维普资讯 http://www.cqvip.com

胃平滑肌肿瘤中良恶性约各半，国内917例中胃平滑肌瘤18.3%、平滑肌肉瘤50.5%，平滑肌母细胞瘤1.2%，后者多良性，约10%恶性或潜在恶性。

（二）诊治 患者男性略多，常见于中年以上，本组>40岁者占91.7%。临床表现与肿瘤部位、大小、性质、生长特性、并发症类型等有关。早期多无明显症状，待肿瘤增大或出现并发症时始就诊，主要症状为腹痛、腹块、消化道出血。平滑肌瘤常向腔内或腔内外生长，病程长、症状不显。平滑肌肉瘤生长较快、瘤体大，多向腔内外或腔外发展、病程短，症状出现早并进行性加剧、食欲减退、体重减轻、贫血，发热多系晚期症状。胃镜检查、影像检查、X线钡餐检查、CT、MRI等可确诊。

胃平滑肌肿瘤一经确诊，无论良恶性，均应手术切除，手术方式根据肿瘤大小、部位、性质而定。良性瘤较小，可将肿瘤连同周围胃壁（3cm）局部切除，体积较大、多发、疑恶变者应作胃大部切除术。恶性瘤对放射及化疗均不敏感，即使瘤体较小，也以胃大部切除为主。位于胃底、胃体者以近端胃大部切除，食管残胃吻合为佳。位于幽门者可选择远端胃大部切除，胃十二指肠或空肠吻合。肿瘤巨大、多发病灶、复发病例考虑全胃切除，若浸润周围组织或脏器可一并切除，由于恶性瘤多经血运转移，一般不作常规淋巴结清扫。在腹部其他疾患手术中如发现胃平滑肌肿瘤，若不影响主病治疗，病情稳定，可予切除。胃平滑肌瘤术后应定期随访，一旦复发可考虑再次手术。

参考文献

1. Palmer ED. Benign intramural tumors of the stomach, A review with special reference to gross pathology. Medicine, 1951, 30(1): 81.
2. 郑裕隆. 胃良性肿瘤2819例综合统计. 肿瘤研究与临床, 1997, 9(3): 58.
3. Skandalakis JE. Smooth muscle tumor of the small intestine. Amer J Gastroent, 1964, 47(2): 172.
4. 郑裕隆. 消化道平滑肌肿瘤2543例综合统计. 医学新知杂志, 1997, 7(2): 81.

（收稿：1998－07－20）

空心加压螺纹钉

37-38 股骨颈骨折 针刺手术治疗 16

空心加压螺纹钉手术治疗股骨颈骨折

苏万海* 牛广续 宋新平 陈进利 张世宏

R683.4205

随着社会老龄化，老年性骨质疏松症的日益增多，中老年股骨颈骨折的问题越来越受到重视。我们自1994年12月到1997年3月采用多枚空心加压螺纹钉手术治疗中老年股骨颈骨折共21例，收到良好效果。现总结报告如下。

一、资料和方法

1. 本组21例病人，男性13例，女性8例，年龄42～71岁。头下型10例、经颈型5例，基底型6例。平地滑倒伤17例，车祸4例。就诊时间：最长1月1例，其余均在伤后1～72小时内就诊。

2. 方法：术前患肢皮牵引3天至一周。手术均在X光透视下进行。采用硬膜外麻醉，平卧位。手术前用下肢骨牵引器将患肢固定于外展45～60度，内旋15～30度、荧光下监视骨折端解剖复位。常规消毒铺巾，采用股骨大转子下外侧直切口，长5～8cm，分离至骨质后，在大转子下3cm（A点）与1cm（B点）处，分别钻入两枚导针，其中A点的导针位置较重要，它从股骨距上穿过，位于股骨头轴向正中位置。角度为颈干角127度，B点导针的角度要与A针有所交叉，成功穿入导针后，再拧入两枚空心加压螺纹针，长度到股骨头皮质0.5cm处。术中常规拍片，注意保持患肢位置，以保证股骨颈解剖复位。术后穿钉鞋，轻重量皮牵引。

二、结果

本组病人，经1～3年的随访，21例骨折全部愈合，达100%，股骨头坏死1例，占5%。

三、讨论

1. 对于中老年股骨颈骨折的病人其治疗方法力求简单，创伤小、内固定坚强，且能早期活动，以减少并发症。空心加压螺纹钉符合这一要求。本手术操作简单，手术时间短，切口小、创伤轻、失血量少，且内固定牢固，对骨折端有加压作用，利于骨折愈合。术后反应小，可早期在床上活动，以减少并发症的发生。对年老体弱

