

国骨伤, 1994, 7 (1): 43

京: 人民军医出版社, 1991. 51~ 56

2. 陆裕朴, 胥少汀, 葛宝丰, 等. 实用骨科学. 第 1 版. 北

(收稿: 1996- 06- 06)

带血管腓骨移植术后螺丝钉取除方法改进

张开放 王坤正 刘安庆 王春生

西安医科大学第二附属医院 (710004)

我院自 1981 年以来, 以吻合血管腓骨移植治疗各种成人和儿童股骨头无菌性坏死、陈旧性股骨颈骨折骨不连 216 例。术后 1~ 3 年内行固定腓骨的螺丝钉取除术。在传统取除方法基础上, 加以改进, 使之方法简单易行, 安全可靠。

前状态。

讨 论

临床资料

本组 216 例中男 132 例, 女 84 例; 年龄 4~ 56 岁; 左侧 112 例, 右侧 96 例, 双侧 8 例。共用腓骨 224 例。本组所有病例均于带血管腓骨移植术后 1~ 3 年内取除固定腓骨的螺丝钉。

1. 带血管腓骨的固定^[1-4]: 本组病人在行带血管腓骨移植时, 均采用 S-P 切口, 在股颈前外侧部沿纵轴凿一骨槽, 内侧直达股骨头内近骺板处, 外侧到距股骨大转子内 1cm 处。根据所凿骨槽长度取等长带血管腓骨 (长约 6~ 9cm) 嵌入骨槽。在靠近大转子的带血管腓骨远端向内 0.5cm 左右处用螺丝钉固定, 螺丝钉走向为后内上方。

手术方法

1. 麻醉和体位: 本组多采用局部麻醉, 对于 7 岁以下儿童, 不能配合者采用全麻。本组均采用仰卧位, 手术侧臀下垫薄枕。

2. 初期传统取钉方法^[1,3]: 初期 33 例采用 S-P 切口, 30 例采用髋关节外侧手术途径取钉^[5]。手术切口一般约 8~ 12cm, 出血约 200~ 500ml。因第一次手术致解剖关系紊乱, 手术分离时, 损伤大, 有损伤吻合的腓骨动静脉危险。手术时间约为 2~ 2.5 小时。因切口位置距螺丝钉位置稍远, 不易找到螺丝钉。其中有 14 例因不易找到螺丝钉而在术中借助 C 型臂 X 线透视定位。术后患者需卧床休息 2~ 4 周。因二次手术致髋关节前方软组织形成大量疤痕, 术后不利于髋关节功能恢复。

2. 手术步骤: (1) 定位: ①先触摸股骨大转子, 在股骨大转子顶端前, 内 1.5~ 2.0cm 处约为螺丝钉固定位置。②在麻醉前, 用手按压股骨大转子前、内处, 若病人感到深部有“深达骨的酸痛”处, 约为螺丝钉固定位置。(2) 在体外所定的螺丝钉位置标记。(3) 在以定位标记处为中心做一上、下长 4cm 切口。依次切开皮肤, 皮下组织, 阔筋膜。上、下钝性分离肌肉直达股骨。然后, 用右手食指触摸。触摸时, 先摸股骨大转子, 从大转子向前、内逐渐触摸, 约在 1cm 处, 可触到一粗糙骨性突起。此骨性突起为所植入的腓骨远端。沿此再往内上 0.5~ 1.0cm, 可触到螺丝钉帽。部分病例的螺丝钉被疤痕组织及骨痂包埋, 可用骨膜剥离器分离, 暴露螺丝钉帽。用右手食指触摸定位, 左手持螺丝刀, 在右手食指导下, 从切口进入到螺丝钉帽缺口。在右手食指帮助下, 左手旋转螺丝刀, 使螺丝钉松动, 拔出。(4) 用生理盐水冲洗伤口。依次缝合伤口, 无菌包扎。(5) 术中出血约 50ml。手术时间为 10~ 20 分钟。

3. 本组与传统方法比较有如下改进要点: (1) 在熟悉了带血管腓骨固定方法的基础上, 术者根据定位方法定位。不需传统手术时, 必须在术前拍片定位和术中 X 线透视定位。使医患都免除接受 X 线照射。(2) 手术采用螺丝钉投影位切口, 使手术更直接, 更易找到螺丝钉, 手术时间明显缩短。(3) 手术在腓骨动静脉外侧进行, 不易损伤已吻合的血管。(4) 手术在术者手指触摸下进行, 不需切过大切口。切口大小只要术者两根指头在切口内能顺利操作就行。由于切口小, 术中不易污染。并且, 损伤小, 术后软组织疤痕少, 可让患者早日下地活动, 对髋关节功能恢复有利。(5) 本法切口小, 出血少, 手术时间短, 采用局部麻醉就可达到满意效果, 不需硬外麻醉。这样, 就对患者全身生理功能影响小。

3. 术后处理: 术后口服抗生素 7 天, 预防感染。术后第 2 天置换敷料, 术后 3~ 4 天地下活动, 术后 10 天拆线。术后 2 周左右髋关节功能可恢复到取钉术

