

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, 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。

3. 病理学特征: (1) 肿瘤大体呈椭圆形或分叶状, 灰白色或淡蓝色, 质地均匀, 脆而有弹性, 表面略有光泽, 常见含粘液的小空腔, 偶见钙化灶或暗红色出血点。(2) 肿瘤包括软骨样、粘液样、纤维组织三种成分, 因三种组织成分不一, 在同一肿瘤的不同部位所含成分各异。光镜下肿瘤由软骨样、粘液样、纤维组织形成大小不等的小叶状和假小叶状结构, 小叶中央部基质丰富, 淡蓝色粘液样, 细胞排列疏松, 呈星状、梭形、多边形, 小叶边缘细胞密集, 细胞较大较圆, 边界清楚, 类似软骨母细胞瘤, 散在多核巨细胞, 部分可见瘤细胞周围基质钙化, 小叶周围可见大量扩张的薄壁血管、新生骨小梁、纤维成分, 其中部分血管壁增厚及内皮细胞增生。超微结构由纤维样细胞、软骨性细胞两种类型构成。

4. 治疗: 刮除植骨是有效的治疗方法, 或扩大的局部切除术, 必要时使用内固定。由于本肿瘤呈小叶状生长, 小叶有伪足向周围松质骨生长, 刮除时易残留, 致术后复发, 年龄越小的病人越易复发, 因此术中病灶彻底刮除后, 宜化学药物烧灼后再植骨。术后反复复发、病变破坏广泛者, 宜行肿瘤的局部截除。关于恶变问题尚无肯定说法。

(编辑: 李为农)

跟骨牵引配合中药治疗胫骨平台粉碎性骨折

何善海 李人河
(新兴县中医院, 广东 新兴 527400)

我院收治胫骨平台粉碎性骨折 12 例, 采用跟骨牵引配合中药治疗, 获得了满意的疗效, 现总结如下。

1 临床资料

本组病例均为不伴有神经、血管损伤的新鲜闭合骨折患者, 其中男 11 例, 女 1 例; 年龄 16~54 岁。伤后就诊时间 2 小时~2 天。疗效标准: 关节功能基本恢复, 行走正常者为优; 关节功能受限, 但无行走困难者为良; 发生创伤性关节炎, 行走困难者为差。经治疗本组病例疗效优为 8 例, 良为 3 例, 差为 1 例。

2 治疗方法

患者平卧, 患肢置于勃朗架架上, 消毒后铺无菌巾, 保持踝关节于中立位。在外踝下、后方各一横指之交点处作为穿刺点, 行局部麻醉。用克氏手钻将骨圆针略倾斜 15° (外高内低) 钻入跟骨至对侧皮外, 针孔敷盖酒精纱块, 套上牵引弓, 在牵引下进行膝关节屈伸活动。初始牵引重量根据骨折移位情况及体重为 5~7kg, 牵引 2~3 天后, 床边摄片, 根据骨折对位情况调整牵引重量。一般 1 周后, 牵引重量可减少到 3kg。一个月后, 拆除骨牵引, 小夹板固定, 继续进行膝关节主动活动, 定期复查 X 线片, 根据骨折愈合情况逐步进行负重锻炼和拆除小夹板。中药按骨折三期辨证治疗, 早期为活血化瘀, 消肿止痛; 中期宜和营生新, 接骨续筋; 后期拟补气血, 养肝肾, 壮筋骨。外敷药早期用伤灵膏, 中、后期用驳骨膏, 拆除小夹板后, 给予按摩及温经通络中药骨洗粉熏洗。(伤灵膏、驳

骨膏、骨洗粉均为本院制剂)

3 讨论

3.1 治疗机理 (1) 通过在跟骨牵引下的患膝主动屈伸锻炼, 肌肉的收缩和关节的屈伸, 可使骨碎片得到部分复位; (2) 关节主动屈伸的应力刺激, 可促进关节面不平处的肉芽组织生长, 并逐渐转化为纤维软骨和骨组织, 从而使骨折愈合过程按胫骨平台的形态, 重新模造成型, 以适应关节的功能; (3) 中药可消除血肿, 减轻疼痛, 促进骨痂生长, 为患者进行主动功能锻炼和早日负重创造良好的条件; 按摩和中药熏洗可松懈粘连, 有利关节功能的恢复。

3.2 本方法的优点与适应症 优点是疗效确切, 关节功能恢复好; 其次是操作简便, 所需设备要求不高, 特别适应于基层医院。适应症: 无血管、神经损伤的青壮年新鲜闭合性骨折患者。这是因为本方法中患者的主动功能锻炼是成功的关键, 青壮年对疼痛耐受好, 能积极配合锻炼, 而年龄太小或太大的患者对疼痛耐受差, 不能配合锻炼。

3.3 本方法的注意事项 (1) 骨牵引术应无菌操作, 避免发生骨感染, 防止骨牵引失败。(2) 牵引重量要足够, 重量不够, 患者反而感觉疼痛更剧烈。(3) 医生要向患者解释清楚主动功能锻炼的目的、意义及必要性, 争取患者的积极配合, 督促患者练功, 特别是开始 1 周内, 一般初始 2~3 天, 疼痛最剧烈, 但逐渐减轻, 1 周后, 疼痛明显减轻。(4) 要配合中药和按摩进行综合治疗。

(编辑: 李为农)

经皮穿针治疗小儿高位孟氏骨折

吴绍京 邹凤彩 田栽涛
(莱西市中医医院, 山东 莱西 266600)

我们应用手法复位闭合穿针内固定法治疗小儿高位孟氏骨折 45 例, 取得满意效果, 现报告如下。

1 临床资料

本组 45 例中男 28 例, 女 17 例; 年龄 2~12 岁。左侧 25 例, 右侧 20 例。短斜型 33 例, 长斜型 12 例。伤后至治疗时间 1 小时~5 天。

2 治疗方法

臂丛麻醉, 常规消毒术野, 铺无菌巾。患儿取坐位, 一助手握住前臂远端, 另一助手握住上臂远端, 肘关节伸直位, 前臂中立位对抗牵引 2~3 分钟。术者用分骨手法将尺骨远端向尺侧推压复位, 术者一手固定骨折部维持位置, 另一手拇指抵于桡骨小头向内下方向按压, 同时远端助手屈曲肘关节至 90°, 使桡骨小头复位并维持。第三助手用一枚 2.0mm 克氏针由肱骨小头后上约 1.0cm 处进针, 穿过肱骨小头、桡骨小头进入桡骨髓腔, 固定肱桡关节, 针尾屈弯埋入皮下, 石膏夹外固定。

3 治疗结果

本组病例经治疗全部复位成功, 骨性愈合, 无针眼感染及骨折移位及成角现象。随访时间最短 2 个月, 最长 2 年, 除一