

### 6 术后腰椎不稳定

是指在生理载荷下腰椎不能维持其椎体间的正常位置关系,甚至呈现进行性畸形,并伴有对脊髓、神经根的压迫、刺激,出现腰部及下肢痛等临床症状的一种状态<sup>12</sup>。其产生原因多与椎板切除有关。故对全椎板或半椎板切除,应同时采用椎骨融合术或内固定器为妥。

#### 参考文献

[1] 石永常. 防治腰椎间盘手术并发症的体会. 颈腰痛杂志, 1996, 18(1): 32.

[2] 孙成祥, 章锦. 腰椎间盘手术再手术问题. 骨与关节损伤杂志, 1992, 9(3): 143.

[3] 邱宜进, 夏桂英, 邵宣. 腰椎间盘手术效果欠佳原因分析. 颈腰痛杂志, 1996, 18(2): 84.

[4] 徐志强, 王乾兴. 47例腰椎间盘手术后疼痛原因探讨. 颈腰痛杂志, 1996, 18(1): 34.

[5] 刘洪宾, 王德荣, 牛小林, 等. 腰椎间盘手术合并侧隐窝狭窄 42

例诊治体会. 骨与关节损伤杂志, 1993, 10(4): 257.

[6] 韩德韬, 林谦, 施能木, 等. 腰椎间盘突出合并腰神经根管狭窄症. 骨与关节损伤杂志, 1992, 9(3): 140.

[7] 李重茂, 李纯志, 樊孝江, 等. 腰椎间盘手术中失误 13 例分析. 骨与关节损伤杂志, 1994, 11(4): 279.

[8] 冉永欣, 谷加炎, 龚祖元, 等. 复发性腰椎间盘突出症外科治疗与椎间盘术称商榷. 中华骨科杂志, 1996, 16(7): 423.

[9] 朱定铨, 蒋国强, 夏芳, 等. 腰椎间盘手术再次手术治疗 28 例分析. 骨与关节损伤杂志, 1994, 11(4): 278.

[10] 沈小松, 刘富华, 骆宇春. 短期内发生 8 例腰椎间盘术后椎间隙感染的教训. 骨与关节损伤杂志, 1997, 11(4): 247.

[11] 刘亚, 邱玉金, 赵相民, 等. 腰椎后路手术与腰背肌衰弱综合征. 骨与关节损伤杂志, 1996, 10(4): 204.

[12] White AA. Clinical Biomechanics of the Spine. Philadelphia JB Lippincott, 1978.

(编辑: 李为农)

## 少儿髌骨骨软骨袖套式骨折

夏增兵 马锁坤 吴水培 高建明  
(解放军第98医院, 浙江 湖州 313000)

少儿髌骨骨体极少发生骨折, 而临床中易忽视一种少儿独特的髌骨膝端撕脱伤——髌骨骨软骨袖套式骨折。以往对此病认识不足, 早期易漏诊、误诊, 遗留骨折对位不良, 使膝关节功能严重损害。我院于 1993 年 11 月至 1996 年 9 月收治少儿髌骨骨软骨袖套式骨折 4 例, 现报告如下。

### 1 临床资料

本组 4 例, 男 3 例, 女 1 例; 年龄 10~16 岁; 右侧 3 例, 左侧 1 例; 受伤原因: 跳远致伤 2 例, 溜冰摔伤 1 例, 跑步摔伤 1 例。新鲜骨折 2 例, 陈旧性骨折 2 例, 合并内侧支持带、股四头肌腱膜撕裂 3 例。陈旧性骨折均早期在外院多次摄片检查认为无骨折而被误诊, 误诊时间分别为 1.5 月、3 月。

### 2 治疗方法

4 例病例中, 2 例新鲜骨折急诊行切开复位粗丝线髌骨周围环形缝扎固定, 并修复撕裂的股四头肌腱膜及支持带。2 例陈旧性骨折亦择期予手术, 咬平骨折两断端, 布巾钳钳夹复位, 粗丝线髌骨周围双环缝扎固定, 髌骨两侧缘用 4 号丝线大圆针各缝合固定 1 针, 股四头肌腱膜加固缝合, 以确保关节面平整。术后膝部伸直石膏托固定 6 周, 逐步进行膝关节功能锻炼。

