

• 短篇报道 •

创伤性胫骨外翻

盛路新 常伶文 刘克泉

(连云港市第一人民医院, 江苏 连云港 222002)

现将我院 1991 年 4 月~ 1998 年 3 月诊治儿童胫骨上干骺端骨折胫骨外翻畸形 3 例, 报告如下。

1 临床资料

本组 3 例, 均为男性。胫骨上端骨折时年龄 4~ 6 岁。骨折均涉及距胫骨上端骺板 5cm 内, 1 例为青枝骨折, 上干骺端外侧皮质稍有皱折隆起, 2 例为胫骨干螺旋骨折。骨折线抵达上干骺端, 骨折均未伤及骺板, 予手法整复石膏外固定。骨折愈合后去石膏锻炼, 功能良好。当时并无明显的胫外翻畸形。7~ 15 个月后再来就诊, 发现患肢胫外翻畸形明显, 外翻角 1°~ 19°, 均予垫高鞋底内侧观察治疗。随诊 7~ 26 个月, 胫外翻已不明显, 患肢功能良好, 无不适。测量外翻角, 减少了 5°~ 8°。其中 1 例健肢胫外翻角为 10°, 患肢胫外翻角达 19°, 经过保守治疗后, 患肢减为 11° 而健肢亦纠正到 7°, 双下肢基本对称。

2 讨论

创伤性胫外翻特点是 7 岁以下儿童

胫骨上干骺端(距骺板 5cm 内)骨折, 骨折并未伤及骺板, 尽管对骨折治疗很满意, 在骨折愈合后 1~ 5 个月内开始出现胫外翻畸形, 并呈现进行性加重现象, 至 18 个月后可停止发展^[1]。本组病例均有以上特点。

创伤性胫外翻的发生机制尚不明确, 目前有多种学说, 如: 复位不佳说; 骨膜嵌入骨折线说; 外侧软组织牵拉说; 腓骨牵拉说; 内侧骺损伤致内侧骨膜约束力丧失说和内侧骨骺诱发性充血引起内侧过度生长说等。但多数学者认为最后一种学说的可能性最大。本组病例骨折治疗满意, 骨折愈合后亦无骺损伤表现, 而出现胫外翻畸形, 亦支持最后一种观点。

对于创伤性胫外翻, 以往多主张积极手术矫治, 行胫骨上端截骨术, 但术后复发率高, 可能因手术重复了原来的损伤机制。1986 年 Zions 报道了对 7 例患儿行保守治疗观察了 28~ 42 个月, 6 例改善满意, 外翻角平均减少了 7. 6°, 最

终使外翻角小于 10°^[2], 这使保守治疗成为治疗该病的潮流。本组病例保守治疗取得了相似疗效。其中 1 例健肢外翻角亦从 10° 纠正到 7°, 说明小儿有自身生长纠正的潜力。年龄越小, 这种潜力越大。而对那些已近停止生长、骨骺将闭且胫骨外翻角仍大于 15° 的大龄儿童, 才有手术矫正的指征。

治疗一个 7 岁以下儿童胫骨上端骨折, 首先要向家长交待清楚可能出现的合并症。骨折愈合后应进行必要的随访。一旦出现胫外翻畸形, 给予垫高内侧鞋底观察治疗。手术治疗应慎重, 等近停止生长, 且胫外翻角仍大于 15° 时, 有手术矫正适应证。

参考文献

- [1] 张子军. 胫骨上端骨折后膝外翻. 国外医学·创伤与外科基本问题分册, 1993, 14(1): 36.
- [2] Zions Le, Mac Ewen GD. Spontaneous improvement of posttraumatic tibia valga. J Bone Joint Surg(Am), 1986, 68(A): 680.

(编辑: 连智华)

完全游离型椎间盘突出症 10 例

郭继承 郭良林 黄红拾

(湖南中医学院第三附属医院, 湖南 株州 412000)

1989~ 1997 年手术治疗完全游离型椎间盘突出症 10 例, 现报告如下。

1 临床资料

本组 10 例中男 4 例, 女 6 例; 年龄 25~ 65 岁。L_{4,5} 6 例, L_{3,4} 1 例, L₅S₁ 3 例。病程 1 周~ 2 年。皆为单腿痛, 皆有腰痛及腿部疼痛, 9 例出现不同程度的腿部肌肉松弛萎缩及相应的肌力减退, 腱反射及感觉异常, 6 例出现腰腿部持续疼痛, 其中 1 例出现昼夜剧痛, 6 例直腿抬高可达 80° 以上且加强试验为阴性, 大部分腰棘突旁压痛不明显。10 例

X 线片检查, 其中 4 例有椎间隙变窄, 3 例有腰椎轻度侧弯。10 例 CT 片结果: 6 例有腰椎间盘膨出, 无神经根及硬膜囊压迫征, 4 例未发现椎间盘突出。

2 治疗方法

10 例皆选用局麻下小切口开窗髓核摘除术。术中定位以受累神经根为先行进入椎间隙, 一般能找到卡压神经根之游离髓核。探查相应椎间盘, 如未发现此间隙有间盘突出应探查上一椎间盘。一般突出口在后外侧, 对残留于椎间盘内之髓核应彻底清除, 术后按常规

处理。

3 治疗结果

10 例患者术后疼痛即解除, 随访最长时间 6 年, 最短时间半年, 其中复发腰痛 1 例。

4 讨论

CT 扫描之常规扫描法对于游离型椎间盘突出几乎无意义, 主要原因是突出的髓核已游离于间盘范围以外, 而常规 CT 扫描只在间盘范围内扫, 故对于游离型 CT 检查应增加间盘外的扫描范围。

