

经验交流

先天性胫骨假关节手术治疗 22 例报告

黑龙江中医学院附属医院 (150040)

王宏志 贾全章 苏立福* 许彬*

先天性胫骨假关节是一种少见的先天性骨不愈合畸形,不做植骨手术很难获得骨性愈合。1983 年~1995 年,我院采用四种手术方法共收治 22 例,疗效满意,现报道如下。

临床资料

本组 22 例中,男 12 例,女 10 例;年龄 4~16 岁,平均年龄 9 岁;左侧 13 例,右侧 9 例;其中假关节型 4 例,囊肿形 12 例,弯曲型 6 例;收治时均有明显的小腿下 1/3 弯曲畸形,经 X 线片证实皆已形成假关节。

治疗方法

1. 两侧髓外贴敷植骨术 术中彻底切除假关节病变组织,在假关节上下胫骨两侧凿除一薄层骨皮质。取健侧腓骨中段,长约 10cm,中间纵行劈开,紧贴于假关节上下段胫骨两侧,以 4 枚螺钉横行固定,注意保持胫骨长度。然后取适量自体髂骨,紧密嵌置于骨端间隙处。

2. 髓内针固定植骨术 彻底清除病变硬化组织后,自断端远侧向下穿入一枚髓内针经踝关节自足底穿出,对位对线复位并维持胫骨一定长度后,将针逆行穿回到胫骨近端直达关节软骨下 1cm,然后断端植自体松质骨块,以能维持胫骨的宽度和厚度为限。

3. 吻合血管的腓骨移植术 手术时术者分两组:一组行假关节处病变骨及软组织清除,分离腓动静脉,并切取自体髂骨准备植骨用;另一组同时行健侧腓骨切取,取上 3/4 段不带腓骨头且带充分长度腓动静脉血管蒂的腓骨,长约 10~14cm。最后两组合一,将腓骨两端分别插入胫骨断端髓腔内,注意保持胫骨长度,以上下两枚螺钉固定,用显微外科技术吻合腓血管,胫骨两断端间植入松质骨条以利愈合。

4. 骨端切除加压融合同时行胫骨上端截骨延长术 此术意在切除病骨后行骨端加压融合,同时行胫骨近端骨延长术,以期同时解决骨愈合和胫骨短缩问题。术时病骨切除要彻底并修整骨两断端呈平面,然后于两断端上下约 1.5cm 处同一平面上交叉穿入各 3 枚骨

圆针。同时在胫骨近端粗隆下 1cm 处行“Z”字型截骨,并于截骨处上段约距截骨面 1.5cm 处穿入 3 枚交叉位的骨圆针。最后接上 Ilizorov 外固定架,调整螺母使病变处断面加压固定,同时准备行上端骨延长术。拆线后即开始延长,每日 1mm 分两次进行,定期 X 线摄片检查,直至达到完全矫正短缩畸形为止。

治疗结果

本组 22 例,随访最长者 12 年,最短者 1.5 年。自骨愈合而准予出院后,每年都摄 X 线片一次复查。结果:采用髓外贴敷植骨治疗 5 例,成功 3 例;髓内针固定植骨 4 例,成功 2 例;吻合血管腓骨移植 10 例,成功 8 例;骨端加压同时行骨延长术治疗 3 例,成功 2 例。成功率 68.2%。

讨 论

1. 手术治疗的机理 本病真正的病因不明。目前大部分学者认为与假关节处神经纤维瘤变和纤维异样增殖有关。因这些病变严重影响骨的愈合,故手术治疗关键在于彻底切除病骨及周围病变瘢痕组织,同时行植骨固定以促进骨愈合。对于两侧髓外贴敷植骨术,Boyd^[1]认为双侧皮质骨固定比较结实,对线好,还可以防止瘢痕压迫植入的松质骨;如果一侧植骨块被吸收,其对侧植骨块仍存在,发生再骨折的可能性减少,故治愈率较高。Van Nes^[2]提倡用髓内针固定植骨术。他认为采用髓内针内固定既坚强可靠,又无因采用螺钉固定而在螺钉固定处发生再骨折之虞,且对很短小的胫骨远端也可以达到牢固的固定。骨端切除加压融合同时行胫骨近端延长术治疗此病,是借鉴 Ilizorov 外固定架的原理而设计的,既增加了病骨的愈合率,又解决了胫骨短缩问题,本操作虽复杂,但治疗效果较好。近年来,不少国内外学者^[3]主张用带血管蒂的骨移植。因其提供了有丰富血运的较长的腓骨块,能促进骨折愈合,且对病灶骨可以行更广泛的切除,从而建立了有良好血循环的受骨区。本法使传统移植骨块由爬行替代的桥梁作用转化为骨折愈合过程^[4]。

