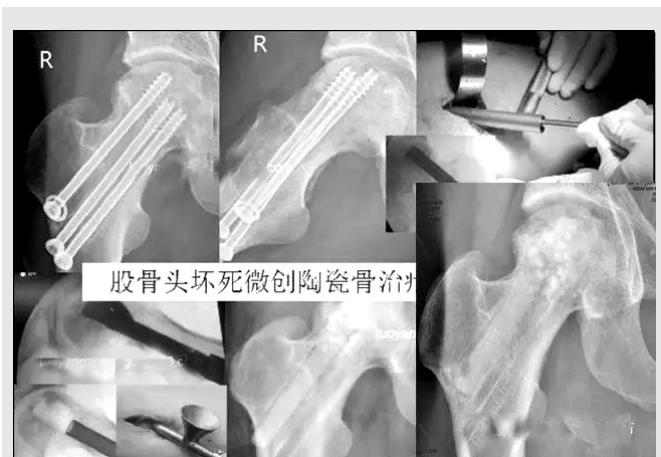


## 技术·思维

# 发生股骨颈骨折 一定要进行人工关节置换吗

□陈献韬 文/图



股骨头坏死微创陶瓷骨治疗

股骨颈骨折术后坏死的抢救



三角形固定模式

股骨颈 Garden 4 型

股骨颈骨折是临床常见病，由其继发的股骨头坏死则是众人皆知的疑难病。

由于股骨头血运的特殊性，在股骨颈骨折发生的瞬间，就注定了有后期发生股骨头坏死的巨大风险；儿童、青少年患者还会继发股骨头发育不良、髋关节脱位等病变。股骨颈骨折的 Garden 分型（按移位程度分型）对于临床治疗起指导作用。

我们无法避免股骨颈骨折继发股骨头坏死，但可以采取一些措施降低发生股骨头坏死的风险。

### 治疗方案的选择

#### 1. 老年人股骨颈骨折

此病在这个年龄段最常见，被称为骨质疏松性骨折、人生中最后一次骨折。老年人发生骨折以后，因为年龄大，加上心脏

病、高血压等高危因素，不得不面临两个艰难的选择：

选项 A. 做手术还是不做手术

选项 B. 打钉子还是换股骨头

针对这两个问题，需要分两种情况来考虑。

#### a. 无移位型

骨折仅有裂缝，或者完全骨折且折端嵌插。这种类型对血管的损伤小，骨折最容易愈合，不容易发生坏死。空心钉固定可确保骨折不移位，便于护理和日常活动；股骨头置换后1周左右患者即可下地行走，8周左右术后即可下地行走，且不需要长期吃接骨药。

#### b. 移位型

一定要手术治疗。治疗方法可选择闭合复位内固定、切开复位内固定、切开复位内固定骨瓣移植术等。

可以取三角形固定模式：3枚空心钉在空间呈三角形布局，钉体贴近股骨颈皮质，钉头到达软骨下骨；固定牢靠，有利于骨折愈合。

股骨颈骨折应用接骨板固定创伤大、失败率较高，不建议常规应用。

不是没有可能，但家属及病人需要接受严峻的考验：精心护理以减少卧床并发症发生，长期维持肢体位置以避免骨折移位。

b. 移位型 打钉子或换骨头。

高龄患者骨折端错位，指望骨折愈合自然几乎是不可能的（尤其是头下型、Garden 3 型和 4 型）。如果病人能耐受手术，建议首选人工关节置换；反之，身体条件差，则对症治疗，在能耐受局部疼痛以后，拄拐自行活动，但别指望骨折能愈合，减少痛苦就算达到目的。

2. 中青年股骨颈骨折

中青年股骨颈骨折患者需要努力“保头”治疗，无论是否移位。

a. 无移位型 治疗方法同老年人。建议积极手术治疗，长期卧床容易导致肌肉萎缩、髌膝关节僵硬、腰椎侧弯、废用性骨质疏松等并发症；对于依从性强的病人，也可以考虑卧床、药物治疗，但要让病人充分知晓可能发生的并发症。

