

佳, 现报告如下。

1 临床资料

本组男 14 例, 女 4 例; 年龄 18~ 64 岁, 平均 41 岁; 损伤原因多为直接暴力伤。骨折类型: 开放性骨折 3 例, 闭合性骨折 15 例; 全髌骨粉碎骨折为 16 例, 合并同侧股骨骨折 2 例。

2 治疗方法

采用腰麻或连续硬膜外麻醉, 上气囊止血带, 膝前横“U”形切口或弧形切口, 切开皮肤、皮下组织, 在髌前腱膜浅层分离, 将皮瓣向上翻转, 显露整个髌骨, 清除凝血及碎骨片(保留备用), 探查骨折粉碎性质, 由于粉碎严重的骨折块, 完全复位较之困难, 故采用大体复位, 用布巾钳夹住上下极骨折片, 然后从髌骨上极开始, 紧靠髌骨边缘, 以腰穿针作导引, 将可吸收缝合线穿入导针内(导针逆行荷包穿出)顺行穿过腱性组织中, 至髌骨下极处穿出, 同样方法将另一侧可吸收缝合线穿出后, 先打结结扎上端可吸收缝合线, 务必打成死结, 将下端拉紧后, 将髌骨下关节面解剖复位后再拉紧线结打结 4~ 5 次牢靠固定。此时可见骨折块紧密相连, 稳固结实, 冲洗伤口, 逐层缝合伤口包扎, 立即用石膏托固定, 术后五天开始做股四头肌锻炼, 4~ 5 周开始取除石膏, 非负重行走, 做膝关节屈伸功能锻炼, 开始一定要轻柔, 不可用力过猛, 6~ 8 周负重行走及加强伸屈膝关节功能锻炼。

3 治疗结果

18 例均得到随访, 最长的 3 年, 最短 6 个月, 除一例出现关节强直外, 其余均无明显骨折并发症出现。平均愈合时间为 50 天, 骨折临床愈合率达到 89%, 按陆裕朴等^[1]膝关节功能评定法: 优: 14 例, 良 3 例, 可 1 例。

4 讨论

可吸收缝合线内固定治疗髌骨骨折具有结实, 牢靠, 具有弹性固定, 使用方便等特点, 给髌骨的拢聚力是对称的, 加之用 7 号线缝合髌前腱膜, 可免除进行第二次手术, 且无组织反应, 材料简便, 易于掌握, 便于基层开展。

参考文献

[1] 陆裕朴等. 部分切除术治疗髌骨横断及一端粉碎性骨折的远期疗效. 中华骨科杂志, 1985, 5(5): 280-281.

(编辑: 李为农)

克氏针撬拨治疗月状骨周围脱位及月骨脱位

苑树岩 周涛 王金娥

(兴安盟人民医院, 内蒙古 兴安盟 137400)

我院自 1989 年至今应用克氏针撬拨治疗月状骨周围脱位及月骨脱位共 62 例, 现对其治疗方法、手术措施和治疗结果作一分析报告。

1 临床资料

62 例中男性 59 例, 女性 3 例, 年龄 18~ 53 岁。右腕 49 例, 左腕 13 例。所有病例均为直接暴力, 其中 80% 为车祸所致, 对其发生原因不清。病程最短者 1 小时左右, 最长 5 天。

随访时间 1 个月至 3 年。

2 治疗方法

用臂丛麻醉, 在电视 X 线机控制下, 侧位片下进针, 无论是背侧月骨周围脱位还是月状骨掌侧脱位, 均可在掌侧进针, 进针后助手牵引, 针尖顶住月骨翘起点, 向背侧向下推拨, 复位后停止牵引, 腕关节稍屈曲, 桡偏, 石膏托外固定, 四周后去石膏开始功能锻炼。完成手术时间在 3 分钟内即可。术后疼痛明显减轻, 但要注意进针时当针尖穿过皮肤后要向两侧推拨进针, 以免损伤神经血管, 我们治疗的 62 例中无一例神经及大血管损伤。

3 治疗结果

所有病人随访时间最短 1 个月, 最长 3 年。平均 1.5 年, 结果除 3 例病人术后手部明显肿胀疼痛, 经给予患肢悬吊胸前及脱水治疗很快好转外, 其余无一例神经血管损伤, 4~ 6 周后去石膏功能练习, 无一例再次脱位及无菌性坏死表现。

4 讨论

月状骨周围脱位及月骨脱位占腕部损伤的 10%。发生的机理是使腕过伸、尺偏及腕中部旋转的暴力所致。以往治疗月状骨周围脱位及月骨脱位多采用手法复位或手术复位克氏针内固定, 但手法复位很困难, 尤其是月骨脱位加上局部肿胀使复位更加困难。我院自 1989 年, 开始采用克氏针撬拨复位收到良好效果。这种撬拨方法是受到天津医院跟骨骨折撬拨的原理启发, 虽然操作简单, 但很实用, 效果亦很好。我们治疗的 62 例中, 无一例失败, 而且 100% 复位, 无一例发生无菌性坏死。我们体会最好是新鲜骨折, 无论是背侧月骨周围脱位还是月骨前脱位, 只要撬拨方法适当, 不伤及软骨面, 都能很好地复位, 术后必须石膏托外固定 4~ 6 周, 开始功能练习, 这种手术方法值得各家医院推广应用。

