

前方的重要血管,因此切开前关节囊不会对股骨头的血供产生不利影响。(2)在内固定之前进行切开复位可以使股骨颈达到最佳程度的复位。股骨颈骨折内固定术后若欲达到骨折端稳定,必须要求准确复位。研究表明,即使使用 X 片检查显示复位良好,肉眼观察时却常发现有明显的移位,特别是可能存在旋转移位^[2]。同时,关节囊不切开的手法复位会增加关节内压力,影响股骨头血供。

1962 年 Judet 首先采用股方肌骨瓣移植治疗股骨颈骨折,后还采用肌骨瓣及带血管蒂骨瓣治疗骨折不愈合和股骨头坏死,治愈率高。近年来带蒂骨瓣移植治疗股骨颈骨折已见诸报道^[3]。带蒂骨瓣的优势是骨折愈合率高,骨瓣含有骨皮质,有一定抗折性能,能够加强内固定,同时含有骨松质以及血液供应,改善股骨头血运,促进骨折愈合。带蒂骨瓣移植以旋髂深血管骨瓣为多见^[3],而肌骨瓣则多见股方肌骨瓣报道^[4]。虽然旋髂深血管解剖恒定,血管

变异少,但在手术过程中若操作不当易发生血管蒂扭转及紧张痉挛,影响手术效果,对施术者技术要求较高。本组 1 例术后 1.5 年出现股骨头坏死,考虑与此有关。股方肌骨瓣需切断闭孔内外肌及下孖肌,损伤大,同时移植骨瓣需切开后关节囊,易对股骨头血供产生附加的损伤,而缝匠肌骨瓣比较表浅,操作相对简单,损伤小,移植骨瓣时切开前方关节囊,对股骨头血液供应影响小。

[参 考 文 献]

- [1] 胥少汀,葛宝丰,徐印坎主编.实用骨科学[M].北京:人民军医出版社,2003:659.
- [2] 卢世璧,范华,孟宾钧等主译.骨科标准手术技术丛书——骨折[M].沈阳:辽宁科学技术出版社,2005:213-214.
- [3] 张天宏,史可中,安荣泽,等.带旋髂深血管骨膜骨瓣移植治疗青壮年股骨颈骨折[J].中国矫形外科杂志,2002,9(7):636-637.
- [4] 张治军,唐三元,杨辉,等.股骨颈骨折内固定治疗的探讨[J].中国矫形外科杂志,2003,11(6):381-384.

[文章编号] 1000-2200(2009)03-0241-02

·临床医学·

内镜下鼻道开窗术摘除上颌窦囊肿 19 例

仝心源,宋琦,尹俊

[关键词] 鼻窦疾病;囊肿;鼻/外科手术;内镜

[中国图书资料分类法分类号] R 765.4;R 730.269

[文献标识码] B

上颌窦囊肿的传统手法是克-鲁氏进路或者经中鼻道上颌窦口盲取。我们利用鼻内镜,借鉴上颌窦根治术中的下鼻道开窗方法,摘除上颌窦囊肿 19 例,效果尚好,现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2005 年 3 月至 2007 年 5 月,我科收治上颌窦囊肿 19 例。男 12 例,女 7 例(均为单侧);年龄 17~65 岁。单侧 15 例,双侧 4 例。术前均行鼻窦 CT(水平位+冠状位)检查,囊肿直径 2.0~4.0 cm,最大的基本占满窦腔。16 例有头痛及鼻塞、流黏脓涕病史,其余 3 例无鼻窦炎症病史,有鼻腔间断性流黄水样物,其中 1 例左面颊部麻木感。19 例均无鼻腔、鼻窦手术史。入院后给予抗感染治疗 3~7 天。2 例经抗感染后鼻窦 CT(冠状位)复查窦腔内病变未见明显缩小。

1.2 手术方法 使用杭州桐庐产福奥牌鼻窦镜及其配套手术器械。局麻 9 例,全麻 10 例,术中均用 1% 麻黄碱作鼻黏膜收缩剂,局麻者用 1% 丁卡因表面麻醉,另外以 2% 利多卡因、肾上腺素混合液于下鼻道开窗处及翼腭窝浸润麻醉。人为下鼻甲骨折内移,止血后,分别利用 30° 与 70° 镜找到鼻泪管开口,自下鼻道鼻泪管开口偏下 4~5 mm 处,水平切开长