b. 移位型 一定要手术治疗。治疗方法可选择闭合复位内固定、切开复位内固定、切开复位内固定骨瓣移植术等。

可以取三角形固定模式：3枚空心钉在空间呈三角形布局，钉体贴近股骨颈皮质，钉头到达软骨下骨；固定牢靠，有利于骨折愈合。

股骨颈骨折应用接骨板固定创伤大、失败率较高，不建议常规应用。

3. 儿童股骨颈骨折

儿童股骨颈骨折必须“保头”治疗，无论难度如何。

石膏外固定因护理困难、关节僵硬发生率高，渐渐已很少应用。

手术内固定牢固，便于早期功能锻炼，亦能达到患者的复位要求，临床应用较多。内固定以

牢靠固定、不损伤骨骺为原则，常用空心钉、克氏针、外固定架等，由医生根据实际情况进行选择。

股骨颈骨折合并其他部位损伤的处理

车祸伤、高处坠落伤等高能损伤致股骨颈骨折的病例，可能还合并有其他部位的骨折，如开放性骨折脱位、合并股骨头骨折、髌骨骨折、股骨干骨折，以及颅脑损伤等全身严重并发症。

对此类高能损伤的治疗需要权衡重点，兼顾全身，充分考虑患者的生活需求，选择熟练、有信心、有信心的治疗方式，提高手术成功率，术后康复指导紧密跟进，延长拄拐时间，降低股骨头坏死发生的风险。

拄拐时间及内固定

股骨颈骨折的愈合过程为一期愈合，与四肢长管状骨二期愈合折端有明显骨痂截然不同，增加了判断股骨颈骨折是否完全愈合的难度。

大多数病人在股骨颈骨折术后急于丢拐，或出于疼痛缓解，或出于“面子”。

实际上，股骨颈骨折的愈合过程缓慢，更多的病例在愈合结束以后的 2~5 年才刚刚出现坏死。因此，股骨颈骨折患者丢拐的时间，一定要有影像学证据的支持。MRI（磁共振成像）对骨折是否愈合、是否早期坏死参考价值较大。若骨折延迟愈合则适当延长拄拐时间，过早丢拐会增加坏死风险。

国人对内固定物留在体内是比较“耿耿于怀”的，大有不把钉子取出誓不罢休的态势，其实大可不必。

理由如下：

1. 股骨颈空心钉不同于大腿骨折的接骨板内固定，其对骨的应力遮挡非常小，没有必要取出。

2. 一旦股骨头出现坏死，可在取出空心钉的同时进行微创

病灶清除植骨术。

3. 文献亦有报道，采用微创植骨+空心钉支撑的方式治疗股骨头坏死。因为感受而要取出空心钉，实属多此一举！

股骨颈骨折延迟愈合的处理

股骨颈骨折一旦愈合缓慢，折端不稳定的后果将逐渐显现，股骨头坏死风险必然增加。

股骨颈骨折延迟愈合分两种情况：

1. 不稳定型骨折 可以考虑翻修手术。

2. 稳定型骨折 可以采用中医药的方法。

股骨颈骨折术后股骨头坏死的处理

股骨颈骨折术后出现股骨头坏死是不幸的，一定要第一时间确诊并采取积极的治疗措施。

1. 要建议患者延长拄拐时间，进行药物治疗，或积极进行修复手术。

很多人问：修复的成功性有多大？回答：我们尽力！毕竟坏死在受伤的那一刻就注定了，再晚了，万一成功了呢？

2. 股骨头坏死进展很快或即将塌陷，医生要劝患者别犹豫，该置换人工关节就换人工关节吧！

中老年病人无谓的拖延，只会徒增劳苦，更会继发骨质疏松、肌肉萎缩、康复期延长等，青少年患者除外。

3. 股骨颈周围有坚韧的关节囊包裹，患者卧床休养一段时间后，骨折端锐利的骨茬变钝的时候，疼痛就会有所缓解，股骨头坏死程度再严重也不会癌变；如果病人因种种原因不能手术治疗，就只好拄着双拐了。

只要能耐受疼痛，对于某些病人而言手术也是一个不错的选择，毕竟手术置换关节的目的也是为了缓解疼痛。

（作者供职于河南省洛阳正骨医院）

# 经脉络膜裂入路 实施大脑手术

□陈航 文/图

一天，我的诊室里来了一位患者。该患者是男性，20岁，高大威猛，体重100公斤，是家里的独子，以头痛视力下降为主诉被收治。

根据术前磁共振检查结果显示为室管膜瘤或者脉络丛乳头状瘤。CT检查结果显示肿瘤有少量钙化。结合患者为20岁男性，术前AFP（甲胎蛋白）为16，不排除生殖细胞瘤可能，拟先行放射性治疗。但是，放疗科医生认为，最好有病理结果，再进行放疗；另外，根据AFP结果，考虑畸胎瘤或者内胚窦瘤，对放疗中度敏感，建议尽可能首选手术切除。

