

· 病例报告 ·

以食道型颈椎病为表现的弥漫性特发性骨质增生症 1 例

康维杰, 郑业虎, 夏晨波

(绍兴文理学院附属医院, 浙江 绍兴 312000)

关键词 骨质增生; 颈椎病; 病例报告

DOI: 10.3969/j.issn.1003-0034.2010.04.028

One case of diffusing idiopathic skeletal hyperostosis with esophagus type of cervical spondylosis as chief manifestation

KANG Wei-jie, ZHENG Ye-hu, XIA Chen-bo. The Affiliated Hospital of Shaoxing College, Shaoxing 312000, Zhejiang, China

Key words Hyperostogeny; Cervical spondylosis; Case report

Zhongguo Gushang/China J Orthop & Trauma, 2010, 23(4): 317-318 www.zggszz.com

患者,男,65岁,车祸致颈部损伤,双下肢麻木3个月,进食梗咽感半年入院。颈软,无压痛,四肢活动自如,肌力正常,躯体感觉正常。双侧小腿膝关节以下痛温觉稍减退,膝腱、跟腱反射亢进,髌阵挛右侧阳性。Babinski征阴性。颈椎侧位片示(图1-2):C3-7椎体前缘可见大块状骨化的韧带,并相互连接成骨桥,其与椎间盘对应处向前呈唇样增生。钡餐片可见造影剂于C4-5处中断。CT显示增生的骨块厚度约1cm,与椎体前缘有透亮间隙。MRI示:C4-5、C6-7平面脊髓高信号。术中所见:C3-7前缘连续性骨质,质地坚硬,用磨钻去掉大部骨质,于椎前形成宽约1.5cm,深0.8~1.0cm的沟槽,肉眼未发现增生骨化的韧带与椎体前缘有明显界限。C3、4、C6、7椎间盘摘除减压植骨融合(图3-5)。术后患者吞咽梗阻感消失。双下肢麻木感明显好转。髌阵挛转阴性,膝腱、跟腱反射基本恢复正常。

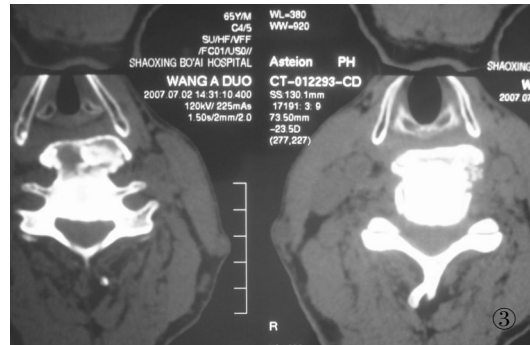


图3 CT显示椎体前纵韧带骨化,厚度达椎体前后径2/3

Fig.3 The CT showed anterior ligament ossification and the thickness was two thirds of the vertebral anteroposterior diameter

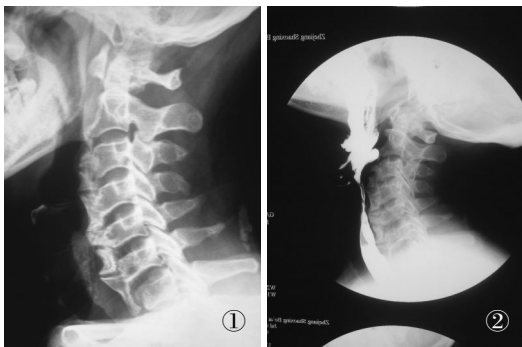


图1 侧位片显示椎体前缘前纵韧带增生骨化呈波浪状,近于椎间隙平行处出现透亮间隙,如切割状,与脱变的骨质增生有明显不同

图2 食道造影显示钡餐中断影像

Fig.1 The lateral X-ray film showed the anterior longitudinal ligament of the vertebral edge occurred ossification and hyperplasia wavyly; in near intervertebral parallel occurred translucent intervertebral gap such as the cutting shaped, which was different from fading bone hyperplasia significantly Fig.2 The esophageal barium meal showed blackout video

讨论

弥漫性特发性骨质增生症(Dish)的诊断主要靠X线,标

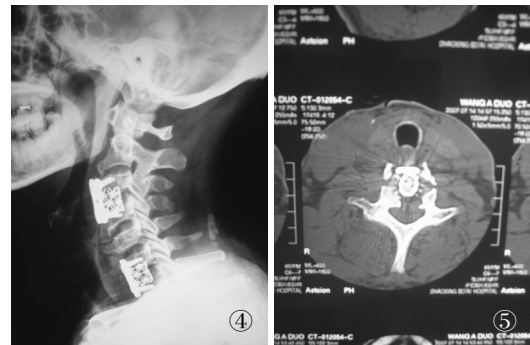


图4 术后侧位像 图5 术后CT显示椎体前方骨化的韧带被切除

Fig.4 The postoperative lateral X-ray Fig.5 The Postoperative CT showed that vertebral fronting ossification ligament had been cut

准为:①相邻4个以上椎体的前及外侧缘韧带骨化,合并或不合并椎体与椎间盘交界处局部突出的骨赘,胸椎段Dish有右侧较重的倾向;②受累椎体的椎间隙高度正常,无明显的椎间盘退变;③椎小关节及骶髂关节无关节面侵蚀,或关节骨性强直;④其他部位,如骨盆及四肢关节的韧带附着处可见骨质增生,但不具有特征性;⑤明显的X线阳性表现和轻微的临床症状不相匹配。Dish病的鉴别诊断:①强直性脊柱炎:强直性