(编辑: 李为农)

手术治疗原位破裂型腰椎间盘突出症

孙海涛 关家文 牛其昌

(武警部队山东总队医院, 山东 济南 250101)

自 1994 年 4 月至 1997 年 12 月, 手术治疗原位破裂型腰椎间盘突出症 28 例, 疗效满意, 报告如下。

1 临床资料

本组 28 例中男 17 例, 女 11 例; 年龄 35~ 60 岁。有明确腰椎间盘突出病史者 25 例, 病程 2~ 7 年, 突然发病者 3 例。28 例均有突然出现或加重的腰臀部 and 下肢放射痛, 直腿抬高试验 < 30°, 下肢相应神经支配区感觉麻木或疼觉过敏; 7 例小腿肌萎缩, 肌力减退。X 线片示腰椎有不同程度的骨质增生、侧弯或生理曲度变直。CT 结果示 L_{4,5} 间盘突出 12 例, L₅, S₁ 突出 13 例, L_{4,5} 并 L₅S₁ 3 例, 有 7 例合并侧隐窝狭窄。

2 治疗方法

半椎板切除 5 例, 全椎板切除 7 例, 侧隐窝开窗术 4 例, 自基底面凿断棘突, 经椎板中央开窗潜行扩大术 12 例。术中

均见纤维环破裂、髓核原位脱出、对神经根、硬膜囊直接压迫；术后 1 周内腰腿痛症状均完全消失。

3 治疗结果

本组随访 7 个月~ 4 年, 根据陆裕朴腰椎间盘突出症术后评定标准^[1], 优 20 例, 良 7 例, 可 1 例。

4 讨论

原位破裂型椎间盘突出症, 根据病程可分为慢性破裂和急性破裂, 术前诊断主要依据其腰腿疼的变化特点, 对于突然加剧的腰臀部和下肢放射疼者, 应高度怀疑此型。CT 等影像学检查并无特异表现, 有时髓核突出并不严重, 但纤维环已破裂, CT 对此常不能正确分型, 但根据 CT 并结合临床表现可与髓核游离型及其他椎管内占位鉴别。

治疗上不管破裂型椎间盘突出程度如何均应早期手术, 解除神经根受压和炎症反应。术前应根据 CT 检查和体征尽量精确定位, 对于髓核脱出较小且不伴中央椎管狭窄者采用侧隐窝开窗或半椎板切除术即可。对于髓核脱出较大或伴中央椎管狭窄者, 可行棘突悬留并保持棘间、棘上韧带连续性的椎板中央开窗、潜行扩大术。术中取净髓核, 松懈神经根周围粘连后, 应探查椎间隙上、下方椎管, 以防有髓核残块游离于椎管内。术毕椎管内放置庆大霉素、地塞米松混合液, 可减轻局部炎症反应, 预防术后椎间隙感染。

参考文献

- [1] 陆裕朴, 石凯军, 黄耀添, 等. 腰椎间盘突出症的手术治疗(附 238 例处理体会). 中华骨科杂志, 1994, 14(1): 28.

(编辑: 李为农)

骨软骨粘液样纤维瘤 4 例

孙桂森 张启旭 刘斌 胡守成 李新功

(胜利油田中心医院, 山东 东营 257034)

骨软骨粘液样纤维瘤是起源于成软骨性结缔组织的良性肿瘤, 由 Jaffe 和 Lichtenstein 于 1948 年首先报告并命名。我院自 1965~ 1997 年经手术和病理证实的骨软骨粘液样纤维瘤 4 例, 介绍如下。

例 1, × ×, 女, 30 岁, 右髂腰部持续性疼痛 7 个月, 右下肢乏力, 经治疗无缓解。查体: 右髂后上棘处压痛明显, 右股四头肌萎缩。X 线片: 右髂骨内上缘有 5cm × 4cm 大小不规则骨质破坏吸收区, 呈分叶状, 内有骨嵴分格征, 边缘清晰, 内缘膨胀明显。术前诊断: 髂骨巨细胞瘤。行病灶刮除, 骨水泥填充术。术中见右髂后上棘处骨皮质变薄, 膨胀明显, 将其凿开后见皮质内肿瘤约 6cm × 5cm × 3cm 大小, 椭圆形, 淡蓝色, 质地均匀, 有弹性, 瘤体表面凹凸不平, 瘤体取出后髂骨缺损区有少量较细骨嵴, 碘伏浸泡病灶。因缺损较大, 植骨难以填塞空腔, 两枚克氏钉固定于缺损区作支架, 用 36g 骨水泥填塞。病理诊断: 骨软骨粘液样纤维瘤。

