

疼痛不适明显减轻或消失; 4) 对肝胆胃等药物治疗无效。

本组患者是在针灸推拿治疗胆囊炎时筛选出来的, 其发病机理可能是胸椎关节错位, 刺激了脊神经, 出现肋间神经的牵涉痛或放射痛; 或交感神经受刺激异常兴奋产生的刺激痛, 表现出右胸部疼痛不适。本组患者胸椎小关节错位从 T₇~ T₁₂ 均有发生, 其中主要为肋骨小头关节和肋横突关节错位, 至于

所有患者主诉相同, 这可能与神经支配相互交叉重叠(特别是交感神经支配)有关, 另外还与患者主诉定位不明确有关, 因此在临床上, 患者主诉右胸部疼痛不适, 不能草率的把它们归于肝胆疾患来治疗, 以免延误病情, 这应该引起我们临床工作者的重视。

(收稿: 2001-02-08 编辑: 李为农)

股方肌带蒂骨瓣移植治疗股骨颈骨折

邹季 毛小兵 李章华

(湖北中医学院附属医院, 湖北 武汉 430061)

股方肌带蒂骨瓣移植术为治疗股骨颈骨折的常用方法之一。现将 1993 年 4 月~ 1999 年 4 月以此法治疗的 48 例病人治疗情况报告如下。

1 临床资料

本组 48 例中男 33 例, 女 15 例; 左侧 19 例, 右侧 29 例; 年龄为 35~ 68 岁, 平均年龄 55 岁; 骨折后 3 周内手术者 45 例, 3 周后手术者 3 例。术后随访时间为 6 个月~ 6 年 6 个月。

2 治疗方法

入院后根据病人骨折端移位情况行下肢皮牵引或骨牵引, 纠正骨折端移位并维持复位。同时明确手术适应症及排除禁忌症, 并作好术前相应准备。

手术中病人取俯卧位或 60° 侧卧位, 患侧向上。取髋部后方 Gibson 氏或 Moore 氏皮肤切口进入, 依次分开臀大肌纤维、将小孔肌及闭孔内肌止点切断并向内侧牵开, 向上推开梨状肌, 保护其上、下缘的营养血管, 显露出扁而宽的股方肌, 将其向下方牵拉即可显露髋关节囊后壁。操作时注意紧靠股骨大粗隆以保护居于大粗隆与坐骨结节之间的坐骨神经。然后分离出股方肌在股骨粗隆部位的附着部, 以骨刀切下长 4~ 5cm、宽 2cm、厚 1~ 1.5cm 骨块, 注意勿伤及股方肌附着部, 带肌蒂骨块游离备用。下行切开髋关节囊后壁显露股骨头颈后方, 探查骨折两端情况, 直视下复位。在维持骨折复位情况下, 从大粗隆侧面下方依次拧入 3 枚螺钉, 穿过骨折线, 进入股骨头, 尖端止于关节面下方约 0.5cm 处为度。手术台旁以电视 X 线机核实骨折复位情况及螺钉固定情况。以 Garden 氏^[1] 对线指数判断和评价骨折复位质量。证实复位和固定满意后, 于股骨颈后侧, 垂直于骨折线作一长方形骨槽, 并将股方肌带蒂骨瓣嵌入骨槽内、使之跨越骨折线, 近端稍插入股骨头内, 使之紧贴其后, 然后以一枚螺钉固定。

3 治疗结果

所有病例随访时间为 6 个月~ 6 年 6 个月, 平均为 2 年 3 个月。所有病例均在术后 3 个月经 X 线片复查证实骨折端达骨性愈合。按照 Karkun 标准^[2] 评价本组病例疗效, “优良”为 23 例, “满意”为 24 例。共约占 98%。“较差”为 1 例, 占 2%, 主要是由于轻度髓内翻(Garden 正位对线指数变小)及

骨关节炎。

4 讨论

选用股方肌带蒂骨瓣移植治疗股骨颈骨折有其独特优点。首先, 该肌呈扁而宽状, 无腱性部分, 附丽于骨质的面积较大, 血供比较充足, 能比较理想地重建股骨颈骨折后永久性血供系统。由于骨瓣的供部与受部相距不远, 肌蒂在骨瓣转移过程中旋转角度不大(20°~ 30°), 故而手术对其供血不会造成损害。这些均为股骨颈骨折愈合创造了良好基础。其次, 股方肌附丽部骨质较为丰富, 足以充填股骨颈骨折后颈后部因压缩、塌陷所形成的骨质缺损, 借助于骨瓣充填使骨折端对合严密、平整, 有利于骨折愈合。同时, 股方肌止点的转移, 不影响髋关节的功能。

本手术不仅适合于新鲜股骨颈骨折病例, 能有效促进骨折愈合, 防止骨折延迟愈合或不连, 防止发生股骨头缺血性坏死。对于陈旧性骨折病例, 只要充分刮除骨折端间肉芽, 必要时另取髂骨片植骨, 以使缺损得以充分充填, 同时作牢固固定, 使骨折端对合紧密、稳定, 也同样取得满意疗效。

本手术成功的要素: ①术前必须通过下肢牵引、纠正骨折端的重迭移位、远折端上移并松弛髋部肌肉痉挛、为手术创造条件。②必须在骨折满意复位和可靠的内固定基础上移植骨瓣。二者均须在手术台上以电视 X 线机核实无误。③手术中谨慎保护好坐骨神经, 操作中要尽量紧靠大粗隆一侧, 或事先将坐骨神经辨认后妥善加以保护。④保护骨瓣肌蒂上血供、转移骨瓣过程勿使肌蒂扭转。⑤使骨槽与骨折线垂直, 骨瓣的近端插入股骨头内一部分使之紧密相贴。⑥对陈旧性骨折病例应彻底刮除骨折端间肉芽组织、显露新鲜有活力的断面, 如缺损较大, 应加取髂骨块植入充填, 并予以可靠固定。另外, 术后宜作皮牵引制动 3~ 4 周, 术后 2~ 3 个月 X 线片证实已达骨临床性愈合后方可下床负重活动。在骨愈合之前, 也不宜作手术侧卧位。

参考文献

- [1] Garden RS. Malreduction and avascular necrosis subcapital fracture of the femur. J Bone Joint Surg (Br) 1971, 53: 183.
- [2] 王长有, 胡永俭, 赵增锡, 等. 股方肌动脉的显微解剖与临床应用. 中华骨科杂志, 1987, 7(4): 254.

(收稿: 2000-11-17 编辑: 李为农)