脊柱炎多见于青年男性，而 Dish 病多见于 60 岁以上老年男性；强直性脊柱炎多自两侧骶髂关节开始向上蔓延至腰、胸和颈椎；强直性脊柱炎是以广泛的椎旁韧带骨化伴骨质疏松，骨关节模糊，“竹节变”为特征。临床表现强直性脊柱炎活动期疼痛剧烈，难以忍受。而 Dish 临床症状轻微，多为拍片时偶尔发现。②脊柱退行性骨关节病：该病的椎体边缘骨质增生、硬化，

可形成不完全性或完全性骨桥；其椎间隙变窄，椎后小关节增生，脊柱滑脱，或有真空现象，骨质疏松，许莫氏结节等，但无广泛的前纵韧带钙化。而 Dish 椎间隙一般正常，无滑椎现象，骨质增生、韧带钙化常呈不对称性，同一部位如发生 Dish 还不易伴发退行性骨关节病。

(收稿日期:2009-06-22 本文编辑:王宏)

· 经验交流 ·

改良垂直褥式缝合在跟骨手术中的应用

王斌,朱忠,林列,徐国成,马毅
(台州医院骨科,浙江 临海 317000)

关键词 跟骨; 骨折; 缝合技术

DOI:10.3969/j.issn.1003-0034.2010.04.029

Application of modified vertical mattress suture in the operation of the calcaneus fracture WANG Bin, ZHU Zhong, LIN Lie, XU Guo-cheng, MA Yi. Department of Orthopaedics, Taizhou Hospital, Linhai 317000, Zhejiang, China

Key words Calcaneus; Fractures; Suture techniques

Zhongguo Gushang/China J Orthop & Trauma, 2010, 23(4): 318-319 www.zggszz.com

自 2005 年 2 月至 2009 年 1 月，在跟骨外侧入路治疗跟骨骨折中应用改良的垂直褥式缝合法等软组织保护技巧，能明显降低切口感染、坏死率，现报告如下。

1 临床资料

本组 57 例(68 足)中,男 45 例,女 12 例;年龄 19~74 岁,平均 33.1 岁;单侧 46 例,双侧 11 例。致伤原因:坠落伤 47 例,交通事故伤 10 例。开放性骨折 9 足,闭合性骨折 59 足。伴糖尿病 4 例,下肢血管病变 7 例;伴局部皮肤挫伤 31 足,张力性水泡 11 足。按 Sanders 骨折分型标准^[1]: II 型 18 足, III 型 37 足, IV 型 13 足。本组术前均摄跟骨侧位、轴位片及大部分行 CT 三维重建,证实骨折线均波及后跟距关节面,并伴有关节面塌陷。

2 治疗方法

2.1 术前软组织保护 除开放骨折行急诊手术外,均行石膏临时固定,抬高患肢,于 5~12 d(平均 7 d)进行手术。如果局部存在较严重的水肿或张力性水泡,可加用 20%甘露醇、双氢克尿塞脱水,手术延至肿胀退皮肤起皱后进行。

2.2 切开显露时的软组织保护 单侧骨折取侧卧位,患足在上。双侧骨折取足外旋俯卧位,驱血后应用止血带,采用标准跟骨外侧“L”形切口^[2],转折处以钝角弧形相连,切口上方至外踝最隆突处水平为宜,不可过高,尽量避开挫伤处 1 cm 以上,全层切开皮肤、皮下组织,直至跟骨外侧骨皮质,在皮瓣剥离前间隔宽松地全层间断缝合固定皮瓣切缘,避免皮瓣各层间分离影响切缘血运,用手术刀紧贴跟骨外侧皮质将全层皮瓣剥离翻起显露跟骨,注意保护腓肠神经、腓骨长短肌腱,用 3 枚直径 2 mm 克氏针分别钉入骰骨、距骨颈、距骨体,牵开皮

瓣显露术野,避免术中对皮瓣较大面积地钝性牵拉。在撬拨、复位、内固定中尽量减少对皮瓣的影响,直视下纠正跟骨短缩、恢复跟骨关节面的正常解剖,恢复 Böhler 角和 Gissane 角,然后将增宽的跟骨内外侧进行对向挤压复位,恢复跟骨高度,用克氏针临时固定,复位后空腔较大者,需植骨或人工材料填充。复位外侧壁并压平,行可塑形跟骨钛板固定。C 形臂 X 线机透视摄片,观察跟骨形态、关节面及内固定位置是否满意。

2.3 关闭创口时的软组织保护 ①采用改良垂直褥式缝合法缝合切口,可根据切口或创口具体血供及张力情况灵活运用单侧式、交错式或组合式来闭合切口和创口。既能对抗缝合时的相当张力,又能有效保护皮瓣血供,明显优于传统的间断缝合方法。②在皮瓣上打孔放置细引流管 1 根于跗骨窦处,不建议放在皮瓣下方,因为皮片或引流管如放在皮瓣下或切口间易形成新的较大面积阻隔空隙,阻碍皮瓣与基底间新生血管的生成,直接影响皮瓣局部血供的改善,同时易积血液引发感染。皮瓣适当加压包扎后跗骨窦处即成为主要的积血积液空腔,在此处放置引流不会扩大空腔,也不易压扁引流管,能充分引流,可明显减少创伤性跗骨窦综合征的发生,跟骨骨折术后远期后遗疼痛有很大一部分为创伤性跗骨窦综合征。③患肢小腿石膏托固定于中立位,减少活动对皮瓣的拉力,保护皮瓣再血管化过程(典型病例见图 1)。

2.4 改良垂直褥式缝合法 ①单侧式:在距切缘一侧 1 cm 处进针,垂直切口方向,穿至切口对侧真皮下出来,再从进针侧皮缘真皮下出针,打结在进针侧皮肤,使进针对侧无缝线卡压皮肤。②交错式:第 1 针在距切缘一侧 1 cm 处进针,垂直切