三脑室后部松果体区肿瘤为神经外科困难手术之一，手术入路大致有以下几种：1. 幕下小脑入路；2. 经胼胝体穹窿间入路；3. 经侧脑室脉络膜裂入路。经过综合考虑，我最后决定经侧脑室脉络膜裂入路实施手术。

术中锐性分离穹窿带，进入三脑室，发现双侧大脑内静脉阻挡，如有损伤，对病人将产生灾难性后果。我小心地分离静脉间隙后，术野豁然开朗，病变清晰可见。肿瘤虽然不大，但是质地硬。巨大的肿瘤为术者开辟了宽敞的“肿瘤走廊”；相反，较小的肿瘤只能在狭小的空间操作，让人无法大胆施展技能，这时就要凭借耐心和底气。

术中病理结果提示：低级别恶性肿瘤。

我下定决心，彻底切除。术中，我感觉肿瘤比磁共振检查报告上显示的要大一些，仔细阅片会发现其实在中脑导水管处仍有部分肿瘤，只是肿瘤未强化而已，处理起来更是让人心惊肉跳，因为和中脑被盖似无明显边界，正好覆盖于导水管出口处。我小心地分离并切除肿瘤，手术成功。术中周围重要结构清晰可见，几乎没有有什么损伤。

术后病人反应良好，无明显神经功能缺失表现，思维和记忆力正常。

松果体区肿瘤是以肿瘤生长部位定义的一种肿瘤。它主要包括生殖细胞肿瘤和松果体实质细胞肿瘤。前者占该区肿瘤的50%以上，高度恶性，浸润性生长，可沿脑脊液播散。根据肿瘤的发展方向，要采用不同的手术入路。

松果体区肿瘤体积巨大，压迫导水管而引起严重积水者需在伽马刀治疗前进行开颅手术，以解除高压症状。

这类患者，首先出现颅高压症状（主要由脑积水造成）和眼球运动功能障碍，部分患者可见共济失调、听力障碍等，少数患者可出现性早熟或发育迟缓的内分泌表现。存在肿瘤播散的患者可出现相应症状，如尿频、垂体前叶功能低下等。

术后总结：脉络膜裂是人体胚胎发育过程中，颈内动脉分支携软脑膜伸入侧脑室下角，参与脉络丛生成时形成的裂隙。其内有脉络膜前动脉，脉络膜后动脉及其分支走行，还含有少量脑脊液，位于海马回与下丘脑之间，内侧同于环池，外侧为侧脑室下角，前面是海马沟及杏仁体，后面与海马沟交通。

脉络膜裂入路较他人入路有得天独厚的优势，因其完全行走在脑组织的自然裂隙中，如果合理分离静脉结构，肿瘤几乎无阻挡，对周围重要结构几乎无损伤，术后很少出现记忆力障碍。需要注意的是，要对穹窿、丘脑及重要静脉结构进行保护，否则此入路风险更大。

