

带血管蒂髂骨骨膜与骨块移植治疗成人股骨头无菌性坏死

王世松 杜敦进 杨建 张鹏程 樊亚军
(赣榆县人民医院, 江苏 赣榆 222100)

我院从 1993 年 3 月在彻底清除股骨头坏死骨的同时, 应用带旋髂深血管蒂髂骨骨膜及骨块联合移植治疗成人股骨头无菌性坏死 18 例, 经临床观察疗效满意。

1 临床资料

本组 18 例, 22 个髖, 男 14 例, 女 4 例; 年龄 16~ 54 岁。右侧 14 个髖, 左侧 8 个髖。按 Ficat X 线分期: II 期 5 例, III 期 9 例, IV 期 4 例, 其中双侧手术者 4 例。

2 治疗方法与结果

在硬膜外麻醉下均采用改良 S_P 切口, 先暴露旋髂深血管, 沿血管束解剖显露髂骨内面骨膜, 切取骨膜由下向上锐性剥离至距髂嵴内唇 3cm, 再将髂骨外侧骨膜由下向上剥离至髂嵴外唇, 切取髂骨骨膜 8cm × 6cm × 6cm 和全层髂骨骨块 3cm × 2cm × 2cm, 此时切取的髂骨骨膜及骨块均见有不断滴血。显露股骨头颈部, 并切除部分关节囊及滑膜, 观察股骨头变化, 在头颈交界处纵轴方向凿开 3.5cm × 2.5cm × 2cm 骨槽, 挖空清除股骨头内死骨。若股骨头有塌陷, 顺骨槽内用冲击棒将其顶起复位, 生理盐水冲洗, 取适量松质骨团铺到股骨头软骨下, 然后将带有血运的髂骨骨膜与髂骨块穿过髂腰肌深面放入骨槽内, 注意将骨膜呈扇状铺入头内, 骨块顶向头塌陷处(负重区), 注意勿使血管扭曲受压, 缝合切口。

术后患肢外展牵引 3 个月, 3 个月后拄拐行走, 定期 X 线复查, 直至股骨头修复后弃拐。随访 14 个月~ 44 个月 14 例

(16 髖) 疼痛消失, 4 例(6 髖) 轻度疼痛, 13 例跛行消失, 5 例轻度跛行。髋关节屈曲 60°~ 120°, 外展 15°~ 30°, 内收 10°~ 20°。

3 讨论

我们认为本术式具有以下优点: ①切除头部关节囊及滑膜, 解除和避免了囊内高压的发生和发展, 从而消除了产生股骨头囊内高压因素。头颈开窗, 清除股骨头内死骨, 不但直接清除了病灶, 而且消除了股骨头内高压的另一个因素。囊内高压和骨内高压消除后, 迅速解除了病人疼痛的第一大症状。②带血管蒂骨膜植入头内, 骨膜呈扇形状覆盖在头颈部, 覆盖的骨膜不仅含有丰富的成骨细胞, 而且血管也极为丰富, 从根本上改善了股骨头内的动脉供应, 促进了静脉回流, 为坏死股骨头重建血液循环打下基础。同时骨膜有较强的成骨能力, 其内层细胞分化为成骨细胞, 对股骨头缺血坏死的修复有积极促进作用。③彻底清除坏死骨, 用带血管蒂的骨块植入头内, 植入一开始就是一块活骨, 这样活骨代替死骨。股骨头内死骨清除后, 即刻获得一套完整的供血系统, 更新了股骨头内微循环, 解除了股骨头内静脉瘀滞, 恢复并保持了股骨头内外血流动力学平衡。特别在股骨头塌陷后, 靠单纯的骨膜移植其成骨作用来修复股骨头球状显然是不够的, 将塌陷的股骨头腾起复位植入髂骨起到支架作用, 其支撑力量较大, 从而防止和消除股骨头塌陷。

(编辑: 连智华)

封闭加针剥治疗顽固性棘上韧带炎

任龙喜 白俊清 刘英杰 程爱国
(华北煤炭医学院附属医院, 河北 唐山 063000)

我们应用封闭加针刺法治疗顽固性棘上韧带炎, 收到了良好的疗效, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 48 例中男 12 例, 女 36 例; 年龄 21~ 53 岁; 病程 5 月~ 2.5 年。从事伏案工作者 38 例, 占 79%。T₃~ T₅36 例, T₁~ L₂8 例, L₃~ S₁4 例。

