

肘内翻畸形的手术治疗

Operative treatment for cubitus varus deformity

王德胜

WANG Desheng

关键词 肘关节; 畸形; 矫形外科手术 **Key words** Elbow joint; Abnormalities; Orthopedic procedures

肘内翻畸形是肱骨髁上骨折最常见的并发症,文献报道发生率 30%~50%^[1]。1992 年 - 2000 年 8 月,手术治疗肘内翻畸形 24 例,报告如下。

1 临床资料

本组 24 例,男 15 例,女 9 例;年龄 6~13 岁,平均 8.3 岁。右肘 16 例,左肘 8 例。均为肱骨髁上骨折 2 年以上,其中 3 例经手法整复后,采取悬吊式石膏外固定,其余 21 例均做了切开复位交叉克氏针内固定。24 例 X 线片测得内翻角 10°~19°者 13 例;20°~29°者 9 例;超过 30°者 2 例。

2 治疗方法

2.1 设计截骨模块 在 X 线正位片上沿肱骨和尺骨中央各划一条纵轴线,两线在肱骨干上相交角度就是肘内翻度数。然后,在肱骨外髁上方 1.5 cm 处选 A 点,由此点向尺骨纵轴作垂直延长线并交于内侧皮质 O 点,再由 O 点向肱骨纵轴作垂直延长线交于外侧皮质 B 点。三角形 AOB 即为截骨部分。AB 段就是肱骨髁上外侧皮质所切除的长度(见图 1)。

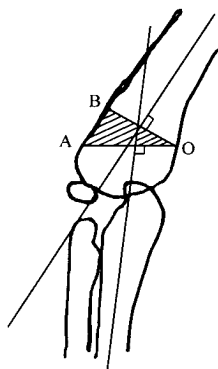


图 1 截骨设计图

2.2 手术操作 仰卧位,上臂外展,掌心向上。在全麻下取肱骨下端外侧切口,于三头肌外缘切开骨膜,前后剥离,显露肱骨下端外侧前后骨面,按图 1 设计的模块,确定截骨部位,用细钻头沿预截线上钻孔,以锐利骨刀由外向内楔形截骨,缓慢闭合截骨间隙,使远近截骨面对合。固定采取 3 种方式: 内外髁交叉克氏针固定或 1 枚克氏针由外侧斜行台阶式固定 8 例。 钢板、螺钉固定 3 例。 2 枚粗克氏针平行固定,针尾钢丝及橡皮条“8”字加压 13 例。术后肘关节 130°位石膏固定 1~2 周。

2.3 术后康复 固定可靠的患者,术后 1 周即可轻柔地进行关节功能的主动和被动练习,对固定不稳定的患者,在固定期间应指导患者进行肌肉静止和收缩训练,以利于消肿和减轻粘连。

3 结果

本组 19 例获得随访,时间 8 个月~6 年,平均 4.6 年。疗效评定标准:优,患者自觉症状消失,关节屈伸活动正常,携带角丢失 < 5°;良,自觉症状基本消失,关节活动在 120°以上,遗留 5°以内内翻角;可,自觉症状基本消失,关节活动在 120°以内,内翻角 > 5°。本组优 14 例,良 4 例,可 1 例,优良率 94%。

4 讨论

平行固定的手术操作要点: 截骨后要注意调整远端截面的旋转移位。 克氏针要与各自的截骨面平行,克氏针不能穿透内侧皮质。 防止截骨面过高,截骨面过高,截骨后骨折愈合缓慢,甚至发生肘内翻矫正不佳。同时,因为截骨面过高,截骨后在矫正肘内翻畸形时发生内侧皮质完全断裂的机会就会增加,使骨折的稳定性受到影响。 要严格掌握截骨范围,要按术前设计的模块截骨,不可过多,过多截骨必然是矫枉过正,会发生肘外翻;亦不可过

少,过少截骨,肘内翻畸形得不到矫正。固定术式的选择:传统的 2 枚克氏针交叉固定,或 1 枚克氏针斜行台阶式固定,简便易行,但稳定性差,有再发生肘内翻畸形的可能;螺钉、钢板固然可以使骨折固定可靠,但需二次手术取出;2 枚克氏针平行固定,同样可以起到螺钉、钢板的固定作用,而且可免除二次手

术之苦。因此,肘内翻畸形截骨后,平行克氏针固定的方法操作简便、固定可靠,是理想的治疗方法。

参考文献

1 袁侨. 小儿肱骨髁上骨折术后肘内翻的预防. 中国矫形外科杂志, 1999, 6(2): 154.

