

由两侧椎弓根滑入椎管前方,将硬膜轻轻地牵向对侧,暴露致压物并逐步分割切除以达到彻底减压目的。在施行椎管前方减压时,为使椎管前方致压物暴露清晰,必须将硬膜牵开。在腰椎由于椎管较宽广、硬膜向一侧牵开时,一般不会损伤马尾神经。但在胸椎由于脊髓的过度牵拉,可加重脊髓的损伤,此时要求手法要轻柔,尽量用特制专用器械进行潜行减压,在向对侧牵引脊髓时每次时间不应超过 5 min。

4.3 椎板截骨及原位再植 我们将传统的用咬骨钳蚕食样的咬除椎板,改良为用锐利骨刀或高速磨钻完整截除椎板暂时游离,待椎管前侧方减压完成后,将椎板原位再植,恢复正常的解剖形态,保留了椎骨的后部结构,达到重建脊柱稳定性的要求。采用椎板截骨是考虑到椎板较易于截除,同时保留关节突关节,对脊柱的稳定性有重要作用,比起将椎板完全咬除后取肋骨植骨更符合解剖形态。在椎板再

植入时,应仔细检查椎管形态、椎板和黄韧带等结构。如发现存在椎管狭窄或椎板黄韧带增厚等,应进行适当的修整并将椎板稍向后移以扩大椎管。

4.4 手术适应证 本手术方式治疗胸腰椎骨折伴截瘫适合于①2周以上的陈旧性损伤;②各种复位内固定术后仍有脊髓压迫者;③有孤立性骨块突入椎管并且不易复位者;④后柱损伤压迫脊髓者。

参考文献

- 1 饶书诚. 脊柱外科学. 第2版. 北京: 人民卫生出版社, 1999. 258.
- 2 赵定麟, 戴力杨. 脊柱不稳症. 中华骨科杂志, 1991, 11(4): 310-312.
- 3 张光铂. 关于腰椎狭窄与腰椎不稳定的诊断与治疗. 中华骨科杂志, 1995, 15(10): 643-645.
- 4 郑祖根, 徐又佳, 殷渠东, 等. 常用四种短节段经椎弓根复位固定器治疗胸腰椎骨折的疗效分析. 骨与关节损伤杂志, 1995, 10(3): 218-220.
- 5 邹德威. 脊柱骨折后路短节段AF内固定技术. 中国脊柱脊髓杂志, 2001, 11(2): 118-120.

(收稿日期: 2003-06-25 本文编辑: 王宏)

• 病例报告 •

股骨巨大缺损双向钢板内固定 1 例

Treatment of giant femoral defect with medial and lateral steel plate: A case report

陈昌文

CHEN Chang-wen

关键词 股骨缺损; 外科手术; Key words Femoral defect; Surgery, operative

患者,男,31岁,因右下肢外伤肿胀、畸形、疼痛、功能严重障碍8d,于1999年11月10日下午转来我院。患者8d前乘坐摩托车与对面开来的大卡车相撞,患者坐于后位只觉右下肢剧痛,即刻昏迷40min左右,及时送县医院救治后苏醒。查体:右大腿中下1/3肿胀、畸形,扪及散乱的骨擦感,闻及骨擦音,右大腿下段前方有伤口长5cm,已缝合4针。功能活动严重障碍,但伤肢踝关节及足趾活动感觉存在,能扪及足背动脉搏动。X线片示:右股骨中下1/3骨缺损长约16cm,并残存多块细小碎骨片(块),右股骨髁间多块骨折阴影。入院诊断:①右股骨中下1/3开放性巨大缺损合并髁间粉碎性骨折;②右小腿软组织损伤;③头伤。入院后经抗炎、对症及支持疗法,待病情稳定后于当年11月27日在硬膜外麻醉下行切开复位、自体植骨、内外侧双向钢板内固定术。切口沿右大腿内外侧各长约24cm,术中见股骨髁间粉碎骨折分裂4块,其关节面缺损3cm×0.5cm,并见内外髁骨多段线形骨折,

牵引复位右股骨及髁间骨折,用长达24.5cm的两块特制塑形钢板置放于下至右股骨内外髁,上至股骨上段,在持续牵引与健侧等长调整对位对线的情况下,髁间用螺钉及松质骨螺钉,股骨上段用螺钉等固定,其缺损处用自身双腓骨及髂骨做成条(块)状,填塞以植骨。再用钢丝及螺钉加强固定,手术顺利,历时7h,术后抗炎、支持及对症治疗。16d拆线,切口I期愈合,14个月后再次复查X线片示:股骨巨大缺损处有大量骨痂形成。3年后随访能弃拐行走。除右膝关节有一定功能障碍外骨愈合良好。

讨论

患者受直接暴力,严重损伤骨及软组织,致右股骨巨大缺损、髁间严重损伤。此类骨质缺损,其治疗关键是保证坚定地固定,使骨折愈合良好。临床实践说明内外钢板坚实的固定及自身植骨,加上严格无菌的合理操作,既为骨细胞爬行愈合创造了良好条件,又无排异反应,尽量避免了骨不连或延迟愈合,缩短了病程,提高了治愈率,起到了积极的促进作用。

(收稿日期: 2003-09-09 本文编辑: 王宏)