约 2 cm 黏膜切口,切透骨膜,于切口两端垂直于原切口各作一纵切口到鼻底部,分离黏骨膜瓣,用翘头钳或弯血管钳在裸露的骨壁上打开一洞口,利用前、后反向咬骨钳扩大窗口,用蝶窦咬骨钳和(或)平凿修整骨窗口,形成约 1.0 cm × 1.5 cm 骨窗,利用 0°、30° 或 70° 内镜即可窥见窦腔每一拐角。在直视下用弯头剥离离子或侧头吸引器分离囊肿壁并游离之,最后用额窦钳或上颌窦黏膜钳(大弯头)去除囊壁^[1]。对于较大囊肿,也可在开窗后先用针吸去部分囊液后再手术,只不过较大囊肿在开窗时多已破裂。对于中鼻道内结构,如窦口确有器质性病变影响引流,也可在内镜下按常规方式解决。窦腔操作结束后,翻转鼻腔黏膜瓣覆盖于骨窗底部,手术时下鼻道填塞^[2]。

2 结果

19 例术后病理均为浆液性囊肿。术后随访 3~12 个月,均未发现囊肿复发。3 例术后随访 6~7 个月骨窗有缩小,1 例术后 9 个月骨窗为黏膜封闭。19 例骨窗均未出现骨性闭合,无一例出现骨髓炎或骨膜炎、大出血、下鼻道粘连、鼻泪管开口堵塞。

3 讨论

上颌窦囊肿的治疗方法很多,如传统的克-鲁氏进路手术^[3],近年采用经上颌窦扩大的自然口吸除^[4]、小儿纤维喉镜下上颌窦囊肿摘除等^[5,6]。克-鲁氏进路法虽然囊肿摘除彻底,但创伤较大,而且会遗留长达 1 年以上的面部麻木。

[收稿日期] 2007-09-04

[作者单位] 蚌埠医学院第二附属医院耳鼻咽喉科,安徽蚌埠 233040

[作者简介] 仝心源(1974-),男,主治医师。

吸除法和小儿纤维喉镜下摘除虽然创伤较小,但破坏了上颌窦自然口,与最近发现的上颌窦自然口可以保持窦腔一定浓度的一氧化氮理论相违背。另外,小儿纤维喉镜价格昂贵,在基层使用受到一定的限制。本术式的根本点是得益于内镜的发明并投入临床使用,鼻腔的解剖特点也给手术创造了条件。首先,下鼻甲为一独立的骨,不像中鼻甲骨那样与筛骨是一个整体,故下鼻甲人为骨折不会造成鼻窦管的骨性损伤,也不会造成眶壁骨折;其次,大部分人下鼻道较宽敞,鼻泪管开口于下鼻道外侧壁前部,距鼻腔底约 16 mm,距前鼻孔约 30 mm,距下鼻甲前端约 15 mm,而造口高度一般在 10 mm 左右,故一般不会损伤到鼻泪管开口,方法可行。本术式的优点是观察凭借不同角度内镜观察窦腔内的不同角落,故视野清晰而广阔。而且,利用不同弯曲度弯头剥离器和侧头吸引器分离囊壁并游离之,最后用大弯头额窦钳、上颌窦钳、侧头吸引器,基本上可探及窦腔每一角落,完全取出窦腔内的囊壁,对于囊壁粘连较紧的地方,还可以配合弯头小刮匙,在直视下或有目的小范围刮去囊壁上残存囊壁,减少损伤和术中出血,方法简单、经济、实用。我们虽未在上颌窦其他类型病变的手术中应用过,但在清理上颌窦其他类型病变(如息肉、霉菌感染等)方面也可用作参考^[7]。

采用本术式应注意几点:不适用于小儿,不适用于前鼻

孔及鼻腔过于狭窄者,对曾行过下鼻道开窗(上颌窦根治术等)者也不适用,因为该部分人群此处有瘢痕组织增生。另外,该法操作应精细,开窗口不能太靠上,也不能太靠前,否则易损伤鼻泪管下鼻道开口及到上唇动脉的鼻内分支而引起鼻出血。