参考文献

1. 毛履真, 王坤正, 刘安庆, 等. 吻合血管腓骨游离移植重

- 建股骨头血供的临床观察. 中华显微外科杂志, 1986, 9 (3): 136
2. 毛履真, 王坤正, 刘安庆. 吻合血管腓骨移植治疗股骨头缺血坏死. 中华显微外科杂志, 1989, 12 (1): 20
3. 王坤正, 毛履真. 手术治疗陈旧性股骨颈骨折及创伤性股骨头坏死. 中华创伤杂志, 1992, 8 (5): 260
4. 王坤正, 毛履真, 陈君长. 手术治疗 Legg-Perthes 病疗效观察. 中华小儿外科杂志, 1992, 12 (3): 159
5. 王桂生. 骨科手术学. 北京: 人民卫生出版社, 1992, 110~111, 113~114

(收稿: 1996-06-06)

膏肓损伤初探

曹日隆 一 锸 李保泉 刘安平 王峰

安徽中医学院附属医院 (合肥 230031)

膏肓损伤又称膏肓腧穴^[1]、伤膏肓^[2], 原属太阳筋病、背痛范畴。清代医家赵廷海首先在《救伤秘旨》一书中, 作单一损伤疾患列出。我们通过文献复习和临床观察发现: 祖国医学所说膏肓损伤与现代医学中肩胛肋骨综合征^[3], 有许多相似之处。现就二者的病变部位、临床症状、病因病理等方面, 作一探讨。

病变部位同指一处

对膏肓腧穴所在, 《类经图翼》记载尤为详细: “膏肓俞在四椎下五椎上, 去脊中各三寸半”。近代多宗此说, 如高等中医院校统编教材《针灸学》、《腧穴学》以及近几年才出版的安徽中医学院、上海中医学院编著的《针灸学辞典》都认为, 该穴在第四胸椎棘突下旁开 3 寸处。《救伤秘旨》在膏肓腧穴伤项下, 明确提出膏肓腧穴位于第四椎下、近五椎上, 两旁各开 3 寸处; 倘若损伤, 手臂不能举动, 如脱样^[1]。其后, 诸多医家将膏肓腧穴处及其附近疼痛等不适, 都称之为膏肓损伤^[2,4]。

现代医学将肩胛骨与脊椎间疼痛、伴向头胸、肩臂扩散, 并在肩胛骨内上角和内侧缘, 或第 3~6 胸椎棘突下旁大约 7~8cm 肋骨上, 可找及激发痛点, 叫作肩胛肋骨综合征^[3,5,6]。

从上可以看出, 中医学记载的膏肓腧穴伤与西医学中肩胛肋骨综合征, 实为同在一处的病变。

临床症状描述类同

中医医籍记载, 膏肓损伤主要表现为膏肓腧穴处刺痛, 疼痛多向胸肋、项臂部走窜, 拒按, 肩胛背部拘挛板滞, 患侧手臂麻木、乏力, 肩部难以负重, 伴有胸闷等不适。遇劳复发或加重^[2,4]。现代医家对肩胛肋骨综合征的临床症状的描述是: 主要有肩胛区疼痛, 并可向患侧的头枕部、肩臂部、前胸相当于第四、五肋间神经的走行部位等处扩散, 常反复发作。

诊断本综合征的最重要体征是有触发痛点^[3,4] (压迫此点可引起局部疼痛和放射痛加重)。

如何取膏肓腧穴 (寻找触发痛点), 中西医要求是一致的。孙思邈在《备急千金要方》中明确指出: “令人正坐曲脊……若病人已困不能正坐, 当令侧卧, 挽上臂令前, 求取穴灸之也。……若不能久正坐当伸两臂者, 亦可伏衣袱上, 伸两臂, 令人挽两胛骨, 使相离。不尔, 胛骨复穴, 不可得也”^[7]。M. Eder 等则强调寻找触发痛点时, 患者双臂胸前交叉, 双手搭在对侧肩上, 使肋骨较好地展开, 肩胛骨向外滑动, 能比较容易找到触发痛点; 否则, 因肩胛骨的覆盖而难以找及^[6]。

从以上所述不难看出, 中西医对膏肓损伤 (肩胛肋骨综合征) 的临床症状的描述、寻找腧穴 (触发痛点) 的方法是相同的。

病因病理认识一致

祖国医学认为: 膏肓损伤除少数为直接遭受撞击、挤压外, 其发病的主要原因是由于肩部负重、持重努进时, 头颈部、肩背部姿势不正、用力不当; 或劳役过度, 致使气血郁滞、运行不畅; 或劳损在先, 复感风寒湿邪, 外邪蕴入太阳经脉, 经穴经气困阻而发病。另外, 若脏腑 (尤其是肺脾肾) 的功能失调, 气血生化不足或耗散太过, 太阳经脉失去荣润充养, 亦可出现膏肓损伤病症^[4]。

现代医家大多认为, 肩胛肋骨综合征是因为不良习惯或职业需要, 使肩胛骨不断地处于过度外展的姿势, 肩胛骨和胸廓之间的活动不协调, 斜方肌、大小菱形肌、髂肋肌, 包括肩胛提肌在内, 长期反复牵拉、摩擦, 这些肌肉的附着处的肌肉、筋膜及其附近的骨膜可以发生慢性劳损或急性损伤^[3,5,6]。

可见, 中西医都认为膏肓损伤 (肩胛肋骨综合征) 皆因急性损伤或慢性劳损所发。