

胫骨骨痂牵伸延长术矫治儿麻后遗症 31 例

浙江临海市第一人民医院(317000) 林维韶 王文斌 冯米敬 李增梅* 袁明治**

骨痂牵伸(Callus Distraction)肢体延长术由意大利 Giovanni De Bastiani^[1](1987)报告,我们对收治的 31 例儿麻后遗症患者进行此项手术和随访,收到了较满意的效果,报告如下。

临床资料

共 31 例,男 20 例,女 11 例;年龄均在 18~30 岁之间。

手术方法

1. 用两根 2.5mm 粗的斯氏针于外踝上方 3~5cm 处贯穿腓骨,使腓骨固定在胫骨上。2. 于外踝上方 7cm 处作一纵形小切口,钻和凿断腓骨。3. 在胫首关节面下 1.5~2cm 处前后平行地钻入 3 根 3mm 粗的斯氏针,其最后一根必须贯穿腓骨头而过,注意不要损伤腓总神经。4. 在胫骨中下段处钻入两根 3.5mm 粗的斯氏针,组装上延长架,把钢针固定于小腿两侧可伸缩的螺杆上,钢针要求通过胫骨中心轴线并相互平行。5. 先把胫骨关节面下 3 根前后平行的钢针向头侧方向旋转,使成轻度弯曲,再把胫骨中下段两根钢针向脚侧方向旋转,使成轻度弯曲,即是头脚相反方向有分离拉力,便于胫骨截断,然后于胫骨结节下切一斜形小口,直至胫骨,从这一小切口可作环形或 V 字形钻凿断胫骨上干骺端,如为完全凿断,用手指压时有浮动感;6. 把上下钢针作相对方向旋转,使其相对微微弯曲为度,即是使截断面相互接触加压,一则使截断面加压后渗血减少,二则使嫩骨痂早日形成。7. 加压至 2 周后,嫩骨痂已经形成,再慢慢地旋转延长架上的螺丝,开始延长,延长之速度可每天 0.5~2mm,如此每天旋转延长架上的螺丝,直至所需要的长度为止。

延长期间每月应摄一次 X 片,观察骨痂的生长情

况,以便可随时调整。延长到所需长度后,停止延长,但要继续保留延长架 1 个月左右的时间。此期间内可让患者扶拐下地活动,使骨延长部分有应力刺激,促使软骨痂早日变为硬骨痂,直至 X 光摄片显示有连续性骨皮质形成——骨性连接。

治疗结果

延长长度最小为 4cm,最长为 10.5cm,平均为 6.3cm。延长率平均为 23.1%,治愈指数为 30 天。

并发症:针眼感染 3 例,经 3~10 天换药后或加用抗菌素而愈;2 例发生膝关节强硬,后作被动活动和自主锻炼而改善;发生下垂马蹄足 2 例,待延长结束后作了跟腱延长术予以矫正。

讨论

胫骨延长术是矫治下肢不等长的积极方法,由于手术是延长患肢,可保持身材高度,能改善患肢行走功能,因而是一种比较理想的和被患者乐于接受的一种手术。骨痂牵伸延长术有以下优点:①由于截断面互相接触加压,术后出血量少,术后疼痛也较轻,②由于是在干骺端截骨,此处血运丰富,松质骨的接触面大且嫩骨痂形成早,因而能进行分离牵伸,其延长的长度也长,达到骨性愈合也较确切,无 1 例发生骨不连情况,③治愈指数的天数少,④并发症少而不严重。

由于儿麻病人肢体短缩的部位 2/3 在胫骨,因此胫骨延长术在临床上很有实用价值,本术式在骨骺线闭合后不受年龄限制,大小腿长度一般掌握在 54:46 左右的比例就行。当然胫骨可以延长,股骨和肱骨等均可延长。除儿麻病人外,也适用于软骨发育不全侏儒症患者。

(收稿:1993-12-03)

椎间孔扩大术治疗腰神经卡压症

江苏省赣榆县人民医院(222100) 王世松 杜敦进

1989~1993 年我院为 40 例患者行椎间孔扩大术治疗腰神经卡压症,取得了较好的效果,现报告如下。

临床资料

本组共 40 例,男 33 例,女 7 例;年龄 46~67 岁;病

程 3 月~16 年;行腰椎间盘切除与椎间孔扩大术 18 例,侧隐窝与椎间孔同时扩大术 13 例,单纯椎间孔扩大术 9 例;单侧椎间孔扩大术 29 例,双侧椎间孔扩大术 11 例;术前腰和坐骨神经痛者 26 例,单纯坐骨神经痛

* 浙江省仙居县人民医院 ** 浙江省天台县人民医院

者 10 例,腰痛伴患肢麻木无力、间歇性跛行者 32 例,直腿抬高试验阳性者 11 例。

X 线和 CT 观察:40 例均摄 X 线正侧位片,全部病例均见有退行性变,主要表现为不同程度的椎间隙狭窄或不等宽,椎体的退行性滑脱,关节突增厚上移,椎弓根短粗,椎间孔狭窄等。CT 扫描 36 例能清楚显示出椎间盘突出及侧隐窝狭窄的程度,对椎间孔狭窄则不能显示。