* 作者单位：833200 新疆奎屯兵团奎屯医院骨科

维普资讯 http://www.cqvip.com

的病人，这是一种较好的方法。

2. 在此手术中需注意的是第一枚螺钉的位置很重要，它要与股骨距平行、位置偏低，在股骨头的下 1/3，以承受股骨距的压应力。第二枚螺钉与第一枚有一定的角度，位置偏上，以承受张应力，如果术中发现骨折端仍不稳，可再加一枚螺钉，三钉呈三角形，可保持一个稳定的平面，以达到牢固固定的目的。这种固定方法比较合理，符合力学原理，既对骨折端有加压作用，又可防止股骨头旋转，可有效的防止髋内翻畸形，本组 21 例无一例发生。

3. 本组术后疗效评价优良率与胡广[1]统计的基本相同，他提出加压螺钉对骨折端的压力不能太大，否则影响骨折愈合。所以手术中应注意，螺钉不能过长，以达距股骨头内侧 1～0.5cm 为宜，拧入时加压力量适度，骨折端稍有嵌插即可。

4. 本方法与三翼钉固定比较，具有较强的抗应力，对骨折端有加压作用，防止骨折端再移位。螺钉较细，对股骨头的冲击力小，对股骨头血运的破坏小，有利于骨折愈合和防止股骨头坏死。

参考文献

1. 胡广. 股骨颈骨折内固定方法的选择. 骨与关节损伤杂志，1997，6：357.

（收稿：1998－09－10）

左半结肠急性梗阻的 I 期手术治疗（附 15 例报告）

李平均*

我院外科于 1990～1997 年对 15 例左半结肠急性梗阻患者行 I 期手术治疗。经临床观察，效果满意，现报告如下。

一、资料和方法

本组 15 例，男 12 例，女 3 例，年龄 20～65 岁，40 岁以上者 12 例（占 80%）。本组中急性左半结肠梗阻并肠坏死 4 例，慢性巨结肠症急性降结肠、乙状结肠扭转 1 例，先天性乙状结肠扭转 2 例，结肠脾区癌 3 例，降结肠癌 2 例，乙状结肠癌 2 例，降结肠息肉癌变 1 例。其中不完全梗阻 6 例，完全性梗阻 9 例。全组病例均在 24～72 小时内行手术治疗。根据术中探查梗阻情况、癌肿侵犯程度和病人的一般状况，选择手术方式[1]。15 例均采取了 I 期切除吻合术，肿瘤切除后作结肠与结肠或结肠与直肠端端合术。吻合口均采用全层间断缝合法，前壁间断加强缝合，对巨结肠症急性降结肠、乙状结肠扭转采用 Ikese 法，在游离切除扩张、肥厚的乙状结肠时保留直肠上动脉，以保证直肠上端的血运；游离直肠后隙时沿直肠上动脉后缘；游离达肛管时应紧贴肛管壁，避免损伤括约肌[2]。

二、结果

本组中，6 例左半结肠癌急性梗阻患者均按左半结肠癌根治范围切除肠段及其系膜和淋巴结，结肠端端吻合。1 例结肠脾区癌行姑息性切除，即病变肠段切除端端吻合术。8 例急性左半结肠梗阻行病变肠段切除，结肠与结肠、结肠与直肠吻合。吻合一次成功，无吻合口瘘发生，2 例伤口感染。

三、讨论

左半结肠急性梗阻在无肠道准备情况下实施 I 期手术，存在吻合口瘘和腹腔感染的危险，因此正确地选择病例及掌握手术时机对患者安全度过手术后危险期是很重要的。本文认为积极有效的术前准备，严格掌握手术适应症，彻底肠腔减压及灌洗，吻合技巧的熟练，彻底的腹腔冲洗及可靠的腹腔引流是保证吻合口愈合的重要条件。为预防 I 期切除吻合口瘘，我们采取以下措施。1. 选择病例及掌握手术时机：一般状况好，年龄在 65 岁以下，发病在 72 小时以内，无明显中毒症状，腹部体征较局限，应当在 24～72 小时作好术前准备，力争早期手术。2. 术前准备：凡诊断为左半结肠癌所致梗阻，术前灌肠用较长较粗的肛管插入乙状结肠上段或降结肠，经肠腔注入庆大霉素 24 万单位及 0.5%甲硝唑液。3. 严格掌握 I 期手术适应症：凡是全身一般状况良好者；手术中所见梗阻两端肠管血供良好；肠管扩张和炎性水肿不明显者。本组 1 例体质差、水电解质紊乱的结肠脾区癌患者采用姑息性切除。4. 术中应密切观察和细致处理：作者认为左半结肠急性梗阻 I 期切除吻合术，保证吻合成功的关键在于保证吻合口有良

* 作者单位：713300 陕西省乾县医院外科