作。为了验证将体视学技术引进断面解剖学研究工作中的可行性，本文兼用体视学技术和求积仪两种方法测量了臂丛神经支断面的截面积，以便了解两种方法的结果是否一致。材料取自 4

* 田菊霞：浙江医大杭州分校