1.2 临床表现及诊断 ①有明显外伤史者占本组病例的 67%; ②均有理疗、外敷药物或按摩史, 局部封闭至少 4 次以上; ③患棘突上疼痛及轻重不等的压痛、局限于棘突, 多数病例可触及一梭形肿块, 质地硬, 指下可有“咯吱”感觉; ④拾物试验阳性, 影响正常生活和工作。

2 治疗方法

2.1 工具 12 号注射针头, 注射器或针柄(自制, 长约 10cm, 直径约 0.6cm 的不锈钢柄)。

2.2 封闭药物 醋酸确炎舒松 A1~ 2ml 和 2% 利多卡因 1~ 2ml。

2.3 方法 患者俯卧于治疗床或手扶床沿站立背屈位, 标记棘突压痛点, 皮肤常规消毒。术者戴无菌手套, 站在患者的左侧, 在压痛点下 0.5cm 处, 用 12 号针头将封闭药物适量注入患处, 然后带着注射器或取下注射器更换相匹配的针柄, 右手持针柄, 使针尖斜面与脊柱纵轴平行, 针柄与脊柱成 45° 角, 先纵行剥离, 然后在压痛点部位横刺几下, 剥离的深浅度由术前深压痛或浅压痛而定。剥离时将韧性结节和一些粘连带一一进行剥离和切割, 至针头无阻力为止。然后出针, 用挤干的酒精棉片压迫 1~ 2 分钟, 胶布固定, 术后不需要休息。

3 治疗结果

本组病例均得随访, 随访时间最长 2 年, 最短 4 个月, 一次治疗痊愈(脊柱活动自如, 局部不痛, 压痛阴性, 能从事正常

学习和工作)者 46 例。另外 2 例又单纯封闭,一次痊愈。

4 讨论

醋酸确炎舒松 A, 不仅可缓解急性炎症初期的红、肿、热、痛等症状, 而且也能抑制纤维细胞的增生和肉芽组织的形成, 因而减轻炎症后期组织修复阶段所引起的瘢痕和粘连等反应^[1]。用 12 号肌肉针剥离疼痛部位, 不仅松解了组织的粘连及瘢痕组织, 同时又由于对神经末梢的机械性强刺激, 使局部组织血液、淋巴液循环加快, 提高了局部组织新陈代谢能力, 改变了伤害传入信息的性质而使疼痛解除。再加上局部药物封闭, 加速了已被剥离松解的瘢痕组织很快吸收和减少新瘢痕的形成, 使炎症物质和有害的代谢产物随重建的血运而消失, 使针刺和封闭起到协同作用, 从而临床上收到了良好的效果。

关于剥离工具, 我们应用的是 12 号注射针头, 具有取材

方便, 封闭、针刺一次完成的优点。由于单用针头不便, 故当一时找不到合适的针柄时, 可手持注射器, 同样可进行有效的剥离。但用力要得当, 右手拇、食指捏持注射器的中下 1/3 部, 中指末节紧靠针头帽, 这是针刺时的主要用力点, 而针管只起把持作用, 否则易在针管接嘴处破碎。

棘上韧带浅层损伤时, 指腹轻扪韧带即感疼痛, 此时针刺深度不必深达骨膜, 在浅层及较深层间针刺即可。如果疼痛需用力压迫才出现时, 剥离深度要达棘突骨膜。另外针刺范围不超越棘突顶部为宜, 如扩大剥离范围或不必要的剥离深度, 会导致新的创伤。

参考文献

- [1] 邢孔魁. 临床药理问答. 广州: 科学普及出版社广州分社, 1982. 145.

