

须仔细解剖观察尺神经,以使对本病及早发现和治疗。

(收稿:1995-10-30)

少见部位骨软骨瘤 2 例

丛 林 王克佳

山东省烟台市牟平区中医院 (264100)

骨软骨瘤好发于四肢长骨的干骺端,以股骨下端及胫骨上段多见,其次为肱骨上端,桡骨下端及腓骨上段,而发生在短骨及扁平骨罕见,偶尔波及,我院曾遇到 2 例,并经手术病理证实。现介绍如下。

例 1,秦×,男,19 岁,右肩胛骨背部上举 3 年余,活动后疼痛 2 个月。查体:右肩胛骨背侧高起,上举,边界清晰,未扪及占位性肿块,活动轻度受限,申请拍片。

肩胛骨切线位片示:右肩胛骨前面冈下窝可见一梯形密度增高骨性阴影,基底部分呈扇形指向胸肋,约 3cm×4cm×7cm 大小,内有正常骨结构,边缘光滑,肿物近胸面表面不光滑,肩胛骨与胸间距离增宽,邻近肋骨受压变形轻度凹陷,未见破坏。诊断:肩胛骨骨软骨瘤。

手术所见:肿物位于冈下窝中部,外观呈菜花状,约 4cm×7cm×10cm 大小,表面光滑与胸壁轻度粘连,切除后经病理证实为骨软骨瘤。

例 2,杨××,男,17 岁,学生,右足跟疼痛,行走不便 1 年余,近期加重,行走时右足跟不敢着地。查

体:右足跟底部可扪及骨性隆起,请求拍片。

X 线片示:右足跟可见三角形骨性赘生物,骨质连续,边光滑,表面无硬化。诊断:右跟骨刺。

手术所见:暴露赘生物后见一锥状骨性突起,尖指向前下方,表面有光滑的软骨帽覆盖,切除后经病理证实为骨软骨病。

讨 论

骨软骨瘤为良性骨肿瘤最多见者,好发于少年,多见于长骨干骺端,而发生于短骨及扁骨偶见或罕见,本组 2 例分别发生于扁骨及短骨,因少见给诊断带来困难。临床上,因肿瘤的位置,体积,形状关系,可压迫血管刺激神经,妨碍关节肌腱活动或引起局部摩擦性滑囊炎产生症状。查 X 线片上,当软骨帽中的钙化、骨化作用不活跃时,看不到软骨帽中的钙化或骨化阴影,因此仅显示为骨性肿物。本组 2 例均未见软骨帽的骨化或钙化阴影。单发的骨软骨瘤 1% 左右可发生恶变,正确认识少见部位的骨软骨瘤,正确确定治疗方案,必须临床体征与 X 线片相结合。

(收稿:1995-11-21)

儿童股骨颈骨折 12 例报告

朱玉宏

江苏石油勘探局职工总医院 (江都 225261)

我院 1975 年 2 月~1994 年 2 月共收治儿童股骨颈骨折 12 例,采用 3 根克氏针经皮内固定,取得较满意疗效。介绍如下。

临床资料

本组 12 例中男 9 例,女 3 例;年龄 5~12 岁;颈中型 2 例,基底型 10 例;伤后来院就诊时间为 10 天以内。

治疗方法

采用皮肤牵引后加石膏固定 4 例,移位较明显经牵引后 X 线下做切开复位三枚克氏针内固定 8 例。手

术后均采用髓人字石膏固定 2~3 个月。

治疗结果

12 例全部得到随访。随访时间最长 15 年,最短 11 个月,平均 6 年 7 个月。9 例骨折愈合,功能恢复正常,其中皮肤牵引 3 例,牵引复位克氏针内固定 6 例。3 例股骨头缺血性坏死。一年后入院做带血管骨块移植 1 例,经 6 个月~1.5 年 X 光片观察股骨头血运恢复,股骨头恢复正常,行走不痛,跛行消失。2 例于 5 年后行外展截骨,步行时髋关节不痛,跛行较前有明显改善。

讨 论

儿童股骨颈骨折国内外报道不多,临床少见,一般

见于极强的直接暴力。骨折后股骨头坏死率较高,要求达到满意的复位和坚强的内固定。我们采用三根克氏针固定,手术操作容易,固定时可以根据骨折复位情况,灵活合理安排好固定针的分布,而且克氏针直径小,对股骨头的损伤小,对骨髓无影响。本组 3 例发生股骨头缺血性坏死,主要原因是患儿不合作,早期负重,造成骨折分离,并发现三根针的固定在一平面,理