【参 考 文 献】

- [1] 辛玉芬. 下鼻道开窗术治疗慢性上颌窦炎 32 例[J]. 生物医学, 2006, 6(1): 47-48.
- [2] 刘 昉, 范献良. 鼻窦窥镜上颌窦鼻内开窗上颌窦囊肿切除[J]. 山东大学基础医学院学报, 2004, 18(3): 163-164.
- [3] 孙 彦, 黄沂传. 上颌窦根治术[M]// 孙 彦, 李 娜, 杨松凯. 耳鼻咽喉头颈外科手术技巧. 北京: 科学技术文献出版社, 2004: 149-156.
- [4] 张国顺, 郭自奇. “吸除法”上颌窦囊肿取出术[J]. 医学信息·手术学分册, 2007, 20(12): 1071-1072.
- [5] 李小群, 王春蕾, 郭汝岚. 三种径路手术方式治疗慢性鼻窦炎疗效比较[J]. 临床医学, 2007, 27(1): 66-67.
- [6] 王志刚, 张 楠. 小儿纤维喉镜在上颌窦囊肿摘除术中的应用[J]. 河南外科学杂志, 2007, 13(5): 47-48.
- [7] 熊 建, 蔡作成. 鼻内窥镜联合下鼻道开窗治疗鼻腔鼻窦内翻性乳头状瘤[J]. 中国内镜杂志, 2003, 9(12): 63.

[文章编号] 1000-2200(2009)03-0242-02

· 临床医学 ·

微型钛板结合微创技术治疗下颌骨骨折 65 例

李红良, 张朝奎

[关键词] 下颌骨骨折; 骨折固定术, 内; 钛板

[中国图书资料分类法分类号] R 782.4; R 687.32

[文献标识码] B

下颌骨位置突出, 是颌面部最容易损伤并发生骨折的部位, 下颌骨骨折发生率约占面部骨折的 2/3, 手术是治疗下颌骨骨折的常用方法之一。2003~2006 年, 我科应用微型钛板结合微创技术治疗下颌骨骨折 65 例, 取得良好疗效, 现作总结。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组男 57 例, 女 8 例; 年龄 18~56 岁。导致下颌骨骨折的原因主要有工伤事故、交通事故、跌打等。单发性骨折 44 例, 多发性骨折 21 例(其中粉碎性骨折 9 例)。

1.2 固定材料 根据不同骨折部位, 选用不同长度(2 孔、4 孔、6 孔)和形状(线形、L 型、Y 型、T 型)的微型钛板及钛钉行坚固内固定。

1.3 手术方法 术前根据病情, 可选择的检查包括颌骨正侧位片、曲面断层 X 线片、CT 摄片等, 明确骨折部位及错位情况, 以确定手术方式。根据患者的病情和要求, 选择局部麻醉或者经鼻腔气管内插管全麻。下颌骨正中、颊孔区及体

部骨折采用前庭沟小切口, 下颌骨角部骨折采用下颌磨牙和翼下颌皱襞外侧切口。切开黏骨膜, 暴露骨折端, 清除淤血块及游离的碎骨片, 直视下确定达到解剖复位或者咬合关系正常后, 选择数目、长度合适的钛板, 在主要张力带和应力线放置钛板, 以克服下颌运动中的强力和扭力^[1]。塑形使钛板与下颌骨表面贴合, 螺钉固定, 复查咬合关系有无改变, 冲洗创口, 缝合并加压包扎。对于多发性骨折及下颌角区移位明显的骨折患者, 钛板固定术后, 辅以 2 周时间颌间弹性牵引或颏兜外固定, 以减少咬合不良的发生。术后常规使用抗生素, 1 周折线, 嘱患者做小幅度开闭运动。

2 结果

本组 65 例中, 有 2 例伤口感染, 经换药后二期愈合, 其余均一期愈合。术后 3 个月至一年复查, 无螺钉松脱、钛板移位、愈合不良等。61 例面部外形恢复良好, 咬合关系、张口度及开口型均恢复正常, 临床效果满意。4 例伴有咬合不良或轻度张口受限, 经调颌及张口锻炼后, 基本恢复。

3 讨论

下颌骨骨折的治疗方法很多, 微型钛板坚固内固定技术具有独特的优点, 操作安全简便, 固定准确可靠, 组织相容性好, 无需二次取出, 利于患者早日摄取营养和张口锻炼等, 近年来, 坚固内固定技术治疗下颌骨骨折已被广泛应用于临床。

[收稿日期] 2007-10-12

[作者单位] 淮北矿工总医院 口腔科, 安徽 淮北 235000

[作者简介] 李红良(1967-), 男, 主治医师。