

腹部外伤予以输血、止血、补液等对症支持治疗,1 例肝癌破裂出血予以护肝、改善凝血功能、止血、补液等治疗,1 例原发性腹膜炎予以禁食、抗炎、抑酸、补液等对症治疗。

2 结果

120 例急腹症患者中 118 例治愈或明显好转,2 例死亡,治愈率为 98.3%。1 例结肠肿瘤穿孔手术后死亡,死亡原因为出现严重弥漫性腹膜炎及多脏器功能衰竭;1 例肝癌破裂出血保守治疗死亡,死亡原因为肝功能严重衰竭导致 DIC 死亡,其中 15 例患者于手术探查后明确诊断,占总数的 12.5%。

3 讨论

外科急腹症是一组发病急、变化快、需要紧急处理或手术的急性腹痛疾病,在基层医院比较常见,但由于涉及病因众多、临床表现不一,造成诊断相对困难,易于与内、妇等科的急性腹痛产生混淆,有时因诊断不明或失误而延误病情治疗可能导致患者死亡,或因施行不必要的剖腹手术,增加了患者的痛苦。通过对我院 120 例外科急腹症患者的诊治经验进行总结,有以下体会:外科急腹症涉及面较广,种类繁多,很容易出现误诊情况,造成不良后果,因此,接诊医生必须对外科急腹症的知识有全面的认识,诊断思路一定要广,以便在第一时间对患者的病情作出正确诊断并采取合适的治疗。诊断过程中首先需要重视询问病史,详细的病史有助于医生了解病情及锁定疾病位置,以及接下来的进一步检查及治疗;其次临床医生也需要重视全身体格检查,应用视、触、叩、听等仔细检查腹痛的病因、疼痛的性质和

部位及疼痛的伴随症状。除了询问病史及体格检查之外,还需要重视临床辅助检查,包括实验室检查和影像学检查等,对于病因不明的疾病诊断可提供参考价值及有助于鉴别诊断^[1]。另外,诊断性腹腔穿刺术作为一项临床常用的外科操作,在外科急腹症的诊断中具有很重要的价值,不但操作简单易行、安全可靠,而且在急腹症的鉴别诊断中仍发挥着不可替代的作用,有助于指导临床医生确定病因、明确诊断以及选择合适的手术方式提供参考依据。对一些诊断不明的病例,在生命体征相对稳定的情况下,可边观察边对症治疗,但需要慎重使用镇痛药,以免掩盖病情,导致病情进一步加重^[4]。

笔者认为,临床上面对外科急腹症需要详细地询问病史、全面仔细的体格检查,再根据病情选择相应的实验室或影像学检查,必要时可采取诊断性腹腔穿刺术,通过上述手段大部分外科急腹症能够及时诊断明确,对于难于一时诊断明确的急腹症患者可考虑选择保守治疗观察,但需要严密观察生命体征变化及腹痛、腹部体征的变化,如若生命体征不稳或者腹痛持续性加重、严重腹膜炎、中毒性休克及内脏梗阻继发血运障碍导致内脏绞窄等,则需要立即剖腹探查或转上级医院进一步治疗。

参考文献

[1]吴在德,吴肇汉.外科学[M].第 7 版.北京:人民卫生出版社,2008.571
[2]艾旭茂,覃久健,彭清明,等.基层医院外科急腹症 563 例诊治体会[J].中外医学研究,2013,11(23):194-195
[3]金兴海.基层医院急腹症的临床诊断分析[J].中国社区医师(医学专业),2011,13(29):104
[4]胡有宾.诊断性腹腔穿刺术在急腹症诊断中的应用体会[J].医学信息,2013,26(18):524

(收稿日期:2014-08-19)

关节镜监视下闭合复位股骨倒打钉治疗
股骨远端骨折的体会

孙广涛 董哲

(河南省博爱县人民医院骨科 博爱 454450)

关键词:关节镜;闭合复位;股骨倒打钉;股骨远端骨折

中图分类号:R683.42

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.02.044

股骨远端骨折的治疗历来较为困难,这些骨折常是不稳定性和粉碎性的,且多发生于老年人或多发伤的病人。由于这些骨折接近膝关节,可能难以完全恢复膝关节的活动度和功能^[1]。我科近年来在关节镜监视下闭合复位倒打钉治疗股骨远端骨折,取得了一些经验。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组病例 12 例,男 8 例,女 4 例;年龄 35~66 岁,平均 56 岁;车祸伤 6 例,摔伤 6 例。按股骨远端骨折的 AO 分类:A₁7 例、A₂4 例、A₃1 例。所有病例均为闭合性骨折,其中 1 例合并胫骨骨折,1 例合并髌骨骨折,1 例合并对侧股骨近端骨