（作者供职于河南省人民医院）

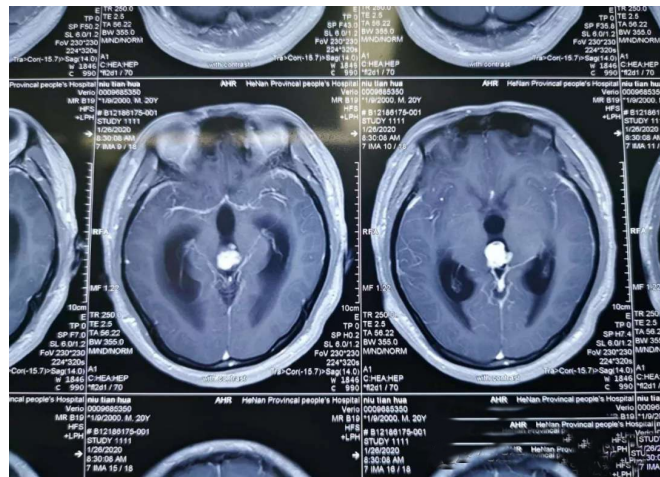


图1

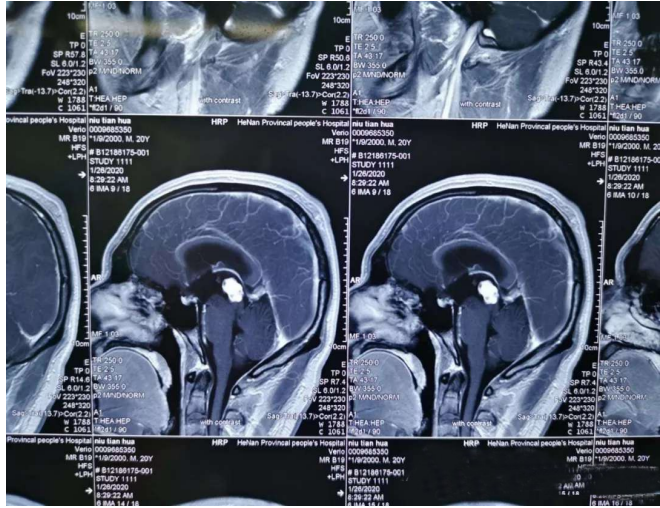


图2

# 联合急诊手术，抢救急危重症患者

□李芳

3月14日晚8时50分。

救护车从某地市级医院接诊了一名64岁的女性急危重症患者，一路颠簸。在河南省胸科医院胸外科大楼，心外七病区主任医师王龙、胸外六病区副主任医师王国磊、心外七病区副主任医师姜功前等，早已严阵以待。

患者到河南省胸科医院后，体温已达到39.6摄氏度，且胸痛明显。身体本就单薄老太太显得更加消瘦，精神也很差。

原来，患者入院后，经检查被诊断为“主动脉夹层”。患者入院后，经检查被诊断为“主动脉夹层”。患者入院后，经检查被诊断为“主动脉夹层”。

3月14日，由于患者胸部疼痛明显，当地医院CTA（CT血管造影）检查发现在患者胸主动脉和食管之间形成一个脓肿，脓肿已经将胸主动脉壁破坏、穿

透，已经有血液外渗，因为周围肺脏和食管纵隔组织的包裹，形成了假性动脉瘤。

这是一颗安放在体内的定时炸弹，随时有可能发生破裂大出血，夺走患者生命。

当地医生立即打电话向河南省胸科医院专家王龙求助，说了患者的病史和CTA检查结果。河南省胸科医院立即派车救援。

利用患者转诊时间，王龙和王国磊根据当地医生提供的病史和通过网络传输的主动脉CTA检查结果，组织心外科和胸外科专家联合进行紧急病例讨论，初步制定了手术治疗方案。

患者急诊入院后，经过进一步的问诊和查体，详细阅读影像资料，王龙及王国磊认为目前唯一有效治疗方案就是在假性动脉

瘤破裂前进行开胸急诊手术。

这种跨专业的重大联合手术，非常危险，更何况是在患者高热、感染、严重消瘦的情况下，风险之大可想而知。但关键时刻想到的是救命，而不是自己的名誉得失。

3月14日晚10时。

患者被推进手术室，手术按照预案有条不紊地进行着：麻醉后，从左第六肋间进胸，先由王龙主刀，建立有效体外循环，保证全身组织供血，阻断脓肿上下端胸主动脉约18厘米。然后剖开胸主动脉，看到感染已经将胸主动脉壁侵蚀破坏出一个破口，旁边食管的肌层已被完全侵蚀。

王龙将分支血管止血后剖开脓肿，彻底清创，同时将脓肿破坏的部分胸主动脉切除，置换一段人工血管，恢复患者自身血液循环，将体外循环设备

撤掉。

3月15日凌晨1时。

手术心血管外科部分顺利完成。虽然已是深夜，王龙和姜功阳却浑然不觉困倦，还风趣地对王国磊等胸外科医生说：“下半场看你们的表现了！”

随后，由王国磊主刀，姜功前和王洪涛协助，将脓肿破坏的胸段食管切除，将膈肌打开，进入腹腔，游离胃体，将胃上提至胸腔，在颈部行胃-食管吻合。

手术弥漫紧张的气氛，手术医生飞针走线，麻醉、体外循环、手术护士各司其职，配合默契。

3月15日凌晨4时30分。

急诊手术顺利结束。

病人术前营养较差，且术中伴纵隔感染，术后需要经历感染关、营养关。

在补充营养方面，补充人血

白蛋白，纠正电解质紊乱及低蛋白血症，特制食谱，由静脉营养逐步过渡到肠内营养；在抗感染方面，给予专门药物抗感染治疗，注意加强呼吸道管理，促进排痰，叮嘱患者适当活动下肢，防止静脉血栓形成。