### 3 治疗结果

本组病例术后均随访, 时间 1 年~3 年, 平均 2 年 7 个月。膝关节屈伸活动均恢复正常, 近期无一例膝部酸痛感, X 线摄片复查 4 例髌骨体体积均较健侧稍增大, 一例陈旧性骨折术后呈长髌骨, 关节面可见一浅沟, 其余 3 例髌骨大体形态接近正常。

### 5 讨论

5.1 提高对本病的认识 少儿髌骨骨软骨袖套式骨折临床

中较少见, 其系指髌骨下部的软骨受股四头肌强力收缩而发生的撕脱性骨折, 其远端呈口朝上的袖套状软骨(见图 1), 内衬有少量或不带薄层松质骨组织, 常规前后位及侧位 X 线片常易被忽视。国内文献报道<sup>[1,2]</sup> 早期漏诊、误诊率较高, 而在



图 1 髌骨下极软骨呈袖套式自髌骨骨体撕脱

所有病例中往往均因医生对本病认识不足、读片不够仔细及忽视客观查体所致。早期延误诊断, 髌骨软骨脱套后未能很好复位, 致异位骨化及愈合过程中造成对位不良, 使髌骨和伸膝结构发生不正常延长, 将严重影响膝关节功能。本组 2 例陈旧性骨折即属此类, 故而提出对本病的早期诊断尤为重要。我们认为对少儿强力膝部屈伸运动伤后, 出现髌前明显肿胀或髌前缺损感、抗重力伸膝障碍, X 片示髌骨上移, 似高位髌骨(与健侧对照), 即应考虑髌骨骨软骨袖套式骨折的可能。

若 X 线片见髌骨下方袖套状软骨壳或(和)斑点状阴影,即可明确诊断。必要时行膝部 MRI 检查,其可清晰显示软骨损伤的程度及范围,不失为早期髌骨骨软骨袖套式骨折的诊断提供有力的依据<sup>[3]</sup>。

**5.2 治疗** 少儿髌骨骨软骨袖套式骨折的治疗与成人髌骨骨折相似,以恢复伸膝装置的连续性为其治疗原则<sup>[4]</sup>。髌骨骨软骨袖套式骨折时因受股四头肌强力收缩影响,骨端分离均较明显,保守治疗难以复位;且因强力活动除髌骨下部骨软骨剥脱外,膝关节内外侧支持带及股四头肌腱膜等亦相应撕裂,不予手术修复将严重影响膝关节功能,故保守治疗不可取。我们认为对髌骨骨软骨袖套式骨折应早期切开复位、粗丝线或钢丝捆扎固定,以恢复关节面的平整度,并一期修复撕裂的韧带,保持伸膝装置的完整性。若早期延误诊断致陈旧性骨折,手术治疗有一定难度,术中需咬平两骨折端,注意保留关节面完整性,如本组一例术后虽呈长髌骨样变,但因关节

面尚整,关节功能恢复仍较好。因少儿骨折后愈合相对较成人快,髌骨周围丝线缝合固定能满足髌骨骨软骨骨折愈合的要求,本组病例均采用粗丝线髌骨周围单环或双环缝合固定,术后功能恢复满意。术中缝合时应尽量偏髌后,尤其髌骨下极缝合应包括髌韧带,不可草草缝合过浅,以免收紧捆扎后髌前骨折端对合好,而关节面张口分离,并对陈旧骨折应用粗丝线自髌骨两侧加固缝合固定。

#### 参考文献

- [1] 周兴沛,王荫枢,李庆,等.对髌骨骨软骨骨折的认识(附 2 例报告).中华骨科杂志,1988,8(2):95.
- [2] 戴祥麒,张质彬,王春会,等.儿童套状髌骨骨折.中华骨科杂志,1997,17(2):107.
- [3] Bates DG, Hresko MT, Jaramillo D. Patellar sleeve fracture: demonstration with MR imaging. Radiology, 1994, 193: 825.
- [4] 王亦聰.髌骨骨折治疗原则的实验依据.中华创伤杂志,1990,6(3):133. (编辑:李为农)

