维普资讯 http://www.cqvip.com

到接种泡球蚴组织匀浆具有如下优点：①操作简便，接种小鼠不用麻醉，一个人即可操作，并节约了大量时间。②对小鼠损伤小。接种时省去了手术操作，从而避免了损伤、出血等引起的动物死亡。③接种成功率高。接种泡球蚴组织匀浆后，泡球蚴组织均匀地分散于腹腔，泡球蚴组织及原头蚴易于附着于腹腔脏器或腹膜表面，从而利于泡球蚴的生长。同时还应该注意到：①接种时每一步操作都要按无菌操作要求进行，以避免小鼠腹腔感染。②泡球蚴组织要认真修剪，去除宿主脏器组织及结缔组织。②对泡球蚴组织要研磨的尽量碎，以防堵塞注射器针头。我们认为，用将泡球蚴组织剪碎后组织研磨器研磨，可以满足这一要求。研磨后用生理盐水漂洗三次，去除上清液及沉淀物，保留中部泡球蚴组织混悬液用于接种则接种成功率提高。③为了防止感染，可在下久的将来混悬液中按 100IU/ml 加入青霉素。④整个操作过程要在尽量短时间内进行，以防泡球蚴组织变性、坏死。

参 考 文 献

1. Schantz PM, et al. Effect of albendazole on Echinococcus multilocularis infection in Mongolian jird. J Infect Dis, 1990, 162: 1403 - 7.
2. 刘约翰，等. 阿苯哒唑治疗小鼠泡球蚴病的实验研究. 全国首届包虫病影像学、治疗学暨国际包虫病防治学术会议. 乌鲁木齐，1998: 42.
3. 李富荣，等. 吡喹酮脂质体、吡喹酮、阿苯哒唑、氟苯哒唑和甲苯哒唑对泡球蚴病的疗效观察. 中国寄生虫病防治杂志，1995, 8(1): 31 - 34.
4. 姚云清，等. 丙硫苯咪唑治疗长爪沙鼠泡球蚴病的效果. 实用寄生虫病杂志，1994, 2(3): 16 - 18.
5. 张京元，等. 泡球是细人工感染沙鼠的实验观察. 中华医学杂志，1987, 67(3): 152 - 154.

(收稿：1999-05-04)

小肠恶性肿瘤致肠套叠11例分析

郑裕隆*

由原发性小肠肿瘤致肠套叠多系良性肿瘤所致，由恶性肿瘤引起的较少。我院曾收治小肠肿瘤并发肠套叠11例，均经手术及病检证实，现报告如下。

一、临床资料

本组男9例，女2例；年龄7～75岁，平均43.5岁。病程7小时～16个月，平均3.8月。全组均有腹痛、腹胀1例，恶心、呕吐5例，腹泻粘液血便5例，便秘1例，食欲减退2例，体重减轻3例，畏寒发热、贫血各2例。腹部检查：肌紧4例，压痛10例，反跳痛4例，肿块5例；腹腔穿刺获血性液者1例，腹部X线检查示多处气液面者2例，X线钡餐检查见球部变形者1例，钡灌肠至结肠受阻，呈杯口状，弹簧改变或不规则欠盈缺损者4例。术中均见顺行性肠套叠，套入肠管8～20cm，平均12cm，属回回型4例，回盲型1例，回结型6例，肿瘤距回盲瓣10～60cm，平均22cm，居套叠中10例，在套叠近端1例，肿瘤大小2～13cm，平均4.8cm，形态为扁圆形5例，不整形3例，葫芦形、菜花形、分叶形各1例，生长方式呈腔内型10例，腔内外型1例，单发10例，多发1例（系未分化癌，有癌灶6个）。病检示空肠平滑肌肉瘤1例，回腺未分化癌4例，腺癌1例，恶性淋巴瘤3例，肠粘膜淋巴组织恶性淋巴瘤1例，间质瘤1例。淋巴结转移4例，肠坏死2例。作肠部分切除6例，回盲肠切除1例，右半结肠切除4例。术后均康复。

