维普资讯 http://www.cqvip.com

型骨折，其中一例未愈合，股骨头变形坏死；2例愈合后股骨头发生坏死，行走疼痛，跛行，占10%。

3 讨论

折断式螺纹钉加压内固定呈多方向交叉固定，能防止股骨头的旋转，最下方的钉经股骨距部位，沿压力应力骨小梁固定，使骨折面产生压缩应力，从而抵消了使骨折面分离应力，使骨折面处于"挤压"状态。应力刺激作用同时促进骨折的愈合。

多钉加压螺纹钉对股骨颈骨折，由于钉有螺纹，不易松动、游走，从而避免了部分出现股骨头旋转或退钉现象及骨折端不稳定。对于有移位的Garden Ⅲ、Ⅳ型股骨颈骨折，加压螺纹钉尤为适用，比用其他类型的内固定失败率低[1]。本组4例头下型粉碎骨折，用加压折断钉内固定，效果较差，术后1例未愈合，2例股骨头坏死，所以对于这一类骨折，不适用单纯折断加压螺钉内固定。本文认为股骨颈骨折的移位程度与疗效成反比，良好的骨折对位与对线是骨折顺利愈合的关键。因为复位不良影响到骨折的接触面，阻碍股骨头血运的重建，所以良好的复位对于保证骨折修复的内在环境极其重要，是骨折愈合的基础和手术成功的关键。因此，对于头下型粉碎骨折者，不要勉强采用此法，应改用切开复位。在骨折端植入缝匠肌蒂骨瓣无疑有利于增加其血供与加速头颈部骨折的修复，有利于骨折的愈合[2]。

[参考文献]

[1] Parker MJ, Porter KM, Eastwood DM, et al. Intracapsular fractures of the neck of femur. Paraller or crossed garden screws[J]. J Bone Joint Surg Br, 1991, 73(5): 826-827.

[2] 邓 建，李乐年，高远孚，等. 股骨头血供来源的应用解剖学研究[J]. 中华骨科杂志，1987, 7(3): 22.

（编辑：余汇洋）

12例双侧输尿管结石经腹一次性切开取石治疗体会

Removal of bilateral ureteral calculi by transabdominal incision in12 cases

李方义[1]，徐志纯[2]，何旭革[2]
（1. 鞍山市中心医院泌尿外科，辽宁 鞍山 114002；2. 鞍山钢铁集团公司立山医院泌尿外科，辽宁 鞍山 114032）

[关键词] 输尿管；结石
[中图分类号] R693.4 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2004)02-0105-02

1996至1998年，我院采用经腹切开摘取12例双侧输尿管结石，取得满意疗效，报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组12例中，男9例，女3例。年龄52~68岁，平均60岁。其中4例为双侧输尿管中段结石，5例为一侧上段一侧下段，3例为一侧上段一侧中段，3例合并一侧肾结石，2例尿闭急诊行双侧输尿管逆行插管，1例插管失败，经B超及KUB、CT明确诊断，7例积水不重，行ESWL治疗1~2次排石不佳。除尿闭性双侧输尿管逆行插管失败急诊手术外，所有病例均常规行血液生化检查，IVP和(或)双侧逆行肾盂造影，以评价肾功能明确积水程度及结石大小、部位。其中7例BUN、Cr增高，5例合并感染，先行双侧输尿管逆行插管留置1~2周，并使用有效抗生素治疗，加强支持疗法，纠正贫血及水电解质酸碱平衡，术前洗肠一次，置胃管。

1.2 手术方法

手术当日再次拍腹部平片定位，取腹部正中切口或绕脐，切口大小及部位根据结石部位而逐层切开腹壁各层入腹，先取梗阻轻的、位置低的一侧，将小肠及该侧结肠用大盐水纱布移向对侧，保护、暴露该侧结肠旁沟于结肠外1 cm，根据腹部平片显示的结石部位，切开后腹膜约5~6 cm；将该侧结肠向内侧拉开，以手指沿腹膜后组织间隙钝性分离，找到输尿管及结石，于结石上方行输尿管切开取石，肠线缝合输尿管，放置乳胶引流管于腹膜后腹壁引出，缝合该侧后腹膜。同法取出对侧输尿管结石，如一侧合并肾结石，腹膜后切口上延至肝曲或脾曲，向内推开结肠，切开肾筋膜，游离显露肾脏，行肾切开取石。

2 结果

12例患者，术后2~3 d排气拔胃管，4~6 d拔腹膜后引流管。2周后复查BUN、Cr恢复正常，全部治愈出院。术后2个月至半年复查IVP显示肾积水明显减轻或消失，随访半年至2年无肠粘连肠梗阻发生。

3 讨论

双侧输尿管结石占泌尿系结石5%[1]，因易引起梗阻性少尿、无尿，造成急性肾功能衰竭，已经引起临床医生高度重视，ESWL治疗输尿管结石的方法，已在世界范围内广泛应用，治疗成功率90%~98%[2]。但对于病程长，结石过大或肾功能差者，治疗不应超过2次。如无效，应行手术治疗，分次手术取