游离型间盘突出手术注意事项: 此类型病例的手术定位应以临床体征为依据, 以卡压的神经根间隙为先入口, 再

根据术中所见决定是否上下探查, 如相应间隙间盘无突出, 一般应上行探查, 找到突出之间盘髓核出口。探查时不能随

意切开无突出的纤维环。术中除取出游离髓核外, 不必彻底取出残留于突出间盘内的髓核。

(编辑: 连智华)

螺钉钢板内固定治疗股骨髁骨折 15 例

叶维建¹ 龚金华² 吴少峰²

(1. 福建医科大学莆田分校, 福建 莆田 351100; 2. 莆田市医院, 福建 莆田)

我院对收治的股骨髁骨折 15 例采用螺钉钢板内固定治疗, 效果良好, 现报告如下。

1 临床资料

本组 15 例中男 14 例, 女 1 例; 年龄 19~45 岁。单纯股骨髁骨折 8 例, 合并髌骨骨折 6 例, 合并动脉损伤 1 例, 均为粉碎性骨折。闭合伤 8 例, 开放损伤 7 例。急诊行切开复位内固定 9 例, 行胫骨结节骨牵引后手术 6 例。

2 治疗方法

2.1 术前准备 选择国产螺钉 8、10、12cm 各 2~4 枚, 8~10 孔国产加压钢板及配套, 并组装成套件备用。

2.2 方法 在连续硬膜外麻醉下, 常规消毒。沿膝关节处开始在大腿外侧与股骨干平行作纵形切口, 相应弧形延长至

膝前方, 纵行切开髂胫束下段和股外侧下段, 切开骨膜并作骨膜下剥离, 尽量保护膝关节囊, 显露骨折部和股骨的前侧, 将股外侧肌前部牵开, 避开髌上滑囊, 屈曲膝关节, 对小腿加以牵引。手法复位满意, 关节面平整后, 用一国产加压钢板弯曲符合股骨下段外侧轮廓, 将之安置于股骨髁外侧, 将两长螺钉自钢板最下两孔中, 经外髁横行钻入内髁, 利用这两枚螺钉使内外髁复位。在内侧另作一纵形切口, 在露出骨外的螺尖头上, 拧上螺帽, 使骨折块挤紧, 另将钢板其他孔用螺丝钉固定后, 逐层缝合切口, 引流片引流。

2.3 术后处理 将膝关节维持在 160° 功能位置, 行长腿管壁石膏固定 6~10

周后拆除石膏, 进行膝关节被动活动锻炼。

3 治疗结果

本组 15 例全部随访, 随访期 6~24 月。结果: 骨折愈合良好, 膝关节活动满意 5 例; 骨折愈合良好, 膝关节功能活动尚可 7 例; 骨折延迟愈合, 膝关节僵硬 3 例。

4 讨论

选用螺钉钢板内固定治疗股骨髁骨折, 能保证精确的骨折复位, 保证股骨髁关节面平整。严格牢固的内固定, 能早期进行功能锻炼, 促进膝关节功能恢复。用螺钉钢板内固定, 还能增强股骨髁内外侧皮质的应力, 利用生物力学的作用使骨折端紧密嵌插, 促进骨折愈合。

(编辑: 连智华)

手术治疗顽固性跟痛症

李元明

(扬中市中医院, 江苏 扬中 212200)

我科采用手术方法治疗跟痛症, 收到了较好的疗效, 现报告如下。

1 一般资料

本组 30 例中男 10 例, 女 20 例; 年龄 50~68 岁。左足 18 例, 右足 12 例, 双足 1 例。临床表现均有静息痛及行走于硬地时有剧烈的刺痛感, X 片均显示鸟嘴样骨质增生。局部压痛明显。

2 治疗方法

采用硬膜外麻醉或腰麻, 驱血, 上止血带。取跟骨内侧赤白肉际切口, 显露跟骨内侧及跟骨前方之跖腱膜, 并将跖腱膜切断, 然后用手指探查增生之骨刺, 并与 X 片相符合。用锐利之骨刀在示指的引导下直抵骨刺基底部, 斜行凿除,

并予以取出。最后在跟骨内侧面之中点呈扇形分别用 32# 钻头钻 3~4 孔, 一般不穿越对侧骨皮质。此时即见有骨髓从孔中涌出, 予以吸除后, 用生理盐水加压冲洗, 防止骨屑残留, 日后引起骨化而加重病情。切口内放置庆大霉素 8 万单位, 置橡皮片引流条一根, 然后关闭切口, 用棉垫加压包扎, 常规预防性应用抗生素 3 天。

3 治疗结果

从临床症状的消失程度来评判疗效, 优: 临床症状完全消失, 步行时无刺痛感, 无休息痛, 22 例; 良: 远行后有局部酸痛感, 无休息痛, 8 例; 差: 临床症状无改善。

4 讨论

足跟痛是骨伤科的常见病和多发病, 其产生的原因是多方面的, 如慢性劳损, 生理性退变, 软组织的无菌性炎症等等。其治疗办法亦各种各样, 如针灸、理疗、小针刀剥离、封闭疗法以及中医的辨证施治用药和中药的局部外敷, 绝大多数患者均能治愈。但仍有少数患者病情顽固, 久治不愈, 对此类患者采用手术治疗, 仍不失为一种良好的选择。通过本组 30 例患者的临床观察, 疗效确实可靠。

关于术式及骨刺问题: 骨刺实为人体生理退变性改变, 但亦可能为骨内高压所致的病理性改变, 其在跟痛症中孰