

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

例因未按时来取内固定,肘关节活动后疼痛外,其余病例全部恢复正常。

4 讨论

小儿高位孟氏骨折属不稳定型,若只采用手法复位小夹板外固定,则尺骨远端很容易向桡侧移位,并推动桡骨小头脱位。现将肱桡关节克氏针固定后,桡骨小头不会再脱位,尺骨远端复位后也就不会再向桡侧移位。三周后将克氏针拔出,解除石膏,进行肘关节功能锻炼。上述方法简单可靠,操作方便,病人痛苦小,且骨折愈合后功能恢复良好。

(编辑:荆鲁)

综合法治疗胸腰椎压缩性骨折

胡波

(汉川市中医院,湖北 汉川 432300)

外伤为胸腰椎椎体压缩性屈曲型骨折发病的主要原因。我们采用垫枕加高复位法,然后再行石膏背心外固定术治疗该骨折 30 例,总有效率为 97%。

1 临床资料

30 例中男 18 例,女 12 例,年龄 18~75 岁。椎体压缩程度:Ⅰ度:椎体厚度减少 1/3 以内,9 例;Ⅱ度:椎体压缩程度超过 1/3 但小于 2/3,18 例;Ⅲ度:椎体压缩程度超过 2/3,3 例。无脊髓损伤症状者 25 例,合并脊髓不完全损伤者 5 例。单纯椎体压缩性骨折 21 例,合并椎体不同程度粉碎性骨折 9 例。

2 治疗方法

患者入院后,先仰卧硬板床。将一条毛毯或棉垫折叠数层,形成塔形枕垫,将患者身体上下平行均匀托起,把塔形枕垫横形放置于腰背突起的患部,患者自觉患部被物支撑,腰部有牵拉感,而能自忍即可。而后根据病人的适应情况及耐受能力,逐日增加塔垫的高度,10 天内塔垫的高点垂直高度要达到 12~15cm 左右,使整个人体形成一个反弓形位。同时要密切观察患者有无下肢感觉、知觉及运动障碍,以及有无二便困难或失禁等情况及头部、颈、背部等全身症状,如无特殊异常,即可在铁马架悬吊下行胸、腰椎段石膏背心外固定术。当石膏背心定形后,将患者平放置于床上,如果石膏不易干时,可用电吹风或红外线取暖器将其烘干,使之坚固。3 至 5 天后,可在他人的携扶下,下地作适度的活动,而后根据患者身体素质情况,每日逐渐加大其活动量,直至在无协助的情况下,自己能起床和行走。2 个月后,拆除石膏固定,即可正常生活、工作。

3 治疗结果

疗效标准:优 21 例:压缩椎体的厚度恢复到 95% 以上,生理曲线正常,腰部活动自如,无腰背酸胀、疼痛等不适症状,日常生活、工作无任何影响;良 8 例:椎体压缩的厚度恢复到 85% 以上,生理曲线基本正常,腰部活动自如,偶尔遇寒冷、阴雨天或重体力劳动或运动量过大以后,有轻度腰背部或患部酸胀、疼痛感,卧床休息或药物治疗后,症状即行消失;差 1

例:椎体厚度恢复到 75%,并有相邻两粉碎性骨折椎体融合,脊柱仍有轻度后突、侧弯畸形,伴一侧下肢肌力减退至Ⅳ级,踝关节以下仍有麻木感,腰部时有酸胀、疼痛、功能活动受限,可参加轻微劳动,生活能自理。本组病例随访均在一年以上。

4 讨论

脊柱胸、腰椎段压缩性骨折是一种常见的,多发性骨折。大多脊柱骨折均发生在脊柱上活动范围大与活动范围小的交接部位,因为胸、腰椎交界处位于人体交点的中心,负重大,也是脊柱活动的交点。胸、腰椎压缩性骨折的椎体变形和骨折后,脊柱生理曲线的改变均是脊柱不稳定的重要因素,故在治疗方面,要力求恢复椎体的厚度和生理曲线为目的。我们采用以垫枕为支点,以抬高骨折的后缘椎体棘突,使躯体两端通过其重力的牵引,以及脊柱的过伸位,将前纵韧带及椎体前缘和侧方的各种附着组织,椎体上下的椎间盘组织牵拉开,使压缩变形的椎体及椎间隙恢复到原有的位置,从而使脊柱的生理曲度得到纠正,恢复椎管的原有形态。然后在此种生理体位上加以石膏背心作外固定。该固定方法可促进椎体的恢复,增强了脊柱在骨折恢复期的稳定性,同时通过早期的下床作功能活动,可增强体能,促进全身的机能代谢功能,也可避免因长期卧床而导致的一系列并发症的产生,从而使脊柱保持静态和动态的平衡。本方法安全可靠,适用于胸、腰椎不同程度的椎体屈曲型压缩性骨折,并对脊髓的轻度损伤及脊髓震荡,脊髓休克有促进其恢复的作用。但对合并有截瘫患者,则不能使用该法,在临床上应掌握运用的尺度。

(编辑:荆鲁)

前臂深筋膜重建环状韧带 7 例

赵福康

(荣县人民医院,四川 自贡 643100)

采用前臂深筋膜重建环状韧带治疗小儿陈旧性桡骨小头脱位疗效满意。现将资料完整的 7 例报告如下。

1 临床资料

本组 7 例全为小儿陈旧性桡骨小头脱位。男 4 例,女 3 例;左侧 3 例,右侧 4 例;年龄 3~10 岁,平均 6.5 岁;伤后就诊时间 1.5 个月~1 年,平均 6.25 月。

2 治疗方法

在臂丛或全麻下,作肘关节外侧 10cm 长的切口,切开皮肤及皮下组织,在肱肌肌浅面,切取长约 8cm、宽约 1cm 的深筋膜条,近端为蒂,备用。显露肱桡关节,切除桡骨颈部的增生组织,再将筋膜从肱桡间穿入,光滑面贴桡骨颈。筋膜条从桡骨颈的后外侧经其内侧,绕过前侧,最后把远端筋膜缝合于后外侧,使桡骨颈被完整包绕。检查前臂旋转功能,满意后逐层缝合。患肢用石膏托固定于屈肘 90°、前臂中立位。术后即可开始握拳,两周后去除石膏托,遂进行功能锻炼^[1]。

3 治疗结果

经两年随访,6 例前臂旋转范围正常,1 例因患儿配合较差,旋后略有受限。