

受限, L<sub>1</sub>~S<sub>1</sub> 棘突压痛, T<sub>10</sub>~L<sub>4</sub> 棘突叩击时出现深部酸痛伴双下肢放射性胀麻。L<sub>4</sub>~<sub>5</sub>、L<sub>5</sub>~S<sub>1</sub> 棘突左旁压痛, 且向同侧下肢放射, 右侧轻度压痛, 向同侧臀区放射。双侧直腿抬高试验 (-), 加强试验 (+)。坐位屈颈试验 (+), 左踮背伸肌力轻度减弱, 皮肤感觉: 左侧会阴部、大腿后侧、前侧、小腿后、外、前侧痛觉减退。左膝反射消失, 跟腱反射正常。左侧腹壁反射减弱。CT 提示: L<sub>4</sub>~<sub>5</sub> 椎间盘中央偏左突出。入院 X 片发现 L<sub>5</sub> 椎体骨质破坏, 椎弓根消失。MRI 检查 L<sub>4</sub>~<sub>5</sub>、S<sub>1</sub> 骨质破坏, 考虑转移性肿瘤。最后诊断为转移性肿瘤, 患者自动出院。

### 讨 论

1. 误诊的常见原因: ①腰椎间盘突出症掩盖或忽视了合并症。本组病例多数存在腰椎间盘突出症的症状和体征。忽视了合并症的检查和鉴别诊断, 如其中的强直性脊柱炎、股骨颈骨折、股骨颈肿瘤。②忽略对 CT 假阳性的鉴别。如其中的神经鞘膜瘤、神经根变异。③

忽视症状特点和病史分析, 本组病例误诊普遍存在对全身性症状如低热, 胃纳差, 体重下降, 疼痛性质等缺乏认真分析, 对病史了解不全面。④缺乏认真的体格检查。如股骨颈骨折, 转移性肿瘤, 强直性脊柱炎等均因没有认真体检而误诊。⑤主观上忽视辅助检查和鉴别检查的重要性。如转移性肿瘤, 强直性脊柱炎均有血沉高的特点; 神经鞘膜瘤、神经根变异均因常规不做椎管造影或 MRI 而误诊。

2. 腰椎间盘突出症诊断中的注意点: ①把握腰椎间盘突出症症状、体征、影象的一致性。②密切注意 CT 假阳性及无症状的腰椎间盘突出症现象。充分认识 X 线平片、椎管造影、MRI 在鉴别诊断中的重要价值和必要性。③熟练掌握腰部神经丛、根、干的分布和症状特点, 客观地、认真地分析症状和体征。④强调详细询问病史和认真全面地体格检查, 充分利用辅助检查。

(收稿: 1996-10-22)

## 肱骨近端巨大肿瘤人工肱骨连人工关节置换

黑龙江省林业总医院 (150040)

陈 列 冯德利 王 宁 孙文凯\*

1994 年 4 月 10 日和 1996 年 8 月 13 日, 分别为 2 例肱骨上段巨大肿瘤行瘤段截除, 同时行人工肱骨连人工肩关节置换术, 近期疗效满意, 体会如下。

### 临床资料

例 1, 刘×, 女, 38 岁, 左上肢近端肿痛 18 个月, 近月加重。肩关节活动明显受限, 上肢肌肉萎缩, 全身一般情况良好, 检查正常范围。X 线片: 胸片正常; 左肱骨近端呈 8cm×6cm 膨胀性、皮质变薄的溶骨性破坏。病理诊断: 骨巨细胞瘤二级。

例 2, 石×, 女, 左上臂近端肿胀 14 年, 近一年疼痛, 出现上肢麻木, 肩关节活动明显受限, 上肢萎缩, 全身一般情况良好, 检验均正常。X 线片: 胸片正常, 左肱骨上端呈 9cm×5cm 膨胀性、溶骨性破坏, 皮质变薄。ECT 片: 左肱骨上端见有放射性分部浓聚区, 边缘光滑, 病变中心部放射性分部较淡, 上下两端较浓。病理诊断: 骨巨细胞瘤二级。

### 治疗方法

右侧卧位, 肩关节拐把切口, 长 20~24cm, 肩部

切断三角肌腱向外翻, 切断胸大肌腱部和肱二头肌附于喙突下方 1cm 处, 切断肱二头肌短头和喙肱肌腱性部, 向下翻起。切断外旋肌群及肩胛下肌腱部。充分锐性游离肿瘤下界 2cm 处, 截断提起肱骨近端, 锐性游离肿瘤于肩部, 环形切开关节体, 完整摘出瘤体。分别为 7cm×5cm×6cm 及 8cm×4cm×5cm。连接安放人工肱骨及人工肩关节, 活动范围符合设计。冲洗, 无显性出血。切断肌肉组合: 肱二头肌腱尺头吻合, 肱二头肌腱短头及喙肱肌腱吻合, 胸大肌缝合于三角肌上, 外旋肌群缝于肩胛下肌上, 三角肌腱性缝合。依次逐层缝合。包扎, 功能位石膏固定。48 小时拔出引流, 2 周拆线, 3 周练功。

### 讨 论

1. 手术适应症: 人工肱骨连肩关节置换, 适用于肱骨上端恶性程度低的肿瘤。边缘性肿瘤及瘤体大, 破坏广泛的巨大良性肿瘤。采用这种方法, 手术既彻底, 又解决了骨缺损, 具有如下优点: (1) 骨巨细胞瘤 1~2 级, 2 级刮除不彻底; 具大良性肿瘤, 植骨来源困难, 骨