[收稿日期] 2003-09-07 [修回日期] 2004-01-08

维普资讯 http://www.cqvip.com

石，这样损伤大，住院时间长，给患者带来二次手术痛苦，且因延误手术时间，使未取石侧的肾功能进一步受损，不利于术后肾功能恢复。有人报告，经一侧腰部切口摘取双侧上尿路结石，但术野狭小，切口对侧输尿管显露不充分，存在结石固定不佳，滑入肾盂，导致取石失败的可能，且后腹膜剥离较大，易造成十二直肠及下腔静脉损伤，术后腹胀较重。本文认为，双侧输尿管结石如ESWL治疗失败或不适合ESWL的治疗，经腹手术实为可取，其优点：①腹部正中切口，无需切断肌肉、血管及神经，出血少，术后恢复快；②切口捷近，开阔，易于暴露，术野清晰，不易造成内脏损伤及上段输尿管结石滑入肾盂；③手术适应证广，双侧输尿管上、中、下部位结石均可一次性切开取石；④能及时彻底解除双侧梗阻，缩短住院时间，避免二次手术给病人带来的痛苦。但经腹手术，术后有粘连可能，术中应注意肠管保护，防止术后粘连发生。

[参考文献]

[1] Eisenberger F, schmidt A. ESWL and the future of stone management [J]. World J Urol, 1993, 11(1): 2-6.

[2] 郭应禄. 开展体外冲击波碎石的体会[J]. 中华泌尿外科杂志, 1989, 10(4): 193.

(编辑：兰阳军)

心脏外伤并发急性心包填塞影像特点与救治体会

Radiographic characteristics of heart trauma complicated with acute pericardial tamponade and experiences in treatment

白德巍，黄继红，刘世杰

(鞍山钢铁集团公司立山医院胸外科，辽宁 鞍山 114032)

[关键词] 心脏外伤；心包填塞

[中图分类号] R542.12；R322.11 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2004)02-0106-02

心脏外伤多由锐器刺伤前胸心脏危险区引起，当并发急性心包填塞时可因心源性休克导致伤员死亡。自1980年至2002年8月间，我科收治7例心脏外伤并发急性心包填塞患者，其中2例在入院途中呼吸和心跳停止，临床死亡；5例经手术抢救治愈。现结合文献将心脏刀刺伤并发急性心包填塞影像特点和救治体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

7例心脏外伤患者中，年龄12~26岁。男5例，女2例。外伤均为刀或锐器刺伤左前胸，伤口1.5~2.5 cm。主要症状为面色苍白、出冷汗、呼吸急促、颈静脉怒张、心音弱。其中2例入院前已死亡。

1.2 X线表现及术中所见

X线胸透示心影增大，各弓消失，心脏搏动减弱或消失。术中见右室前壁有0.5~1.0 cm裂伤，心包扩张，心包腔积血100~300 ml。

1.3 治疗方法

本组5例急诊行开胸手术，清除心包腔积血，修补心脏裂伤，无并发症出现。

2 结果

所有病例经手术治疗，病情稳定，全部治愈出院

[收稿日期] 2003-11-18 [修回日期] 2004-02-12

3 讨论

3.1 心脏刀刺伤并发急性心包填塞的临床表现和诊断

当尖刀等锐器刺伤前胸心脏危险区，伤口有活跃性出血或伤口闭塞而伤员却表现严重休克(特别当失血量与休克程度不相符合)时，应注意有心脏损伤可能。我们认为当心脏刀刺伤时由于裂伤喷血，倾刻间充满心包腔，如果心包膜裂口大并保持开放，这样积血易被引流到胸腔，伤员可无急性心包填塞的症状和体征；相反，心包膜裂口小又被血块阻塞时，心脏仍出血不止，伤员可因急性心包填塞而表现特殊的症状和体征，即：面色苍白、呼吸急促、周身冷汗、口唇发紫，颈静脉怒张，心音遥远，血压低，脉搏细弱甚至奇脉，特别当进行X线胸透或摄片时可见心影增大，各弓消失，心博动减弱或消失。本组有5例经手术证实为心脏刀刺伤并急性心包填塞(其中有2例因左胸腔有引流性积血，症状表现较轻，另3例则表现严重)，2例发生院外死亡，后经尸解发现心包腔有大量积血和血块，分析致死原因，主要是心包填塞导致心源性休克最后致使伤员死亡。由此可见心脏刀刺伤并发急性心包填塞的诊断除依据症状和体征外，X线的影像检查不可缺少，X线的影像特点对正确诊断提供了可靠保证

3.2 心脏刀刺伤并发急性心包填塞的救治体会

当心脏刀刺伤并发急性心包填塞时，病情十分危重，抢救工作应争分夺秒进行，现场急救时做心包穿刺放血减压虽能缓