二、结果和讨论

1. 病理　由肿瘤引起的肠套叠多见于成人，很少发生在小儿，其发病率前者可高达60%，后者仅0.8～1.6%。综合国外成人肠套叠22组3254例中，由肿瘤诱发的占62.4%[1]，其中良恶性肿瘤约各半，国内成人肠套叠22例2177例中，由肿瘤引起的占12%，其中良性瘤7.7%，恶性瘤4.3%，但肿瘤发生率及其性质与套叠部位有关，Felix在成人肠套叠1214例中，结肠型占45%，其中良性瘤21%，恶性瘤48%，小肠型占55%，其中良性瘤40%，恶性瘤17%，提示结肠型套叠由恶性瘤而致者较多，而小肠型套叠则因良性瘤诱发者较多。Wilson[2]复习小肠恶性瘤808例，仅1%并肠套叠，而River[3]综合小肠良性瘤1399例，44.8%并套叠。我院历年收治小肠肿瘤126例，发生肠套31.8%，其中良性瘤55例，并发肠套叠52.7%，恶性瘤71例，发生肠套叠15.5%，不同的肿瘤病理类型发生肠套叠有别，本组为腺癌5/32，恶性淋巴瘤4/17，平滑肌肉瘤1/17，间质瘤1/2，类癌、粘液肉瘤、自主神经瘤各1例均未发生套叠；肿瘤部位发生套叠比较为十二指肠0/23、空肠1/18，回肠10/30。

小肠恶性瘤并发肠套叠多见于回肠，尤以回肠末端为甚，此因回肠较长，蠕动强，肠腔窄，发生恶性瘤较多；空肠较少，因其较短，腔隙大，发生恶性瘤较小；十二指肠罕见，虽发生恶性瘤较多，但长径甚短且腔隙大，Sander[4]指出小肠肿瘤致肠套叠发生于十二指肠2%，空肠22%，回肠76%，其中恶性瘤仅27%。另恶性瘤系浸润性生长，发展快，肠壁全层及系膜、淋巴结易被侵，致发生套叠较良性瘤为少。恶性瘤中发生套叠以恶性淋巴瘤较腺癌为多，类癌及平滑肌肉瘤甚少，其他肉瘤罕见。多见于恶性瘤瘤灶较小，浸润不显之早期。小肠恶性瘤所致套叠多急性，单发、顺行性，肿瘤常居套叠中，偶见于套叠近端或远端，肿瘤大小以长径3～5cm为多，形态不一，多属腔内型，此外套叠可合并扭转、出血、坏死、穿孔。

2. 诊治　此症临床表现与肿瘤组织类型、形态、部位、并发症类别有关。临床多有阵发性腹痛，恶心呕吐，腹泻、粘液血

* 作者单位　21006　南京市南京医科大学附属南京第一医院

维普资讯 http://www.cqvip.com

便、腹部肿块或伴食欲减退、腹胀、体重减轻、发热、贫血等，病史中偶有腹块存在。钡剂检查有助确诊，通常可发现梗阻部位，呈压缩弹簧或螺旋状，杯口状外观，并充盈缺损，半月形边缘，通过障碍等征。结合病史，体检发现，成年患者，伴有上述症状者应考虑此症。术中所见除套叠外，常可扪及形态及大小各异的肿瘤，质硬脆，易出知、浸润、境界不清，区域淋巴结或远处转移。

诊断一经确立，应尽快作根治性肠切除，包括肿瘤套叠部位及其近远端15～20cm，连同相应区域淋巴结及系膜，并先处理系膜血管，避免挤压套叠部位及肿瘤，运用无瘤操作整块切除，必要时肠腔内灌注化疗药物。由恶性瘤所致回结型或回盲型肠套叠应作根治性右半结肠切除。术后可根据病检确定之肿瘤性质，适当辅以化疗或放疗。

参 考 文 献

1. Felix EI. Adult intussusception: case report of recurrent intussusception and review of the literature. Am Surg, 1976, 131: 758.
2. Wilson JM. Primary malignancies of the small bowel: a report of 96 cases and review of the literature. Ann Surg, 1974, 180(2): 175.
3. River L. Benign neoplasms of the small intestine, a critical comprehensive review with reports of 20 new case. Intern Abst Surg, 1956, 102(1): 1.
4. Sander GB. Adult intussusception and carcinoma of the colon. Ann Surg, 1958, 147(6): 796.

