维普资讯 http://www.cqvip.com

7015(14)

局解手术学杂志 1993 年第 2 卷第 2 期总第 6 期

旋髂深动脉带蒂髂骨块转位移植治疗股骨头坏死

鞍钢长甸医院外科　罗国安

（辽宁鞍山、邮政编码 114005）

我院采用旋髂深动脉带蒂髂骨块转位移植治疗股骨头坏死 5 例，男 3 例，女 2 例，年龄 25～47 之间，平均 34 岁。坏死原因：4 例为股骨颈骨折，1 例为长期服激素。发病至手术时间：2.5～10 年。术中所见：股骨颈变短，头塌陷，凿刮除头内骨为骨囊样及硬化改变，部分是炉渣样。术后复查：4 例较术前有明显的功能改善、X 光片密度均匀，髋关节间隙清晰、股骨塌陷测量日趋递增，1 例术后无明显改善。

手术方法：病人取仰卧位，患侧臀下垫高，在硬膜外麻醉下行髂前上棘沿腹股沟韧带上缘至股动脉外缘、再向前外侧延伸的连续切口、长约 25cm。逐层切开，髂腹下与髂腹股沟神经应予以保护，首先在髂外动脉处寻找血管束、若此处没有，可将腹股沟韧带切断（以备骨块转位后再缝合），向股动脉方向游离，方可找到旋髂深动脉。自始发处循行向外上方分离、沿途结扎分支，将血管游离至髂前上棘内侧，将其血管束近端结扎，然后在髂前下棘下切断缝匠肌与股直肌，十字切开髋关节束，在股骨头下区凿成 $3\times2\times1cm^3$ 的骨槽，用刮匙尽量向头内刮出变性坏死的骨质，刮除范围尽量充分。此时在髂前上棘血管棘分布区凿取 $3\times2\times1cm^3$ 骨块、将凿取的骨块连同内侧的软组织游离、保留内侧面约 1cm 厚的肌肉与骨块相连，肌肉内带有旋髂深动脉终支及其分布至髂骨的许多骨营养支、也有回流的静脉，这时仅有旋髂深血管束与骨块相连，断蒂后松质骨出血活跃，血管蒂长达 7～12cm、足以转位到受骨区，再取部分髂骨、剪成碎块，塞入股骨头内，将带蒂血管束的骨块经腹股沟韧带下方及切断的部分髂腰肌隧道，使骨块嵌入骨槽中，骨块尽量往股骨头内塞入，骨槽空席处用碎骨屑加压填塞、使之牢固。然后逐层缝合，需放置负压引流，36 小时拔出。

本文还就其机理、术中注意的事项、手术时机的选择，旋髂深动脉的解剖关系和术后疗法进行了讨论。

25—27

58 例外伤性脾脏破裂的治疗体会

郑州铝厂职工医院外科　季　节

（河南郑州、邮政编码 450041）

R657.620.5

脾脏损伤居实质性脏器损伤的首位。由于近年对脾脏生理及免疫功能认识的提高，尤其是去脾后严重感染的报道日趋增多，目前传统的切脾治疗已受到挑战，保脾治疗和脾组织自体移植已受到重视。我院 1984 年 8 月～1992 年 4 月共收治外伤性脾脏损伤 58 例，手术治疗 56 例，其中脾切除 49 例，脾组织自体移植 7 例。为了总结经验，提高治疗技术水平，现将 58 例资料分析如下。

临床资料：1. 男 39 例，女 19 例，均为闭合性损伤。2. 年龄，最小 2 岁，最大 60 岁，平均 24 岁，15～40 岁 47 例（81%）。3. 就诊时间：最快为伤后 20 分钟，在 6 小时内就诊者 33 例，伤后 24 小时以上就诊者 4 例。延迟性脾破裂 1 例。4. 合并伤：合并 1 处其它损伤 21 例，合并 2 处其它损伤者 12 例，3 处以上损伤者 10 例。共 43 例，占病例组的 74.1%。5. 出血量（手术病例）：1000ml 以下者 19 例，1000ml～2000ml 者 18 例，最多达 4000ml，入院时呈休克状态者 42 例，占 72.5%。6. 手术治疗 56 例，其中行脾切除 49 例（含 1 例修补失败后切脾者），脾切除加脾组织自体移植 7 例。7. 共死亡 5 例，总死亡率 8.6%，其中未手术 3 例（1 例因无血源而未手术），手术死亡 2 例，1 例合并左肾断裂伤，行脾及左肾切除术后，因血源不足死亡；1 例因就诊过晚，休克不能纠正死于