目前，患者精神好，正常活动，经口正常饮食，切口愈合良好，无明显不适，已达到出院标准。

心外科和胸外科同台联合手术之前成功开展过不少，但像这次深夜急诊联合手术救治急危重症患者则比较少。

河南省胸科医院作为胸部疾病专科医院，今后将进一步发挥“心外+胸外”强强联合的优势，以更快的恢复、更短的治疗周期带给病人更大的获益。

（作者供职于河南省胸科医院）

## 临床笔记

# 腹腔镜下治疗腹膜后多发肿瘤

□金宝 沈著文

日前，69岁的白女士，以“腰背部不适，伴双下肢疼痛1月有余”为主诉入住洛阳市第一人民医院普外一科，她有高血压病史，自行口服降压药物，血压控制效果不佳。患者入院后，经检查被初步诊断为“腹膜后肿瘤、腹腔内囊性占位、直肠旁占位、肝囊肿、伴高血压病”。

为确保患者的治疗安全，该院组织普外科、泌尿外科、妇产科、心内科、麻醉科及影像科等科室专家会诊讨论，得出的结论是白女士腹腔及腹膜后多发肿瘤，且腹膜后肿瘤与下腔静脉血管及髂血管关系密切，手术风险较大；患者腹腔里的巨大囊性占位可能

来源于卵巢及附件，术中需要进行快速冰冻检查，必要时进行附件切除及妇科肿瘤根治术；对直肠旁占位，必要时要进行直肠切除手术。

患者腹膜后有一个约5.0厘米×3.5厘米×4.6厘米大小的肿瘤，病灶位于下腔静脉、右侧髂静脉右侧，右侧腹内动脉上方，不但与上述血管关系密切，而且与下腔静脉、髂血管、右侧输尿管关系紧密，如果手术，难度较大，术中可能肿瘤侵犯血管，必要时要修复血管。腹膜后肿瘤存在分泌激素可能，手术风险大，稍有不慎会导致脏器损伤、大出血、血压波动等，可能诱发心脑血管意外事

件，术中触碰易引起恶性高血压，麻醉医师需要采取应对措施。

为白女士实施手术，要承受巨大的压力；但为了她的生命健康，该院最后决定及时实施手术。

在副院长罗斌的组织协调下，普外科赵志鸿主任及妇产科杨德凤主任带领专家团队为患者实施手术，麻醉科主任步国华术中密切监测患者血压变化，泌尿外科、病理科积极配合。多学科协作，成功为患者进行“腹腔镜辅助腹膜后肿瘤切除术+左侧附件切除术+直肠系膜肿瘤切除术+肝囊肿开窗引流术”。

术后治疗遵循快速康复外科原则：早期进食、早期活动、多模

镇痛。经过医务人员的精心照料，患者顺利康复。术后困扰患者的腰背部及下肢疼痛消失，患者血压恢复正常。

腹膜后肿瘤是指源于腹膜后腔非特定脏器的一类肿瘤，主要包括软组织肿瘤、淋巴源性肿瘤、神经源性肿瘤等。

腹膜后肿瘤可分为良性和恶性两种类型。由于肿瘤部位很深，又有一定的扩展余地，发病初期无症状，因此早期诊断有一定难度，肿瘤增大、压迫或侵犯周围脏器及组织时才出现症状，为彻底治疗增加了难度。因症状模糊且出现较晚，不易早期诊断，确诊时较晚，故手术很困难，且腹膜后

肿瘤患者多数对放疗反应较差，故手术切除是腹膜后肿瘤治疗的主要手段。

传统腹膜后肿瘤切除术切口长，创伤大，由于腹膜后位置较深，手术视野欠佳，周围分布重要血管，而且肿瘤常侵犯重要血管及邻近脏器，如肾、胰腺、大小肠等，术中常需要进行联合脏器切除，手术难度大，术中大出血等并发症发生率较高。目前腹腔镜可充分放大手术视野，暴露更加清晰，一些视野欠佳的开放手术在腹腔镜下可获得更加充分的暴露。

（作者供职于洛阳市第一人民医院）

## 征稿

科室开展的新技术，在临床工作中积累的心得体会，在治疗方面取得的新进展，对某种疾病的治疗思路……本版设置的新栏目有《技术·思维》《医技在线》《临床笔记》《精医懂药》《医学检验》《医学影像》等，请您关注，并期待您提供稿件给我们。

稿件要求：言之有物，可以为同行提供借鉴，或有助于业界交流学习；文章可搭配1~3张医学影像图片，以帮助读者更直观地了解技术要点或效果。

联系人：贾领珍  
电话：(0371)85966391  
投稿邮箱：337852179@qq.com  
邮编：450046  
地址：郑州市金水东路与博学路交叉口东南角河南省卫生健康委员会8楼医药卫生报社编辑部