维普资讯 http://www.cqvip.com

进行康复训练。目前，应用的持续性被动运动装置(CPM)，不仅能促进关节功能的康复，而且经实验证实还能使纤维软骨转变为透明软骨，重建关节中正常的软骨结构[11]，对恢复髋关节的功能有重要意义。

综上所述，发育性髋脱位(DDH)治疗的成功与否，与治疗时的年龄、术前准备、手术方式的选择及手术中的具体操作技巧、术后制动及功能康复训练密切相关。我们应根据每例患儿的具体情况制定合适而详尽的手术治疗计划，是可以取得令人满意的疗效的。

参 考 文 献

1. 马承宣. 有关先天性髋关节脱位的几个问题. 全国髋关节外科专题座谈会论文选编, 1987. 168.
2. 马承宣, 房伦光, 刘贵林, 等. 髋臼造顶术治疗大年龄儿童先天性髋脱位的临床病理及生物力学基础. 中华小儿外科杂志, 1985, 6: 6
3 White RE, Sherman FC. The hip shelf procedure J Bone Joint Surg (Am), 1980, 62: 928
4. Severin E. Contribution to the knowledge of congenital dislocation of the hip joint. Chair Scand, 1941, 63(Suppl): 1 – 142.
5. Mckay DW. A comparison of innominate and pericapsular osteotomy in the treatment of congenital dislocation of the hip. Clin Orthop, 1974, 98: 124 – 132.
6. 张树江, 龚代贤. 先天性髋脱位治疗后的远期疗效观察. 中华小儿外科杂志, 1990, 11(5): 266.
7. 冯家钧, 江启俊, 陶文芳, 等. 先天性髋关节脱位手术后并发症的防治. 中华小儿外科杂志, 1982, 3(2): 96.
8. 汪启俊, 田乃滨, 胡佐民, 等. 关节囊周围截骨术(Pemberton 术)治疗先天性髋脱位. 中华小儿外科杂志, 1980, 1(2): 70.
9 陆裕朴, 胥少汀, 葛宝丰, 等 主编. 实用骨科学. 北京: 人民军医出版社, 1993. 1 240
10. 刘卫东, 吉士俊, 周永德, 等. 股骨旋转截骨术在先天性髋脱位治疗中作用的评价. 中华骨科杂志, 1998. 15: 69 – 71.
11. Salter RB, Simmond DF, Malcolm BW, *et al*. The biological effect of continuos passive motion on the healing of full thickness defects in articular cartilage. An experimental investigation in the rabbit. J Bont Joint Surg (Am), 1980, 62: 1232 – 1251.

(收稿: 2001-05-28)

·个案与短篇·

壁内阑尾二例报告

范以群* 师秀兰

我院外科近两年内发现壁内阑尾两例，现报告如下。

一、临床资料

病例一，男 23 岁 入院前两天感上腹部及脐周疼痛不适，伴恶心呕吐一次，至入院前 8 小时腹痛转移到右下腹，呈持续性伴阵发性加剧，体温 37.1℃、血压 13.5/8 kPa、脉搏 100 次/min，腹平坦，右下腹腹肌较紧张，右下腹有压痛和反跳痛，以麦氏点压痛最明显，白细胞 13.2×10^9/L、中性 86%，诊断：急性阑尾炎。取麦氏切口进入腹腔后，在髂窝内找到升结肠下段及盲肠，沿结肠带追踪至盲肠末端，未发现阑尾，又找到回肠末段再沿回肠追踪至盲肠也未发现阑尾，然后细心观察盲肠，发现盲肠前内侧壁一条结肠带稍微隆起，用手触摸发现内有一条索状物，才想到为盲肠壁内阑尾。先在阑尾末端切开浆膜，作浆膜下分离，然后沿阑尾长轴剪开至阑尾根部，见阑尾长约 11 cm 充血、水肿、但无粘连，顺利将其切除，经病理检查证实为急性阑尾炎。

病例二，女，40 岁。上腹部疼痛 30 小时，入院前 9 小时腹痛转移至右下腹，伴恶心呕吐两次，体温 36.8 ℃、血压 14/8 kPa、脉搏 90 次/分，腹稍胀，右下腹有压痛和反跳痛，以麦氏点压痛最明显、未扪及包块，白细胞 14.5×10^9/L，中性 86%。诊断：急性阑尾炎。取半月线切口进入腹腔，按常规方法寻找阑尾，未找到阑尾，仔细观察回盲部组织结构，发现盲肠下极内侧壁微微隆起，用手可触摸到一条索状物，直达回肠末段前下壁约 9 cm 处突然终止，沿条索状物长轴切开浆膜和浆膜下分离、发现为壁内阑尾，给以切除，剖开阑尾标本，见腔内有少量脓汁、根部有粪石，送病理检查，证实为阑尾炎。

二、讨论

壁内阑尾是指阑尾位于回盲部组织内，其形成原因是由于阑尾胚胎在生长发育时可因阑尾细小，不能突出浆膜而是在回盲部浆膜下向任一方向延伸，则形成了壁内阑尾。壁内阑尾多无系膜、缺乏专一的血管，其血供来源于盲肠壁内小血管分支，故血运较差。又由于阑尾位于回盲部壁间组织内，其近端均有一定的角度而影响阑尾腔的引流，所以容易发生炎性病变。壁内阑尾发生急性炎症时，临床表现与一般阑尾炎无明显差异，因缺乏特异性症状和体征、故术前诊断极为困难。壁内阑尾的诊断关键在于手术中认真探查和细心辨认。临床上诊断阑尾炎而在手术中找不到阑尾时应想到有壁内阑尾的可能，应细心观察回盲部的组织结构、看有无稍微隆起的阑尾痕迹，还要认真检查回盲肠，用手捏持肠壁轻轻触摸，分别探查盲肠、回肠和附近的肠系膜，若在壁内扪及条过状物，再沿其纵轴可探及末端而突然终止，此时再切开浆肌层即能显露阑尾。

(收稿: 2001-06-30)

* 作者单位: 030900 山西省祁县人民医院