DOI:10.13406/j.cnki.cyxb.1987.03.017

吻合血管的游离腓骨移植修补骨干肿瘤切除后大块骨缺损

（附1例报告）

第二医院骨科：成有生　陈秉礼

骨干肿瘤，特别是巨大的良性肿瘤和低度恶性的骨肿瘤，如骨纤维结构不良、巨大骨囊肿、骨巨细胞瘤等，手术局部切除往往产生骨干较大的缺损。缺损在5cm以上者，若用不吻合血管的大块植骨，骨愈合需要较长时间的“爬行代替”过程，使肢体长期失用。且在此过程中，若保护不够，可发生植骨处骨折。若采用吻合血管的骨移植，因移植骨是活骨质，其愈合过程与一般新鲜骨折愈合相同，不需“爬行替代”。且在肢体活动使用及负重适应过程中，能逐渐增粗。我院对一例这种患者，施行吻合血管的腓骨移植，取得了预期的效果，现报导于下：

患者男性，25岁，搬运工人，一月前觉右上臂疼痛，夜间为甚，局部不红肿。初以风湿痛在外院治疗无效。后来我院门诊，经摄片为右肱骨中段肿瘤收入住院。

查体：全身检查无特殊。骨科所见，右上臂似有增粗，局部皮肤不红热，但有轴心叩痛。X片报告右肱骨中段有约9×2.5cm²透光区，边缘整齐，有少许骨膜平行增生，诊断为右肱骨良性肿瘤。于1982年6月24日在全麻下行右肱骨中段骨肿瘤切除术，切除病灶长约18cm，所剩肱骨后侧仅为骨干周径之1/3，取同侧带血管蒂之腓骨，长20cm，两端嵌入肱骨缺损上下髓腔，腓动脉与右旋肱后动脉吻合，腓静脉与肱静脉一属支吻合，吻合顺利，吻合后腓骨有鲜血流出，腓骨血运完全恢复。伤口逐层缝合，术后用石膏托扳固定患肢，10天后折线，伤口一期愈合。手术切除病段标本病理检查，报告为右肱骨纤维异样增殖症。石膏固定六周后开始功能活动。出院半年上班，恢复搬运工作，无不适。复查X片移植之腓骨已增生变粗。

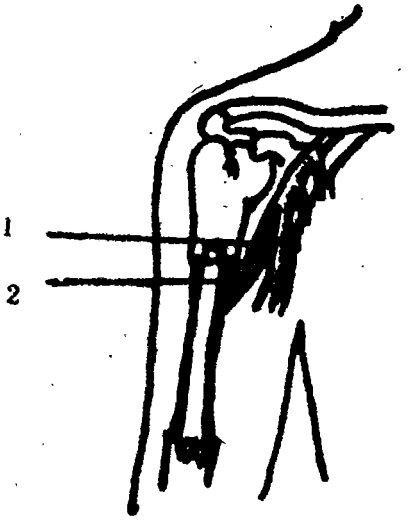


图　手术示意图

① 旋肱后动脉与腓动脉吻合
② 腓静脉与肱静脉属支吻合

讨　论

1. 吻合血管的腓骨移植是有血液供应的骨移植，愈合不经过坏死后的爬行代替过

房间隔缺损合并全传导系统病变1例

第一医院内科　饶邦复

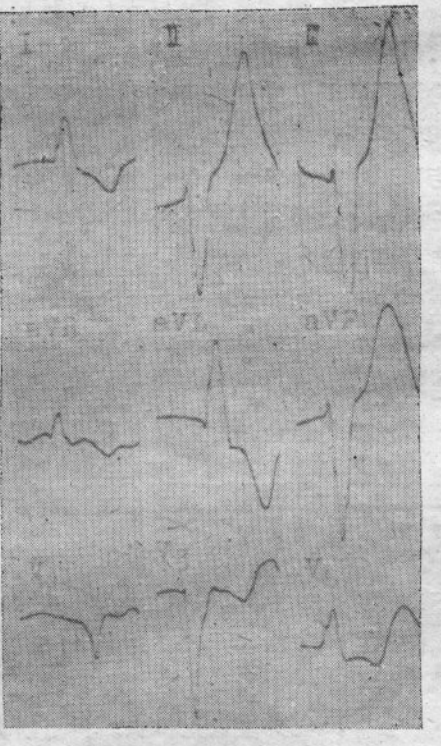
先天性心脏病房间隔缺损（ASD）由于右心室舒张期负荷过重，可出现不完全性右束支阻滞；原发孔型ASD，尚可伴不同程度的房室传导阻滞。ASD合并全传导系统病变则罕见，作者遇到1例，现报告于下。

病历摘要

胡某，男，25岁。于1981年9月5日入院。患者出生后数月即发现"心脏杂音"。自1975年开始，经常出现头昏，并有多次昏厥发作，为时短暂，未经任何治疗自行恢复，仍能照常工作。入院前16小时在返家途中突然昏倒，双眼上翻、抽搐、意识丧失，当时心率仅30/min，约1分钟后清醒。给予舌下含化异丙肾上腺素10mg后，急送入院。

检查：发育正常，神态清楚，无紫绀。血压150/70mmHg，心界中度增大，心率30/min，律齐，胸骨左缘第二肋间Ⅲ级喷射性收缩期杂音，P2亢进、固定性分裂。肺未见异常。肝肋下2cm，软，无压痛；脾未扪及。无腹水征。下肢不肿。血、尿常规检查正常。心电图未见P波，缓慢规则宽大畸形的QRS波，时限0.16s，频率30/min。X线胸片：肺血管增多，肺动脉段突出、较长，右房、右室增大明显。超声心动图：右房、右室增大，室间隔与左室后壁呈同向运动。

住院经过：立即静滴异丙肾上腺素，心室率仅



程，经过快，特别适应于四肢手术后大块骨缺损植骨。

2．吻合血管的腓骨有活的骨膜，骨愈合后经过功能活动和负重等锻炼，移植骨能增粗而加强。

3．手术取游离腓骨时，一定要掌握其解剖特点，腓动脉是胫后动脉的分支，沿腓骨后面与趾长屈肌之间下行，途中分出腓骨的滋养动脉，在腓骨中段上1/3处进入腓骨滋养孔，因此上切骨线应在于此处以上，否则会损伤腓骨滋养血管。

4．在切断腓骨血管蒂之前，一定要确认胫后动脉的存在，以免误切腓动脉而造成不良后果。我们就曾遇上一例无腓动脉，腓骨血供直接由胫后动脉分支供应，而放弃吻合血管的腓骨移植。