* 嘉荫县医院

2. 术式选择 对于成角畸形不太重、上下段能容下植骨块和螺钉的,可采用髓外贴敷植骨术。髓内针固定植骨适用于低位的假关节。如有显微外科技术提供协作,多选用吻合血管的腓骨移植术。对大龄儿童,肢体短缩明显者,我们认为选用胫骨断端加压融合同时行骨延长术治疗此病疗效较好。

3. 治疗注意事项 (1) 术前应行充分牵引,以矫正部分畸形;(2) 术中应彻底切除病骨,并充分切除病变周围的瘢痕组织;(3) 植骨以自体松质骨为好,父母骨次之;(4) 内、外固定必需可靠,且固定时间应充分,直至 X 线片示骨愈合为止;(5) 用带血管蒂的骨移植取代假关节和病变骨,术前应对患侧和健肢的血管条件

进行了解。

参考文献

1. Boyd HB, et al. Congenital pseudoarthrosis of the tibia. JBone Joint Surg (Am) 1958; 40A: 1245.
2. Van Nes CP. Congenital pseudoarthrosis of the leg. J Bone Joint Surg (Am) 1966; 48A: 1467.
3. 陈中伟. 治疗先天性胫骨假关节的新疗法——游离腓骨移植 12 例初步报告. 中华外科杂志 1979; 17: 147.
4. 陆裕朴,等. 实用骨科学. 第 1 版. 北京:人民军医出版社 1991: 1249.

(收稿: 1995-08-16 修回: 1996-06-28)

79 例骨盆骨折及合并症救治

安徽舒城县人民医院 (231300) 施家寿

骨盆骨折是常见的严重创伤,骨折本身处理方面并不困难,由于有严重创伤,往往伴有较复杂的合并症或多发伤,这也是骨盆骨折死亡率高的主要原因。

我院从 1983~1995 年共收治 79 例骨盆骨折,无 1 例死亡,报告如下。

临床资料

79 例骨盆骨折中男 48 例,女 31 例;年龄 7 岁~67 岁。骨盆骨折发生原因:均为直接暴力,汽车肇事 47 例,开石堂塌方砸伤 11 例,高处坠落伤 17 例,倒房砸伤 5 例,其它重物撞击伤 4 例。骨盆骨折类型:79 例骨盆骨折中,骨盆环骨折 59 例,髌骨骨折 17 例,尾骨骨折 3 例。骨盆环骨折 59 例中,耻骨支骨折或坐骨支骨折一侧 15 例,两侧 11 例;耻骨支及髌骨骨折或髌骨骨折一侧 9 例,两侧 5 例;骨盆环多处骨折及髌髌关节脱位 9 例;骨盆环多处骨折及耻骨联合分离 6 例;骨盆环多处骨折及髌臼骨折 4 例。

合并症多发伤本组 79 例:(1) 合并症 54 起:合并休克 22 例,合并腹膜血肿 11 例,合并泌尿道损伤 18 例,合并褥疮 3 例。(2) 多发伤 92 起:脑震荡 17 例,胸挫伤 7 例,多处骨折脱位 39 例,软组织挫伤 25 例,肠穿孔 1 例,脾破裂 3 例。

本组 39 起多处骨折脱臼中:脊柱骨折 11 例,肋骨骨折 9 例,颅骨骨折 5 例,上肢骨折 7 例,下肢骨折 4 例,肩关节脱位 1 例,髌关节脱位 2 例。

讨 论

1. 骨盆骨折处理原则:首先考虑全身情况,全面系统检查,正确诊断,分轻重缓急,分别施治。对休克、颅内出血、胸腹腔脏器伤,尿道损伤等,先应救治,输血抢救休克,再处理开放性伤口及骨盆、四肢骨折脱位等,骨盆骨折参照类型处理。

2. 并发症及其预防:严重骨盆骨折有多发伤,如脑震荡。多处骨折因长期卧床,活动受限和昏迷等,易发生呼吸道感染及褥疮。因此对这类病人,要鼓励活动,清洁呼吸道分泌物,保持清洁和加强护理,在牵引架上装上把手作上肢运动,易于大小便,对不能活动病人在两侧髌腰部轮流垫上枕头,定期更换位置,减少褥疮发生。

3. 骨盆骨折治疗方法:(1) 单一骨盆环骨折或多处无移位骨折,卧板床休息,应用把手活动上身。(2) 严重骨折采用 Bucks 或 Russell 氏牵引以制动,减少疼痛。(3) 骨折移位或髌髌关节脱位严重,我院采用单腿水平位大重量骨牵引均获满意效果。(4) 耻骨联合分离采用帆布兜悬吊。

79 例病人,一般住院 6 周~10 周治疗,均可达到预期疗效,(1 例孕妇拒治),出院后晚期随访 49 例中,其中包括髌髌关节脱位 7 例病人,1 例轻度跛行,2 例走长路腰痛。

(收稿: 1996-09-10)