维普资讯 http://www.cqvip.com

综上所述，腹横筋膜加固缝合治疗斜疝比传统方法更有效地修补和加强了腹股沟管后壁及内环，复发率低，是一种较理想的手术方法。

参 考 文 献

1. 刘承训. 腹横筋膜在腹股沟斜疝修补术中的应用. 普外临床, 1998, 3: 142－143.
2. 薛元华. 腹股沟斜疝常用的手术方法. 实用外科杂志, 1986, 6: 62－63.
3. 黄筵庭. 有关近代腹股沟疝修补的一些问题. 实用外科杂志, 1989, 3: 145－146.

（收稿：2000-11-03）

·短 篇·

无脊髓损伤的寰枢椎骨折脱位

焦尚起* 刘文峻* 戴力杨**

寰枢椎结构复杂而特殊，其损伤不仅会导致比脊柱其他部位更为严重的肢体瘫痪，而且可直接危及生命。寰枢椎损伤患者的急救与治疗之关键在于早期即作出正确的诊断，否则可能导致严重后果。由于部分寰枢椎损伤并无脊髓损害症状和体征，临床上容易误诊、漏诊，一旦发生，则可因寰枢椎损伤未得到及时治疗而加重病情。我院自1988～1998年共收治寰枢椎骨折脱位22例，其中8例无脊髓损伤。现报告如下。

一、临床资料

1. 一般资料：本组病人男6例，女2例。年龄最小29，最大58岁，平均43岁。交通伤5例，运动伤2例，高处坠落伤1例。寰椎后弓骨折1例，枢椎椎体骨折2例，齿状突骨折（Anderson-D'Alonzo分型Ⅰ型）2例，寰枢椎旋转半脱位（Fielding分型Ⅰ型）3例。8例病人中于外院漏诊3例，1例为寰椎后弓骨折，2例为寰枢椎旋转半脱位，漏诊率为37.5%。伤后就诊时间2h至3d，平均21h。

2. 临床表现：全部病例均有寰枢椎部位的疼痛，深压痛及颈部僵硬、活动受限。其中2例病人出现一过性双侧上肢麻木无力，2例合并有肋骨骨折，3例伴有面部软组织伤。

3. 诊治经过：所有病人均行颈椎正侧位X线检查及CT检查，8例病人中4例经X片检查即可确诊，4例经CT检查后方可确诊，其中1例为寰椎后弓骨折，1例为齿状突Ⅰ型骨折，2例为寰枢椎旋转半脱位。8例病人例伤后2～4h行颅骨骨牵引，1例伤后24h行颅骨骨牵引，2例伤后3天行颌枕带牵引。牵引4～6周后改为围领固定2～3月。

4. 治疗结果：经牵引治疗，患者头颈部疼痛症状消失，颈部活动受限明显减轻。随访2～7年，平均4.6年，骨折均获得愈合，参照贾连顺的标准结果优7例，良1例。

二、讨论

1. 寰枢椎损伤特点：寰枢椎为头颅与脊柱的移行部位，解剖结构在整个脊柱中最为复杂和特殊，其椎管内为延髓和颈髓的移行部，寰枢椎骨折脱位不仅会导致比脊柱其他部位更为严重的肢体瘫痪，而且可直接危及生命，因此寰枢椎损伤在所有脊柱损伤中病情最为严重，预后也最差，有作者报告314例颈椎损伤，死亡28例，多数发生在上颈椎损伤。

寰椎骨折占上颈椎损伤的25%，一般分为三型：Ⅰ型为寰椎后弓骨折；Ⅱ型为寰椎侧块骨折；Ⅲ型为寰椎前后弓双骨折，即Jefferson骨折。本组1例为Ⅰ型，高处坠落致伤，受伤机制为垂直传导暴力，由于X线显示不清，外院漏诊。

枢椎骨折包括齿状突骨折、椎弓骨折和椎体骨折。枢椎椎体骨折分三型：Ⅰ型为冠状面的骨折；Ⅱ型为矢状面的骨折；Ⅲ型为水平面的骨折。本组2例枢椎椎体骨折为运动伤所致。枢椎椎弓骨折即Hangman Fracture，Levine和Edwards将其分三型：Ⅰ型包括所有无移位骨折和无成角且移位小于3mm的骨折；Ⅱ型为双侧关节突骨折合并大于3mm的向前移位且成角；Ⅲ型有严重的成角和移位，椎弓断裂伴随单侧或双侧小关节脱位。Anderson-D'Alonzo将齿状突骨折分为三型：Ⅰ型为齿状突尖部斜形骨折；Ⅱ型为齿状突和枢椎椎体结合部骨折；Ⅲ型为经枢椎椎体的骨折。本组2例齿状突骨折为Anderson Ⅰ型，均为交通伤，分析其受伤机制多由水平剪切加轴向压缩引起。

寰枢椎旋转半脱位通常发生在车祸中，临床表现为头颈僵直，旋转活动受限，影像学表现为齿状突与寰椎侧块对应关系的变化。Fielding将其分为四型：Ⅰ型不伴枢椎前脱位，移位距离不超过3mm，即寰椎横韧带无损伤；Ⅱ型移位3～5mm，可能合并横韧带损伤；Ⅲ型寰椎向前移位超过5mm；Ⅳ型为寰椎后移位。本组3例寰枢椎半脱位均为交通伤，按Fielding分型属Ⅰ型。

因颈椎管直径较宽、缓冲空间大，所以部分寰枢椎损伤并无脊髓损害症状和体征，临床上容易误诊、漏诊。本组无神经症状者占同期寰枢椎损伤的36.4%（8/22）。一旦发生漏诊或误诊，可因寰枢椎损伤未得到及时治疗而加重病情。因此寰枢椎损伤患者的急救与治疗之关键在于早期即作出正确的诊断。

（转第18页）

* 作者单位：300381 天津市解放军464医院骨科
** 上海市第二军医大学长征医院骨科