（收稿：1999-09-16）

经皮穿针多种固定治疗股骨颈骨折的体会（附51例临床分析）

蒋志学* 黄丛春* 辛 圣*

股骨颈骨折是老年人常见的一种骨折。多年来，治疗方法不断改进，但疗效仍不很满意。自1990年1月以来，我们对不同类型的股骨颈骨折应用双针起重机式固定架，多针经皮内固定，双头加压螺纹内固定三种方法进行治疗51例，效果满意。现根据临床资料分析讨论如下。

一、一般资料

本组51例，男32例、女19例。年龄14岁～76岁，平均58岁。其中左侧33例、右侧18例。按骨折类型，头下型骨折30例、经颈型16例、基底型5例。其中不稳定性骨折34例。

本组应用双针起重机式固定架方法治疗20例，其中头下型骨折12例，经颈型5例，基底型3例。应用三根针固定方法治疗22例，其中头下型骨折15例、经颈型6例、颈基底型1例。应用双头加压螺纹钉方法治疗9例，其中头下型骨折3例、经颈型5例，颈基底型1例。

二、治疗方法

1. 术前准备：病人入院后作胫骨结节或皮牵引，进行缓慢无损伤复位。当患肢能耐受一定程度的被动内旋和外旋活动时示已复位。对术前正侧位片有移位者，术中作必要的手法复位。

2. 手术方法：①双针起重机架固定：术时患者仰卧于手术台上，患肢保持牵引、将骨盆摆正，严防倾斜。消毒铺无菌巾同一般骨科手术。穿针部位以大粗隆下2～3.5cm处。在预选进针点上分别以尖刀作小戳口，直达深筋膜。先将上一枚针插入，针尖顶住股骨外侧皮质中点，打入骨皮质0.5cm，针尾可上下活动40度时，水平位瞄准进针所指颈干角，再将针尾90度水平位下降6～8mm（下肢中立位时），以满足固定后之前倾角。用骨锤将一枚固定针击入到股骨头软骨面下0.5cm。按照以上方法在下方进针点打入第二枚固定针。两针呈倒"V"型。戳孔不必缝合，用无菌敷料包扎进针点。术后拍摄正侧位X线片明确双针位置，满意后针尾安装起重机式固定架。②三根针固定：手术原则与双针固定方法基本相同。不同点是进针点为大转子下2、3、5cm处，三针正位像排列类似"品"字形。针预先按X线片测定长度或穿针成功后、剪除多余针尾，再击入少许，使针尾仅留皮质外，用无菌敷料包扎。③双头加压螺纹钉固定，操作方法与闭合三翼钉内固定基本相同。唯有双头加压螺纹钉是以配套推进器旋入，而不是锤击打入。钉长度选择应略短于复位后X线影像，以防钉旋入加压使颈相对缩短、致使钉尾留于皮质外过长失去加压作用。皮肤切口缝合1～3针。

3. 术后处理：对稳定性骨折术后即去除牵引，对不稳定性骨折术后继续牵引1～2周。术后患肢保持中立位，鼓励病人做股四头肌收缩功能练习。抗菌素应用一周预防感染。一般术后14天左右可作主动直腿抬高锻炼，3周后可扶双拐不负重下地。此时，病人可出院疗养。但在骨折愈合前严防向患侧侧卧，患肢盘腿及负重。以后每1～2个月进行X线照片复查一次，待骨愈合后方可去除双拐，逐渐恢复患肢负重。

三、治疗结果

本组51例，住院天数16～56天，平均28天。双针固定架去除时机，依达到临床愈合标准确定，平均94天；另两种方法固定针最短保留1年、最长保留3年以上。骨愈合时间与文献统计大致相符。

本组49例治疗期达6个月，并获得随访。其中用双针固定者19例，骨折愈合18例，另一例头下型骨折拔针后再骨折。用三根针固定者22例和用双头加压螺纹钉固定者8例，骨折均愈合。总计骨愈合率97.9%（48例），骨不连接率2.1%（1例）。

在49例中有42例经过18个月以上的随访。优良率达88.09%。优24例（无疼痛，可以全下蹲，能从事原工作者），其中双针固定架法5例，三根针固定法16例，双头加钉法3例；良13

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯大学附属第二医院骨外科