\* 黑龙江省安装公司卫生所

移植影响关节功能。(2)保留了肢体长度,恢复了上肢正常解剖及形态,保持了上肢功能。(3)近似恢复了肩关节解剖构造,保持了肩关节功能,有利于关节重建。

我科十余年来,共收治骨巨细胞瘤 15 例。采用切刮植骨的复发 3 例,恶变 1 例。采用自体或异体骨移植 3 例,肩关节功能丧失。

2. 人工假体设计:根据肿瘤大小,与北京和平人工关节厂共同设计研制人工骨和人工肩关节,材质为钛合金和高分子聚乙烯。根据肿瘤在 X 光片中的影像,测定出瘤体范围,再依据 X 光片的虚影为 5.5:1,测出瘤体的实际长宽数据,加上截除肿瘤下界 2cm,为予制假体长度。以健侧肱骨直径,决定假体的周径。测出患侧肱骨远段髓腔直径和长度,决定人工肱骨柄的直径和长度。人工肩关节,取决于健侧肱骨头和臼的大小。

3. 术中注意事项:(1)重要神经血管处理:手术野范围大,必须彻底止血,以保证术野清晰。头静脉位于胸大肌三角肌间沟中,有时在肌内侧缘中,游离出并拉向内侧。掀起三角肌时,注意腋神经损伤,以防三角肌

麻痹。翻下肱二头肌短头喙肱肌,注意肌皮神经牵拉。锐性分离时,注意旋肱前、旋肱后动脉,必要时可结扎,肱骨中段注意桡神经损伤。(2)安放人工假体:①人工肱骨连人工肱骨头的安放:结合 X 光片,于瘤体下界 2cm 处截断,扩充髓腔,刮出髓内容物并擦干,填满骨水泥,确定插入角度,假体一次性插入,挤压 10 分钟,清除被挤出之骨水泥。②安装假臼:刮除白内软骨面,做成饼状骨水泥,贴于白内,确定人工臼方向,固定于白内,同时扭入人工臼底部,固定在肩胛颈内。③组合假体:先放入园帽状垫于人工臼内,再将人工肱骨头与人工臼扣合,活动人工肩关节在正常范围。(3)引流:术野大,软组织损伤重,出血难以避免,彻底止血。同时在关闭手术前,放置负压引流管,以克服局部血肿,减轻肿胀。

人工骨和人工关节,已广泛应用于临床。但人工肱骨连人工肩关节置换术,文献记载较少,本文谨就手术适应症、人工假体设计、术中注意事项等做如上阐述。

(收稿:1998-02-06)

## 膝关节外侧副韧带重建法

河南省洛阳正骨医院(471002)

于有智 李志伟

自 1992 年开始采用股二头肌动力性重建膝外侧副韧带的方法,临床应用 20 例,取得满意疗效。

### 临床资料

20 例中男 19 例,女 1 例;年龄 17 岁~55 岁;合并外侧半月板损伤 2 例,合并前交叉韧带损伤 1 例,合并膝内侧副韧带损伤 1 例;按 Lachman 分度标准,本组 II°损伤 16 例,III°损伤 4 例;术后膝关节功能优级标准:膝关节侧方直向、前后直向及旋转稳定,膝内翻应力试验阴性,活动度:0°(伸)↔150°(屈)。经 3 月~3 年随访,优级 18 例,占 90%。未达优级的 2 例,均为 III°损伤,其中 1 例合并内侧副韧带损伤,有侧方直向不稳,膝外翻应力试验阳性。另一例为合并前交叉韧带损伤,有前后直向不稳,前抽屉试验阳性。

### 治疗方法

在腰麻或硬膜外麻醉下,患者侧卧位,患侧在上。在大腿上中上 1/3 处扎好气囊止血带,常规消毒皮肤,铺无菌巾。驱血,止血带充气,压力达 600mmHg。在膝关节外侧作“S”形切口,起自股骨外上髁上 10cm,止于腓骨头下方。游离两侧皮瓣,暴露股骨外髁、股二头

肌、腓总神经。游离腓总神经至腓骨颈,向后牵拉保护之。于股二头肌止点处开始向上游离该肌,至该肌营养血管处。在股骨外髁中部,相当于膝外侧副韧带附丽处,凿一蒂(底)在后侧,边长约 2.5cm 之等腰三角形骨瓣,从骨瓣下挖除部分松质骨,以便容纳移位之股二头肌腱,在骨瓣两边及其相对应之外侧皮质处各钻一骨孔。膝关节半屈曲,将股二头肌腱前拉,置入骨瓣下方,用 7 号丝线通过所钻骨孔缝合固定骨瓣,再将周围韧带、骨膜加固缝合。若合并腓骨小头骨折,则给予克氏针固定;若合并外侧半月板损伤,可给予成形或切除;若合并膝关节其他相关韧带损伤,则给予相应治疗。逐层缝合切口。术后将膝关节用前后石膏托固定于屈曲 20°~30°位,3~5 天后即开始行股四头肌等长收缩锻炼。14 天拆线,换成长腿管型石膏固定,可不负重下地活动。四周拆石膏,用中药外洗,进行全方位功能操练。根据不同情况,即可陆续恢复工作。

### 讨 论

1. 膝外侧副韧带的应用解剖和损伤机理:膝关节是人体中部位表浅、关节面最大、杠杆作用最强、负重