折。

1.2 手术方法 在插管全麻或腰硬联合麻醉下，病人仰卧位，屈髋 45°，屈膝关节 45~90°，标准膝关节镜前内、外侧入路，探查有无半月板、交叉韧带、关节软骨损伤，首先给予处理。然后于髌韧带中间纵行切约 2 cm 切口，在关节镜监视下，用 1 枚斯氏针在后交叉韧带前方 0.5 cm 处，股骨滑车中间纵行转入。用髓腔扩大器扩大髓腔，在 C 臂 X 光机透视下，用 1 根长的导针由股骨远端开口处进入到达股骨骨折的近端。如果骨折端不好复位，分别在骨折的远近端，用斯氏针穿透一侧骨皮质固定，作为复位钳给予骨折复位，然后沿导针用髓腔扩大器扩大髓腔，选择合适长度和粗细的股骨倒打髓内钉固定，关节镜监视下髓内钉的钉尾在关节软骨下 0.5 cm 处。分别锁定近端、远端锁钉。最后在关节镜监视下清理关节腔内的碎屑，彻底冲洗关节腔，缝合手术切口。术后处理：术后用棉垫加压包扎，从膝关节远端到骨折端的近端，抬高患肢。抗生素麻醉开始后用 1 次，手术结束后用 1 次。麻醉清醒后股四头肌等长收缩锻炼，术后 3~4 d 后 CPM 机锻炼膝关节。2 个月后髓内钉动力化，扶双拐下床锻炼。

1.3 治疗结果 12 例病人全部得到随访，均骨性愈合。参照 shelboume 标准^[2]：优 9 例，良 3 例，优良率 100%。膝关节活动度均达到正常范围。

2 讨论

股骨远端骨折的治疗历来较为困难，传统采用钢板或角钢板及 DCS 内固定，由于手术切口长，对膝关节及骨折局部血液循环影响大，术后造成膝关

节粘连至膝关节活动受限。对一些粉碎骨折，钢板或角钢板、DCS 给予骨折的固定都是偏心固定，钢板固定的对侧缺少有效支撑，容易造成骨折不愈合、延迟愈合或畸形愈合，以至于钢板、螺钉断裂^[3]。采用关节镜监视下闭合复位股骨倒打钉治疗股骨远端骨折避免了膝关节和骨折端的切开，不会对膝关节造成二次损伤，手术同时对膝关节的原发伤如半月板损伤、软骨损伤、交叉韧带的损伤给予处理，并且对应用股骨倒打钉造成的膝关节内的碎屑能彻底清理，减少了膝关节创伤性关节炎的发生。对于股骨远端骨折采用闭合复位髓内钉固定，髓内轴向中心固定，符合人体的生物学原理。早期骨折两端锁钉固定起到稳定作用，2 个月后把近端锁钉取出，开始扶双拐活动，骨折端得到动力加压作用，促进骨折愈合。闭合复位骨折固定，不损伤骨外膜，对骨折的血运影响小，加上扩大髓腔时的骨碎屑聚集在骨折端，起到植骨的作用，利于骨折的愈合^[4]。

通过对本组病例的回顾性分析，认为股骨远端骨折采用关节镜监视下闭合复位倒打髓内钉固定是一种创伤小、骨折愈合快、创伤性关节炎发生率低的固定方法。可能膝关节镜手术技术的掌握需要一定时间，随着关节镜手术的成熟，此项手术方法值得推广。

参考文献

[1](美)卡纳尔,卢世璧.坎贝尔骨科手术学[M].济南:山东科学技术出版社,2001.2072,2549
[2]Yang RS,Liu HC,Liu JK.Supracondylar fractures of the femar[J].J Trauma,1990,30(3):315
[3]Kumar A,Jasani V,Butt MS.Management of distal femoral fractures in elderly patients using retrograde titanium supracndylar nail[J].Injury,2000,31(3):169-173

(收稿日期:2014-08-26)

HC-Ⅱ检测在 ASCUS 分流中的作用

陶秀坤 李存肖 谭志云

(广东省深圳市职业病防治院 深圳 518000)

摘要:目的:探讨检测高危型人乳头状瘤病毒(HR-HPV)载量在宫颈不明确意义非典型鳞状细胞(ASCUS)临床分流管理的作用及意义。方法:对 89 例 ASCUS 患者进行 HC-Ⅱ检测及阴道镜下宫颈活检,比较不同 HR-HPV 载量下宫颈病变情况。结果:宫颈上皮内瘤变(CIN)检出率 46.1%(41/89),HR-HPV 阳性组检出率 60.0%(33/55),明显高于 HR-HPV 阴性组 23.5%(8/34),差异有统计学意义($P<0.05$);HR-HPV 阳性组上皮内高度病变(CINⅡ及以上病变)检出率 32.7%(18/55),高于 HR-HPV 阴性组 8.8%(3/34),差异有统计学意义($P<0.05$);不同 HR-HPV 载量下 CIN 检出率差异无统计学意义($P>0.05$)。结论:CIN 的发生与 HR-HPV 感染密切相关,与 HR-HPV 载量未见明显剂量-反应关系。

关键词:人乳头状瘤病毒;不明确意义非典型鳞状细胞;宫颈上皮内瘤变

中图分类号:R711.32

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.02.045

不明确意义非典型鳞状细胞(Atypical squamous cells of undetermined significance, ASCUS)是临床常见的宫颈细胞学异常,其发生率约 5%^[1]。由于其同时

具有潜在恶性或增生活跃的良性改变可能,使临床处理工作较为困难。本文收集我院 2011 年 1 月~2013 年 12 月行宫颈液基薄层细胞学检查(TCT)的 2 256