脾破裂，3出了

维普资讯 http://www.cqvip.com

术中。手术死亡率为 3. 6%。

讨 论：一、近 10 年来，人们逐渐发现脾脏有重要的免疫机能及生理功能。它能贮存红细胞、血小板和生成淋巴细胞，作为血循环中的过滤器，对清除血液的微生物最为重要。脾内 25%的淋巴组织是 T 细胞和 B 细胞分布、衍生的场所，参与特异性免疫。特别是体液免疫反应，能产生抗体、合成调理素、吞噬作用激素和备解素。脾切除后可造成血液系统紊乱、免疫缺陷，致暴发性感染在儿童和成人的发病率明显增高，并且死亡人数分别高 58 和 2200 倍[1,2]。脾切除后脾功能靠副脾或外伤后脾碎块在腹腔内移植来维持[3]，但副脾的出现率仅为 5%，且其结构不正常。而碎块自身移植便利，因此，如有可能应尽力保留，残脾最好保留 30～50%以上，最少也不低于 25%，以维持免疫功能的需要[4]。

二、对脾损伤的治疗有一个发展过程，最初几乎都是用非手术疗法，因不能有效止血，死亡率几乎达 100%。自 1893 年 Riegues 第一次行脾切除术以后，全脾切除就一直是治疗脾外伤的传统方法。近年来，由于对脾脏重要功能的认识加深，外科医生对脾脏损伤的治疗发生了革命的变化，改变了脾切除的传统治疗方法。保留脾脏的脾缝合术、脾动脉结扎术、脾部分切除术及脾组织自身移植术已被人们广泛采用。

保脾治疗必须掌握其适应症：①无论闭合性或开放性脾损伤，脾蒂大血管未断裂、脾组织无严重粉碎性损伤，血运良好。②脾本身无明显病变或各种原发疾病所致的病理改变。③没有严重的腹腔内外合并伤。④年龄在 50～60 岁以下，全身情况较好，生命体征稳定者，尤其婴幼儿及青壮年更应保留。

1. 缝合术：在清除脾创面的血凝块或脾包膜下血肿及失活组织后，创面用细丝线缝扎止血，表浅裂伤用 1 或 2 号铬制肠线或 7 号丝线缝闭。较深创口则先做与创缘平行并深达底部的 U 型缝合，再间断缝合创口，创腔内可填以带蒂大网膜或明胶海棉片，帮助止血和结扎时减张，结扎线和松紧度以达到止血目的而不割裂脾组织为准。

2. 脾部分切除术：用于一般较重损伤或横断伤。脾动脉分支将脾脏分为一些横行的节段，各段间无交通支，结扎脾动脉或其分支能有效地制出血，脾部分切除据此解剖特点得以施行。术中由脾动脉注入美兰液有助于各段的分界。部分切除后的残端缝扎止血后水平褥式缝合，并以网膜覆盖加固。

3. 脾动脉或其分支结扎术后，对脾功能、形态及组织结构并无不良影响，也可在创面出血难以制止时与其它术式配合使用。

4. 脾组织移植术：是取适量的脾组织块移植在脾床、大网膜及腹直肌内。操作过程中要注意以下事项：①脾组织离开裂伤处 5cm 以外。②除去脾包膜，切取脾髓时选择色泽、质地好的部位，并常在放大镜下操作。③脾组织移植块应制成梭形或多边形，以利于移植后着床成活生长。④用显微外科器械取材，严禁钳夹或任何挫伤。本组 7 例脾组织大网膜移植患者，术后情况良好，各项免疫指标如 IgM、IgG 等均在正常范围内。

本组病例绝大部做了脾切除手术，仅 7 例行脾组织自体移植术，未行其它保脾治疗。原因是①我们以前对脾脏的重要功能认识不足。②多由年青医师执行或参加手术，认为脾切除术是一种手术锻炼机会。③技术原因。④对保脾手术治疗没有经验，对术后伤脾能否再出血和病人能否顺利恢复有顾虑。由于切除了脾脏，给病人带来了不必要的损失和术后发生暴发性感染的可能性。对此应总结经验，进一步提高技术水平。

三、外伤性脾破裂出血较多，尤其合并其它损伤者，出血更多，就诊时多有失血性休克，给治疗带来了很大困难，尤其在血源不足时更是如此。本组病例就诊时处于休克状态者占 72. 5%，合并多处伤者占 75. 6%，仅腹腔内出血量平均达 1400ml，最多达 4000ml。如果进行腹腔内积血自体回输，则可弥补血源不足的缺陷。自体血回输的优点有：①可解决急需而血源短缺的困难。②扩容及时有效。③无输血反应。④不需检验血型及交叉试验，无错输血型不合之虑。⑤无传染疾病的危险。⑥不发生溶血反应。对于被胃肠内容物及胆汁污染的血，在没有血源而又急需输血的场合下，只要仔细过虑，加入大量激素及抗菌素，也非绝对禁忌症[5]。我们在抢救脾破裂的工作中，有在无血源或血源不足的情况下没有进行自体血回输导致病人死亡的沉痛教训。如 1 例 23 岁女性病人，被确诊为外伤性脾破裂，入院时一般状况尚好，血压、脉搏稳定，因为无血源，顾虑手术风险太大，未进行手术而死亡。另 1 例 32 岁男性病人，脾及左肾