(编辑: 连智华)

经皮撬拨复位治疗粉碎性跟骨关节内骨折

申才良¹ 彭俊才² 杨庆国¹

(1. 安徽医科大学第一附属医院, 安徽 合肥 230022; 2. 霍邱县第一人民医院, 安徽 霍邱)

我院自 1990 年以来对 37 例粉碎性关节内跟骨骨折采用经皮撬拨复位治疗, 获得满意疗效, 现报告如下。

1 临床资料

本组 37 例中男 35 例, 女 2 例; 年龄 14~60 岁, 平均 30.4 岁。骨折部位左侧 7 例, 右侧 24 例, 双侧 5 例, 骨折共 41 例; 30 例为高处坠落伤, 操作当天行经皮撬拨复位 26 例, 3 天内 7 例, 7 天内 4 例; 根据 X 线摄片全部病例均为距下关节内骨折, 以 Essex-Lopresti 的分类法^[1] 分为舌状骨折(28 例)及关节压缩型骨折(9 例)。

2 治疗方法

全部病例均行硬膜外麻醉, 麻醉成功后, 患者俯卧位, 患肢膝关节屈曲 90°, 常规消毒辅巾, 助手握住小腿, 术者在跟骨内外侧放置棉垫, 然后将 Bohler 氏尖置于内外侧, 逐渐夹紧, 纠正侧方移位骨折, 使增宽的跟骨体部恢复接近正常, 然后术者双手交叉环抱跟骨, 并向足底方向牵引, 反复用力内外翻动, 借附着于跟骨周围韧带的牵引, 进一步使骨折块复位。在 X 光透视机引导下, 在跟骨结节外上缘自后上向前下偏内方针尖对准后关节面, 插入一根直径 3.5~4.0mm 斯氏钉至塌陷关节面下, 术者一手四指握住足背, 另一手四指握住斯氏钉, 双手拇指撑在跟骨前端, 用力上抬使膝关节离开手术台面, 助手同时向下方牵引, 利用其牵引力及患肢自身重量, 使斯氏钉在骨折块部位产生复位力; 然后紧靠此牵引针部位再穿入另一根斯氏钉进行撬拨, 使后关节面及骨块复位, 足弓增大, 透视下观察 Bohler 氏角及关节面复位情况, 达满意后由术者维持此位置, 由助手用跟骨夹再次挤压, 使增宽的跟骨进一步复位。透视下复位满意, 将足放在中立位, 打一短腿石膏管型, 并将两枚斯氏钉固定在石膏内, 内外踝下方及足跟部仔细塑形, 4~6 周后去除石膏及斯氏钉, 不负重情况下活动踝关

节, 再 6~8 周后扶拐适当负重及功能康复训练。

3 治疗结果

本组 37 例病人有 34 例获得半年至五年时间随访, 无针孔感染及胫后神经损伤, 骨折全部愈合, 按照马元璋拟定三级标准^[2] 评定: 优 23 例, 良 8 例, 差 3 例。

4 讨论

跟骨的中央三角, 是营养血管进入的部位, 当从高处坠落后这一骨质疏松的区域易发生压缩及塌陷。附丽在跟骨内侧的韧带有关节韧带、跟距内侧韧带、距跟后韧带; 附着在跟骨外侧韧带有关节韧带、距跟外侧韧带, 跟骨骨折多为垂直压缩应力所致, 因此利用跟骨周围完整韧带的张力, 借助肢体自身重量及助手牵引力, 在骨折下关节处强力牵引并内外翻转, 使骨折压缩的部分牵开, 在斯氏针撬拨下, 使那些没有与韧带相连的骨折块复位, 同时借助跟骨夹的侧方挤压力, 使侧方移位的骨块复位, 能有效地防止跟骨横径增宽, 减少晚期距下关节面不平而产生的创伤性关节炎。

作者对 37 例粉碎性关节内跟骨骨折行撬拨治疗, 体会如下: ①复位时牵引要有力, 同时做充分的内外翻转; ②斯氏针进针点要位于跟骨结节外上缘, 且方向自后上向前下偏内方, 尖端应达到后关节面下, 以利于撬拨复位, 同时应选择直径 3.5~4.0mm 斯氏针, 以免在撬拨时折弯, 影响撬拨效果; ③跟骨夹的二次挤压复位, 尤其是第二次挤压复位特别重要, 可以有效地防止跟骨增宽; ④打短腿石膏筒型时, 内外踝下方、足跟及足弓部仔细塑形。

参考文献

- [1] Essex-Lopresti P. The mechanism, reduction technique and results in fractures of the os calcis. Br J Surg, 1952, 39: 395.
[2] 马元璋. 跟骨骨折——经皮撬拨复位和内固定. 中华骨科杂志, 1982, 2: 85-89.
(编辑: 李为农)