## 腰椎间盘突出症体位对症状的影响

段进成 陆彦春

(平罗县中医院,宁夏 平罗 753400)

腰椎间盘突出症是临床上多发病,常见病。其主要症状为腰痛伴下肢放射痛,最大特点是朝轻暮重,休息轻,活动重。因卧床休息使椎管内压下降,椎间盘内压亦降低故疼痛缓解。但笔者在临床上碰到很多腰突症患者却恰恰相反,表现为刚卧床时,特别是早晨起床时腰痛和下肢放射痛加剧,疼痛难忍,甚至站立不稳,腰部不能直立,过上几分钟,十几分钟适应后症状慢慢减轻,腰部可以直立起来。也有些腰突症患者腰部摇摆活动后症状缓解或消失<sup>[1]</sup>,本人在 1993 年患腰突症时也有此现象,这似乎与卧床后症状缓解有些不符。

### 1 临床资料

本组腰突症患者 320 例,男性 182 例,女性 138 例,年龄 14~72 岁。经小针刀,推拿、针灸,牵引等综合治疗过程中有以上特殊症状者共有 67 例,占 20.9%,其中男性 42 例,女性 25 例。治疗后期或治愈后自诉腰部适当活动后十分舒服者有 21 例(不完全统计),全部为男性。

### 2 讨论

腰突症患者可有腰椎侧凸,后凸体征。这种腰椎侧凸和后凸被认为是神经根为了避开突出物压迫牵张的代偿体征<sup>[2]</sup>。侧凸可将纤维环拉紧,使凸起处变平,同时可拉紧黄韧带和关节囊韧带,扩大侧隐窝容积,减轻神经根受压。如果让病人向凸侧弯曲时将会破坏这种代偿引起神经根受压,疼痛或其它症状加重。为了减轻疼痛刺激,突出物与神经根之间会自动选择一种最佳位置关系,到达这种关系后它就会维持这种位置关系。这是生物体的原始条件反射。

前面所讲到的刚躺下或刚起床,由立位换成卧位,由卧位

变换到立位后疼痛变化的过程就是一个突出物与神经根之间寻找最佳位置关系的过程。比如说,由卧位到立位,体位的改变,腰椎的受力情况也起了变化,髓核突出物与神经根之间的位置关系遭到破坏,故疼痛加剧。这时机体会本能地寻找一种减轻疼痛的最佳位置,神经根自动地尽量避开髓核突出物以达到最小的刺激,此时疼痛即减轻或消失。许多 CT 显示有椎间盘突出但临床上并无症状者,或生前无症状,但死后解剖发现有椎间盘突出者<sup>[3]</sup>,就是因为突出髓核与神经根之间处于最佳位置关系。而推拿手法治疗腰椎间盘突出症中的腰椎斜扳法就是以改善突出髓核与神经根的位置关系为出发点的<sup>[4]</sup>。以此很好解释部分腰突症患者常复发而又自愈,就是突出髓核与神经根之间的位置关系发生变化。

所以认为腰突症患者的治疗不能一贯地卧床休息,尤其对那些不是急性期的患者,推拿手法等保守治疗的同时可配合运动治疗,以求达到机体的一种动态平衡关系,自我调节,而趋康复,腰肌也得到锻炼,对腰椎起到保护作用 and 代偿作用,减少复发率。

#### 参考文献

- [1] 邵宣,许斌.实用颈腰痛学.北京:人民军医出版社,1995.358.
- [2] 周秉文.腰痛.北京:人民卫生出版社,1993.122.
- [3] 胡有谷.腰椎间盘突出症.第 2 版,北京:人民卫生出版社,1995.141.
- [4] 刘岗庆.腰腿痛的推拿治疗.上海:上海科学技术出版社,1988.64. (编辑:李为农)

欢迎订阅

欢迎投稿