维普资讯 http://www.cqvip.com

过期产儿3例。轻度HIE 24例，中度105例，重度21例。对照组：男94例，女26例。早产儿50例，足月儿68例，过期产儿2例。轻度HIE 20例，中度85例，重度15例。以上两组临床资料无显著差异。治疗组140例做了颅脑CT检查，正常2例均为轻度HIE；蛛网膜下腔出血27例；其余111例表现为不同程度的脑实质低密度改变，其中轻度12例，中度81例，重度18例，合并蛛网膜下腔出血33例，脑室出血5例，脑实质出血2例，硬膜外血肿1例。对照组90例做了颅脑CT检查，正常5例均为轻度HIE；蛛网膜下腔出血19例；脑实质密度改变66例，其中轻度10例，中度42例，重度14例，合并蛛网膜下腔出血25例，脑出血2例。

1.2 治疗方法

全部病例入院后均给予吸氧、纠酸、控制脑水肿及惊厥、脑细胞活化剂，改善微循环等综合治疗，疗程10～15 d，治疗组用能量合剂组进行氧载体透照，每日一次，每次30 min，连用3 d[2]。

2 结果

2.1 疗效判断标准

临床症状于7 d内完全消失为显效，10 d内消失为有效，10 d以上仍不消失为无效。

2.2 疗效比较

治疗组轻度24例均显效，而对照组显效15例。治疗组总显效率为62.67%，总有效率为94.67%。对照组显效率为25%，总有效率为80%。治疗组死亡2例，对照组死亡5例，经统计学处理：两组显效率及总有效率比较均有显著性差异（χ^2分别为36.58及12.36，P均小于0.005）。

3 讨论

氧载体透照疗法是利用特定波长的紫外线和电磁场对治疗液（如葡萄糖等）进行照射，使液体携带能量进入人体血液循环，在血液中释放能量，从而引起一系列光化学和生物效应，提高病人的血氧饱和度及氧分压，改善血液微循环，从而起到了保护脑细胞，促进脑细胞功能恢复的作用[3]。

本文150例HIE由于早期应用氧载体治疗仪进行辅助治疗，减少了脑损伤，阻止病情恶化，缩短了疗程，提高了治愈率，对减少HIE后遗症的发生有较好的疗效。

[参考文献]

[1] 金汉珍. 实用新生儿学[M]. 第2版. 北京：人民卫生出版社，1996. 117.
[2] 孟庆云. 新生儿失血性休克抢救成功一例体会[J]. 局解手术学杂志，2003，12(1)：23－25.
[3] 董建英，丰淑林，孙玉梅. 气管插管在抢救新生儿窒息中的作用[J]. 局解手术学杂志，2003，12(1)：57－58.

（编辑：张天飞）

加压折断式螺纹钉内固定治疗股骨颈骨折

Internal fixation for femoral neck fracture with cannulated compression screw

王继琛，李 海，王 乐
（武警海南总队医院骨科，海南 海口 570203）

[关键词] 股骨颈骨折；骨折固定术；加压螺纹钉
[中图分类号] R683.42；R687.32 [文献标识码] B [文章编号] 1672－5042(2004)02－0104－02

本文自1998年5月至2001年5月采用多枚加压折断式螺纹钉内固定治疗股骨颈骨折50例，取得较好效果，现报告如下。

1 资料与方法

本组50例，男24例，女26例。年龄20～80岁。骨折部位：基底部20例，股骨颈部18例，股骨头下12例。受伤后至手术时间最长20 d，最短2 d，平均9 d。

本组病例均采用加压折断式螺纹钉内固定，病人入院后行胫骨结节骨牵引1～4 d，一般都可获得解剖或近解剖对位，个别患者出现股骨头旋转错位，则须加手法复位，在硬膜外麻醉下，经透视再次确认复位。取髋关节粗隆下外侧切口，长约3～4 cm，切开皮肤、皮下组织，逐层进入直达骨干。X光下定位进针点，分别在大粗隆下1.5 cm、3.5 cm处向股骨头方向为进针点，钻入3枚斯氏针，透视下确认方向和深度合适后，逐根取出斯氏钉，钻入长度合适的加压折断式螺纹钉，过骨折线直到股骨头下0.5 cm。侧位拍片复查正确后，折断骨皮质外之螺纹钉尾部分。冲洗切口，逐层缝合。术后患肢屈膝外展皮肤牵引，穿"丁"字鞋以防旋转。3 d后功能练习股四头肌，3个月后扶拐患肢不负重行走，逐渐过渡至6个月后去拐行走。

2 结果

本组50例于手术后复查髋关节正侧位片，其中30例均定期拍片复查，且获得6～24个月的随访，平均15个月。功能评定：优20例，骨折愈合，功能恢复，股骨头无坏死，基本恢复伤前情况，占66.6%；良7例，骨折愈合后偶有疼痛，股骨颈略有缩短，股骨头无坏死，生活能自理，占23.3%；差3例，均为头下

[收稿日期] 2003－12－10 [修回日期] 2004－02－10

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