手术方法

俯卧位,单次硬膜外麻醉后正中切口,显露病变节段棘突、椎板和小关节。单侧神经根受压采用半椎板入路,双侧神经根受压采用双侧椎板减压术,但一般保留棘突和棘上、棘间韧带。凿除下关节突上方内缘 $\frac{1}{2}$,探查神经根与周围病变关系,有椎间盘突出或侧隐窝狭窄,将其间盘切除或侧隐窝扩大减压。此时若无椎间孔狭窄,神经根立即松弛,自如移动 1cm,触痛消失或减轻,用 8 号橡胶管沿神经根顺利插入神经根管内无阻力,在椎间盘切除或侧隐窝扩大后,如果神经根仍较固定,触痛明显,8 号橡胶管插入神经根管内有阻力,可以确诊椎间孔狭窄,应予以扩大减压。其方法,用带有弯度的娥眉凿切除下关节突前缘和椎弓根下缘部分骨质,然后沿神经根走行方向凿除上关节突顶端上移及增生部分,椎间孔扩大后,神经根立即复位,触痛随之消失或减轻,8 号橡胶管顺利通过神经根管道。冲洗创腔,游离脂肪片覆盖神经根,置负压引流管,缝合切口。

治疗结果

40 例全部获得随访,6~12 个月 6 例,12~24 个月 16 例,2 年以上 18 例。疗效标准:优:术后全部症状消失者 23 例;良:术后症状基本消失,仅有轻度小腿麻木感 13 例;可:术后腰腿痛症状减轻,患腿仍有麻木、乏力 4 例;差:术后症状无改善。总优良率 90%。无差级病例。

讨论

引起椎间孔狭窄的原因可以是发育性的,这时椎弓根变短,同时伴有侧隐窝狭窄。但更常见的原因是腰椎退变。本组 40 例病人其发病年龄多在中年以上,且病程较长,充分说明了后天因素的重要性。其主要的致病因素是椎间盘退变,椎间隙狭窄后,上关节突上移,前倾,因摩擦进而骨质增生肥大,顶压其前上方的神经根,这种情况主要发生在骶上关节突,导致 L₅-S₁ 椎间孔狭窄。另一情况是髓核吸收椎间隙变窄后,松弛的纤维环向后外方突出,将同序数的神经根压于纤维环与椎弓根下切迹之间的沟内(椎弓根下沟),使神经根扭曲受压,这种情况多见于椎间盘退变两侧不对称塌陷时。椎间盘退变塌陷还导致黄韧带前突、增生肥厚,成为神经根卡压的重要因素。

椎间孔狭窄的诊断较困难,目前还没有有效的诊断手段来确诊。本组对 40 例病人分析,此症有以下特点:1. 发病年龄较大,多在 50 岁以上,且病程较长。2. 疼痛较剧烈向下肢放射,站立不动不能使疼痛缓解,卧位屈髋可使疼痛减轻。3. 多数病人有间歇性跛行,且行走间隔较短即出现症状(一般行走 200m 左右)。4. 直腿抬高往往不受限,小腿多有麻木区。以上临床特点结合 X 线平片及 CT 扫描的退行性变化表现可以作出初步诊断。但最后确诊要靠手术证实。在术中,如果摘除突出的间盘或扩大侧隐窝后,神经根仍紧张固定、明显的触痛,特别用 8 号橡胶管探查神经根管有阻力,甚至根本就插不进,可以确诊为椎间孔狭窄,此时必须进行椎间孔扩大减压术,千万不要把椎间盘突出、侧隐窝狭窄当作唯一的卡压因素,而忽视了椎间孔内的压迫,这往往是引起手术失败的原因之一。因此,我们对年龄较大的腰神经卡压症病人在行减压术中,特别注意椎间孔的狭窄,应予以扩大,防止遗漏致压因素,以提高手术疗效。(收稿:1994-08-01)

中国人才研究会骨伤人才分会 1995 年度活动计划

学术活动: * 4 月珠奥国际学术会议(珠海、澳门各二天,国内代表限额 30 名);4 月全国骨伤科医院学术研讨会(唐山) * 5 月全国首届老年骨科学术研讨会(北戴河) * 6 月召开国际骨伤科技与人才大会(北京 200 人) * 8 月全国首届椎间盘突出症专题学术会议(敦煌 120 人) * 10 月首届颈椎病专题学术会议(乌鲁木齐) * 12 月学会理事会议。

人才培养 * 不定期举办全国骨伤科最新技术、最新疗法、最新动态高级人才研讨班(北京、哈尔滨、上海、杭州、三亚等 7-10 天) * 全国中医骨伤科大专班(承认学历)继续招生; * 设立分支机构,发展新会点。

好消息: * 学会所属北京骨伤医院愿为来京就诊的骨科疑难病例提供一流的服务并组织最权威的会诊及治疗; * 学会将为骨伤界同仁的发明、专利、新技术提供宣传咨询及推广服务; * 学会交举办厂高与医院联谊展示洽谈会。

书讯: 由学会组编写的国际骨伤、推拿医师交流手册、中医骨伤科手册、中国推拿学、现代老年骨科全书、当代中国骨科临床与康复等将出版发行。

以上部分活动将与中华医学会、中国中医药学会、中国中西医结合学会、中国医药报等单位联合主办、欢迎承办会议、参加活动。

详细资料备索、会员免费

学会地址: 北京市朝阳区望京中环南路 6 号,北京针灸骨伤学院附属医院 9 层(邮编:100015),电话:4361217(值班)BP:8516999 呼 1661. 北京骨伤科医院地址:宣武区自新路平渊里 4 号。邮编:100052。电话:3031840。BP:8368800 呼 9303(中文)秘书长:王守东;电话/传真:3040690。BP:9545990 呼 87383(中文)。