例 2, × ×, 女, 16 岁, 左膝肿痛不适 1 年, 疼痛明显时不能行走, 曾封闭治疗好转。查体: 左小腿近端前外侧轻压痛, 无红肿, 皮温不高, 关节活动正常。X 线片: 左胫骨上端外侧见约 3.5cm × 3.5cm 的骨质破坏区, 呈膨胀性, 边缘清楚, 硬

化明显, 内无钙化, 胫骨外侧关节面膨胀, 关节间隙增宽。术前诊断: 1. 胫骨巨细胞瘤。2. 软骨粘液样纤维瘤。行病灶刮除髂骨植骨术。术中见胫骨上端外侧皮质表面粗糙, 凿去皮质后见瘤体约 4.0cm × 3.5cm 大小, 淡蓝色, 质软, 表面粗糙, 刮除瘤体后病灶边缘硬化, 上壁较软为关节软骨面, 碘酒酒精灼烧残腔后植入髂骨。病理诊断: 骨软骨粘液样纤维瘤。

例 3, × ×, 男, 17 岁, 3 年前无意中发见右踝内上方有花生米大小肿物, 无不适感, 后肿物逐渐增大, 偶感阵痛。查体: 右踝内上方有 4.0cm × 4cm 局部隆起, 质硬, 压痛不明显, 皮温正常, 右小腿肌肉萎缩。X 线片: 右胫骨下端内侧示 6.0cm × 3.5cm 大小透光区, 呈偏心性, 内有较粗骨嵴, 外侧边缘硬化明显, 内后侧骨皮质变薄并有断裂, 膨胀不明显。术前诊断: 软骨粘液样纤维瘤。行病灶刮除异体骨植骨术。术中见右踝内上方骨膜增厚, 内后侧骨皮质破坏, 肿瘤约 8cm × 6cm × 3cm 大小, 位于胫骨远端内后侧, 呈肉芽性组织, 瘤壁边缘硬化, 凹凸不平, 碘酒消毒空腔后植入异体骨。病理诊断: 骨软骨粘液样纤维瘤。

例 4, × ×, 男, 23 岁, 1 年前发见前额部有黄豆粒大小隆起, 伴胀痛, 无外伤史。查体: 前额正中骨质隆起, 约 4.0cm × 3cm 大小, 轻压痛, 叩痛明显, 皮温不高。X 线片: 正位见额顶骨中央一形态不规则的骨质破坏区, 边缘清楚、硬化, 中央见多个分隔, 无钙化影; 侧位见额顶一梭形透光区, 内板向颅内膨胀, 内外板骨质无中断破坏; 体层片见边缘硬化, 中心无钙化, 内板向颅内膨出。术前诊断: 1. 皮样囊肿。2. 巨细胞瘤。行瘤体切除、颅骨修补术。于发际内作冠状切口, 额骨正中稍偏左有 3cm × 2cm 隆起, 环形切开骨膜并开窗, 见内板向内生长, 与上矢状窦粘连, 瘤体位于内外板之间、板障内, 约 4cm × 4cm × 1.5cm 大小, 脂肪样。病理诊断: 骨软骨粘液样纤维瘤。讨论

1. 临床症状: 骨软骨粘液样纤维瘤是少见的良性骨肿瘤, 约占骨肿瘤的 1~ 1.75%, 良性骨肿瘤的 2~ 5.26%, 男多于女, 发病年龄在 10~ 30 岁多见。常见于下肢的胫骨(上端), 次为股骨(下端)、腓骨、足骨、颌骨、颅骨, 凡发生于小腿长骨干骺端的囊性膨胀性病变更应高度考虑该病的可能。病史较长, 由数月至上数不等, 平均在一年以上, 起病缓慢, 症状轻微, 主要为局部隐痛、肿胀, 皮温和肤色正常, 一般不影响关节功能, 临床表现为良性肿瘤, 发生在颅底、脊柱的病变可引起神经症状。

2. X 线片表现: (1) 长骨: 长骨是该病的最好发部位, 多位于干骺端或骨端, 多房或单房椭圆形骨质破坏, 病灶呈偏心性、膨胀性破坏, 瘤体长轴与骨干长轴一致, 透明区内有大量密度较高的、粗细悬殊的骨嵴, 边缘清楚不整, 这种特殊的骨嵴被认为是骨软骨粘液样纤维瘤的特征之一。肿瘤内很少有钙化, 病灶边缘清楚, 呈分叶状或波浪形, 伴有不同程度硬化缘, 尤以近髓腔侧边缘硬化明显, 骨皮质膨胀变薄, 外缘皮质因受压破坏, 被骨膜受刺激形成的较厚的骨壳覆盖。(2) 扁平骨: 肿瘤常呈较大骨质缺损区, 膨胀程度比长骨显著, 边缘不规则, 其波浪形改变明显, 透明区内骨嵴不明显, 缺乏特征性。(3) 短管状骨: 呈对称性中心性骨质破坏, 膨胀明显, 皮质变薄甚至消失, 可有骨膜增生, 无钙化灶。