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

维普资讯 http://www.cqvip.com

例(偶有轻微疼痛,可以全蹲或半蹲,能从事家务劳动者),其中双针固定者8例,三根针固定者3例,双头加压钉固定者2例;可4例(有微痛,可半蹲,能从事部分家务劳动,生活可自理),其中双针固定架法2例,三根针固定者2例,双头加压钉法1例;差1例,系62岁女性,有骨质疏松,头下型骨折双头加压螺纹钉固定头旋转错位者,X线片显示股骨头呈Ⅰ期坏死,但不影响一般性活动。

四、讨论

股骨颈骨折的治疗,诸多方法中,经皮穿针固定已受到广泛的固定。应用双针起重机或固定架时,针位应尽可能紧贴颈的内外侧骨皮质和股骨矩,下一枚针较长上一枚针倾斜度稍大,以适应其压应力和拉应力,避免轴向的旋转力,以满足较细的双针克服较大的应力需要。另外双针若均平直或均过于平斜,而不是近似倒"V"字型,则可能使针易于脱出。在击入双针时尚未见股骨头旋转移位,此与针较细,易于穿入有关。此法具有内外固定的双重作用,又具有足够的抗内翻力,但针尾长期保留于皮外,针孔炎性反应应引起足够重视,应加强护理。曾出现1例病人带针架回家疗养,返诊时因针道感染而终止该项治疗的例证。本组1例头下型骨折的病人由于带架活动,治疗64天后骨折线模糊,拔针后数日再骨折,可以说明头下型骨折不如选用三根针更能保证疗程,用于相对愈合较快的基底型骨折是适宜可靠的。对本组二例少见的少年型股骨颈头下型骨折追踪5年观察完全恢复正常,一定程度上少儿期股骨颈骨折愈合快,易于满足带架时间。

加压螺纹钉,加压螺纹钉具有多根、多方向、体积小、钉尾有螺纹。固定位置可"强斜"、"贴边"、"交叉"等优点。符合力学原理[1]。其手术创伤最小又有断端加压的作用。采用双头加压螺纹钉固定时,钻骨皮质孔时,与骨干垂直,钻入骨内再将钻头倾斜50~60度指向股骨头,以免损伤过大或重复钻孔而失败。该方法优点是:①双头加压固定后折端嵌插严密有利骨愈合;②钉尾紧贴骨皮质,术后疼痛与感染发生率极低。不足是:①有严重骨质疏松者,可造成钉陷入或松动;②术中对头下不稳定性骨折,当加压钉通过骨折线旋入近折端时,股骨头发生旋转移位较难控制,本组1例头坏死是否因此加重了血供破坏有关,值得引起重视。该方法用于经颈型和稳定性头下型骨折具有优越性。

施行三根针固定时,三根针交叉于股骨颈部,两端呈"扇形"比较符合力学原理,内固定可靠。因针尖端有足够长度和深度的螺纹,本组病例骨愈合前无针的前进及退针发生。对比中可以看出本法适应范围较宽,除非头后方骨折片大者,不同类型股骨颈骨折均适用。需注意的是基底型骨折三根针应强斜,以增加固定的力臂,加强骨折端稳定性,或采用双针起重机式固定架更稳妥。术中加针尾埋入不够,致使针尾刺激深筋膜,是少数病例术后穿刺部位疼痛的主要原因。临床资料分析可以看出本组病例治疗效果优于其它两种治疗方法。

经皮穿针固定病人可达到早期活动,意味着病人从卧床和牵引中解脱出来。造成断骨的人工机械性连接,尚未达到生物愈合。因此,术后忽视对病人的康复过程耐心指导,也是降低疗效的因素之一。特别是出院疗养病人如过早的弃拐负重,造成折端应力和股骨头的过度受压,必须影响骨愈合,致使头坏死的发生机会增多。值得探讨的是有关拔针时机,我们认为,骨折线的消失不应作为股骨颈骨折拔针的可靠依据。最好再观察半年以上为宜。此外,为保障疗效,不能忽视术后对病人治疗全过程正确指导管理。本组病例随访时间有了限,有待今后进一步观察总结。

参 考 文 献

1.谷遐龄.130°角钢板治疗股骨粗隆间骨折(附30例报告).骨与关节损伤杂志,1992,1:29.

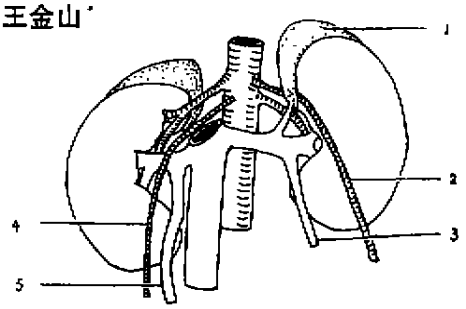
(收稿:1999-10-29)

·个 案·

卵巢动脉起始走行异常一例

吴宣忠* 高佩虹* 王金山*

我们在解剖一具约14岁女尸时,发现两侧卵巢动脉起始走行异常,报告如下:右侧卵巢动脉起自右肾动脉的下方,发出后,经过下腔静脉后方、右肾静脉前方、右肾下端内侧,向下达右髂窝内侧,分布到右侧卵巢(位于右髂窝)。左侧卵巢动脉从左肾动脉的上方发出,向外下穿左肾上腺实质,从左肾上腺静脉后方穿出,逐步经过左肾前外侧、乙状结肠系膜后方、小骨盆上口入盆腔,分布于左侧卵巢(位置正常)(附图)。临床上,做肾、肾上腺、乙状结肠等手术时,应警惕卵巢动脉的变异,以免误伤。此外,右侧卵巢静脉注入右肾静脉。



附图 卵巢动脉起始走引异常

1.左肾上腺 2.左卵巢动脉 3.左卵巢静脉
4.右卵巢动脉 5.右卵巢静脉

(收稿:1999-08-30)

* 作者单位:276002 山东省临沂卫生学校