想的位置三根针的位置最好不要在一个平面上,呈三角形,可以扩大固定的截面积,提高抗旋应力,减少弯距和移位,才能稳定。准确复位对保证股骨颈骨折愈合至关重要。进针的方向应与股骨颈内倾角一致,针体接近股骨距,增加固定强度,有利于骨折愈合。

(收稿:1995—12—28)

浮膝骨折并同侧髌关节脱位 2 例报告

陈沂民 冯承臣 刘茂文 刘瑞军 杨殿五

解放军 146 医院 (山东临沂 276000)

同侧股骨干和胫腓骨完全性骨折称之浮膝骨折,临床上较常见,而同时伴有同侧髌关节脱位少见,我科 20 年仅收治 2 例,现报告如下。

临床资料

例 1,男,37 岁,汽车司机,因开车不慎撞在路边树干上,然后翻入路沟致伤左下肢,3 小时入院。体查:呈中度休克状态,左大腿上端及小腿肿胀畸形,大粗隆上移,臀部隆起有挫伤瘀斑,可触及脱出的股骨头,足下垂,足背与小腿外侧感觉迟钝。X 线片示:左胫腓骨呈多段粉碎性骨折,股骨上段横形骨折,股骨头移位于髌骨翼。经抗休克治疗后,于次日在硬膜外麻醉下行手术,取大腿前外侧切口入路,将股骨骨折复位后用 8 孔钢板固定,然后行髌关节闭合复位成功。胫腓骨骨折为多段粉碎性骨折,内固定困难,术后采用跟骨牵引,小夹板外固定治疗。一年后复查,骨折愈合良好,肢体功能良好。

例 2,男,29 岁,汽车司机,因车祸致伤左下肢在外院诊断为左浮膝骨折,给予股骨、胫骨切开复位钢板内固定,术后一年发现左髌关节脱位。入院后行左股骨下端骨牵引 1 周后,行髌关节切开复位术。术后随访 2 年,有创伤性关节炎体征,关节疼痛,活动受限。

讨论

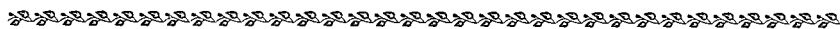
1. 受伤机制:两例均为汽车司机发生车祸时造成,故我们认为与受伤时姿势及暴力大小有直接关系,最少是两个暴力作用的结果。胫腓骨骨折为撞车时

直接暴力所致;髌关节脱位是在髌关节呈屈曲内收位时,沿股骨长轴施加的暴力所引起;而股骨干骨折是在髌脱位后进一步遭受直接外力造成。脱位的股骨头还可引起坐骨神经牵拉伤。

2. 诊断:骨折易诊断,髌关节脱位易漏诊。文献报告股骨干骨折合并同侧髌关节脱位时漏诊率高达 50%~60%,主要是未详细询问病史和受伤时的姿势,仅满足于骨折的发现,且骨折本身犹如“畸形截骨术”,掩盖了髌关节脱位的典型体征。因而遇此联合损伤病人时一定要进行认真的全面细致检查,注意有无股骨大粗隆上移,臀部能否触及脱出的股骨头,发现有坐骨神经损伤体征时应考虑髌关节脱位引起,对可疑病例,均应摄髌关节 X 线片。

3. 治疗:基本原则是迅速复位髌关节脱位和正确处理骨折。文献报道急性髌关节脱位,若延迟 12 小时,关节软骨面退变和股骨头缺血性坏死则显著增加。我们认为髌脱位和股骨骨折靠非手术治疗比较困难,以手术治疗为好。手术时应先作股骨开放复位钢板固定,然后再对髌关节脱位施行闭合复位(如采用髓内针固定再手法整复,有可能使股骨骨折处分离或脱出),如采用上法不能使髌脱位复位,则采用切开复位。至于胫腓骨骨折,可根据骨折情况酌情处理。坐骨神经牵拉伤在髌脱位复位后常自行恢复。另外,早期注意抗休克治疗及有无内脏损伤,术后注意纠正全身情况及功能锻炼。

(收稿:1995—12—28)



欢迎投稿, 欢迎订阅!