(收稿日期: 2004 - 08 - 05 本文编辑: 王宏)

相邻神经根均受累的腰椎间盘突出症

Lumbar intervertebral disc herniation combined with adjacent nerve root compression

吴炳松¹, 夏明忠¹, 汪益荣²

WU Bing-song, XIA Ming-zhong, WANG Yi-rong

关键词 椎间盘移位; 神经根压迫 **Key words** Intervertebral disk displacement; Nerve root compression

自 1992 年 1 月 - 2002 年 2 月手术治疗腰突症 550 例,发现有 10 例单间隙椎间盘突出累及相邻两条神经根,在临床上有其特征,根据我们的经验,作一小结。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组单间隙腰椎间盘突出症累及相邻两条神经根并引起症状的 10 例,占同期腰突症手术总数的 1.8%,其中男 6 例,女 4 例;年龄为 25~55 岁,平均 33 岁;病史最长 5 年,最短 15 d。突出节段:L_{3,4} 1 例,L_{4,5} 7 例,L₅S₁ 2 例。左侧突出 6 例,右侧 4 例。突出的节段与神经根关系见表 1。

表 1 突出节段与神经根关系

突出节段	受累神经根	髓核移位	n	分型
L _{3,4}	L ₃ 、L ₄	椎间孔内	1	
L _{4,5}	L ₄ 、L ₅	髓核上移	2	
	L ₅ 、S ₁	髓核下移	5	
L ₅ S ₁	L ₅ 、S ₁	髓核外移	2	

1.2 临床表现 10 例均有慢性腰腿痛史,先腰痛后腿痛者 7 例,先腿痛后腰痛者 3 例。入院时均有 2 条神经根受压的症状及体征,腰部活动受限,相应的椎旁压痛或臀部压痛,伴下肢放射痛,直腿抬高试验阳性 10 例,加强试验阳性 10 例,健肢抬高试验阳性 6 例,膝反射减弱或消失 2 例,跟腱反射减弱或消失 4 例,伸肌肌力减弱 3 例,小腿三头肌肌力减弱 3 例,皮肤针刺感迟钝 10 例。

1.3 影像学特征 术前摄腰椎正侧位片,正位片见腰椎不同程度侧弯,椎间隙不等宽;侧位片见腰椎生理前凸减少或消失,相应的椎间隙减少或明显狭窄,少数患者有轻度退变及增生,3 例患者伴有移行椎,2 例伴有隐裂。10 例均行 CT 薄层扫描(1 例行 MR 检查)提示:椎间孔内突出 1 例,后外侧突出 9 例。

1.4 手术方法 采用硬膜外麻醉,单侧开窗减压脱出髓核摘除加椎间盘切除 2 例,单侧扩大开窗椎间盘切除 7 例,单侧扩大开窗加椎间孔扩大 1 例。

2 结果

采用以下疗效评定标准^[1]:优,术前症状缓解,腰椎活动度、直腿抬高试验、神经功能均恢复,并能恢复原来的工作和生活;良,术前症状部分缓解,腰椎活动度、直腿抬高试验和神经功能部分改善,不能恢复原来的工作和生活;差,治疗无效或症状加重,有关体征无改善。本组 10 例,经 2~10 年,平均 5 年随访,患者自我感觉非常满意,其中优 6 例,良 3 例,差 1 例,优良率 90%。10 例按髓核突出的形态和移位的情况不同分为以下 3 种类型:型(常见型)指较大块髓核脱出,伴或不伴有下移,同时挤压相邻两条神经根;型(上移型)指小块髓核脱出,游离上移压迫上位椎节间行走的神经根,间隙内髓核突出压迫对应椎节间行走的神经根;型(极外侧型)指髓核脱出于椎间孔内,压迫上位椎节间行走的神经根,间隙内髓核突出压迫对应椎节间行走的神经根。本组中 型 7 例, 型 2 例, 型 1 例。

1. 玉山博爱医院,江西 玉山 334700;2. 上饶凤凰医院