维普资讯 http://www.cqvip.com

破裂，腹腔内积血达 3000ml 以上，由于血源不足，又未回输自体血，行脾及左肾切除术后，尽管大量输晶体及胶体液，病人血压逐渐下降，最后死亡。对于前者，如果能果断地手术，并自体血回输；对于后者如能大量回输自体血，也许能挽救他们的生命。自体血回输在技术上并不复杂，一般医院都能具备，只是没有实施利用。如果在无血源或血源不足时积极回输自体血，对救治病人的生命将有很大帮助。

四．非手术治疗外伤性脾脏损伤，近年已有较多报道，并有了丰富的经验，病例选择应符合下列条件：①明确脾破裂的存在。②除外合并腹内其它脏器损伤。③确认损伤无继续活动性出血。还应认识到有活动性出血的部分患者，如予非手术治疗，有可能自行停止出血，但无活动性出血的部分患者，若不手术治疗也有可能再出血。因此，对于伤后一般状况较好，血压、脉搏稳定，被确认为腹腔内积血不多的病人，可采用非手术治疗，但在治疗过程中，应严密观察，发现有继续出血或再出血者及血液动力学有变化者，应手术治疗。

参考文献

1. Berrington JD. Surgical repair of a ruptored spleen in children. Arch Surg 1977；112：147.
2. O'neal BJ. McDonald JD. The risk of sepsis in the asplenic adult. Ann Surg 1981；194：775.
3. Orda R, et al. Postsplenectomy Splenic activity. Ann. Surg 1981；194：771.
4. 刘乐欣. 脾脏外科回顾与展望. 国外医学外科分册. 1982；6：337.
5. 应诗达. 术中自体输血的应用. 实用外科杂志. 1987；2（7）：60.

回肠恶性肿瘤 2 例诊治分析

铜陵有色金属公司职工总医院肿瘤科　章帮兴　周蔚翔

（安徽铜陵，邮政编码 244000）

我院普外科 1989 年至 1990 年度收治小肠肿瘤 2 例，均在回肠段，占同期消化道恶性肿瘤 1.2%，本文复习此 2 例的诊治过程，旨在总结经验教训以提高对回肠恶性肿瘤的认识及鉴别诊断能力。

病例报告：例 1，男性，71 岁，1989 年 6 月 3 日入院，主诉腹痛、腹胀纳差 1 个月，无手术及外伤病史。体检：消瘦，上腹部膨隆，可见肠型及蠕动波，未触及腹块，肠鸣音亢进，立卧位平片示："低位不全性机械性肠梗阻"。钡剂灌肠、摄片示："直肠、结肠、盲肠正常"。同年 7 月 6 日剖腹探查见：小肠广泛高度扩张，距回盲部 40cm 处有环状缩窄段，长约 1.5cm，仅容 1 指尖，行根治切除。术后病理示："回肠缩窄型未分化腺癌"，并行化疗。

例 2. 女性，56 岁，1990 年 3 月 5 日入院，主诉头晕乏力 10 年，黑便 1 月，既往有原因不明的贫血史 10 年。体检：消瘦、贫血貌、腹平软，未及腹块。辅检：Hb3.5g/L，B 超、胃镜、钡餐摄片检查均未发现异常。5 月 2 日行全消化道造影示：回肠占位性病变，术中见距回盲部 100cm 系膜侧有 4×8cm 新生物，与盆腹膜粘连，术后切开肠壁见新生物部分突向肠腔，表面有浅表溃疡，附血痂，病理示："回肠平滑肌肉瘤"，术后化疗。

讨论：据文献报告，小肠恶性肿瘤仅占消化道肿瘤 0.2%～3%，其中腺癌占 50%，类癌占 35%，平滑肌肉瘤占 15%，因此临床医生容易忽视该病的诊断，小肠占消化道总长度的 75%，小肠肿瘤罕见，可能与下列因素有关：①小肠内容物呈流体状态，通过迅速，致癌物接触时间短；②小肠内细菌代谢能力低，将某些成份转变为致癌物的量少；③小肠具有抗癌能力；④小肠分泌 IgA 中和病毒，碱性 pH 值能降低强致癌物 3、4 苯骈花的活性。

小肠癌的病理类型有 3 种：环缩型、乳头状息肉型、溃疡型。例一为环缩型，表现为慢性不全性肠梗阻，癌肿沿管壁呈浸润性生长，使肠壁增厚僵硬，肠腔狭小。小肠平滑肌肉瘤可由平滑肌瘤恶变所致，尤其是腔外型平滑肌瘤，此瘤特点是向腔外生长，易与腹膜粘连，良性期即易于发生中心部出血坏死表现为溃疡型，本文例 2 即为此型，表现为高度贫血，间歇性柏油样便，病史长达 10 年，但