

术。手术途径:切口采用 Smith petersen 切口。切口开始于髂嵴的中部,沿髂嵴向前至髂前上嵴,然后向远侧方略偏外侧延伸 10~12cm。切开浅层及深层筋膜,将臀中肌及阔筋膜张肌从髂嵴上棘切下,此时应注意股外侧皮神经在髂前上嵴下 2~5cm 处,经过缝匠肌表面,须将其游离并向内侧牵开,自髂骨内侧的前部反转髂肌,暴露缝匠肌在髂嵴上棘处附着,用骨凿凿一 3cm×6cm 髂骨,同时将凿下的肌骨瓣用盐水中包扎保护。后处理股骨颈断端,对合后用压螺钉固定。此时在股骨颈断端交叉凿一骨槽,将肌骨瓣镶入骨槽内,逐层缝合,术后皮牵引外展制动一个月。

3 治疗结果

疗效评定^[1]优 10 例, X 线显示骨折愈合,未发现股骨头坏死,患肢功能全部恢复,行走不痛,髋关节外展正常;良 4 例, X 线显示骨折愈合,未发现股骨头坏死,患肢功能大部分恢复,长时间行走后感酸困不适,髋关节外展正常;差 1 例, X 线显示骨折未达或已达愈合标准,股骨头出现缺血坏死,可扶拐杖行走,髋部酸痛、髋关节各方向活动均受限,本组这 1 例系因过早行走而行截骨内移。随访时间:最短 1 年,最长 4 年,平均 3.1 年。近期随访,14 例均取得满意的疗效。

4 讨论

4.1 股骨头的血供 股骨颈骨折后,血管环被破坏,股骨头失去血液供应,可导致无菌性坏死。而缝匠肌内肌间小血管

供应,通过肌骨瓣:第一可改善股骨头的血液供应,重建血循环;第二骨瓣可加强内固定,使骨折处加速愈合。

4.2 手术指征 笔者认为:凡全身情况好,能够经受 3 小时以内手术的头下型、经颈型、基底型均可采用加压螺丝钉内固定和带蒂缝匠肌骨瓣移植术。笔者曾做一例 71 岁的女性患者,术后 6 个月恢复日常生活。

4.3 生活治疗 手术后应适当固定患肢,同时使用一些常规抗菌素。在固定期间,鼓励患者行股四头肌舒缩锻炼,以免引起肌肉废用性萎缩,膝关节僵硬。

4.4 注意点 股骨颈陈旧性骨折治疗失败的原因:①过早负重。活动、负重过早均可导致股骨颈断端上移。②加压螺钉固定角度太大。一般应该是在股骨颈与股骨干构成 125°~130°的钝角,超过 130°,股骨颈的内固定稳定性差,容易引起缝匠肌骨瓣从骨槽中滑脱。③骨折复位及内固定质量必须满意,植骨块宜骑跨于骨折线并深入头部 1.5cm 左右,达到增加头部血供的目的^[2]。

参考文献

- [1] 赵东升,张鹏,武毅.带阔筋膜张肌蒂髂骨移植加内固定治疗股骨颈骨折.中华骨科杂志,1998,18(8):474-473.
- [2] 陈荣发,董天华,唐天驷,等.带缝匠肌股直肌骨瓣植骨治疗股骨颈骨折.中华骨科杂志,1988,8(2):118-121.

(收稿:2000-01-16 修回:2000-11-02 编辑:连智华)

• 病例报告 •

腰椎管内巨大窦状静脉畸形 1 例

于新记 孙鹏飞 唐守梅

(山东煤矿临沂医院,山东 临沂 276032)

患者女,49 岁,因腰痛伴左下肢放射痛、左小腿麻木 1 年加重 1 月入院。曾诊为腰椎间盘突出症给予牵引按摩、拉压复位、局部封闭等保守治疗,效均欠佳。近一月来疼痛、麻木加重,并出现排尿困难,左下肢无力等症状而收住院。发病来,食欲欠佳,睡眠差,体重减轻,大便正常。查体:T37.2℃ P72 次/分 R18 次/分 BP22/12kPa,神志清,精神差,痛苦貌。心肺(-),腹部(-)。脊柱无侧弯,腰椎段生理曲度变直,L₄、L₅ 棘突左侧局部压痛明显,并有放射痛,直腿抬高试验左侧 70°,右侧正常,左趾背伸肌力减弱,左小腿外侧及会阴区皮肤感觉迟钝,左小腿周径小于右侧。辅助检查:腰椎 CT 示:L₄、L₅ 椎间盘突出(中央巨大型)、L₅S₁ 椎间盘突出(旁中央型)。初步诊断:L₄、L₅ 椎间盘突出症。拟行 L₄、L₅ 全椎板楔形截骨原位回置、髓

核摘除术。术中见:硬脊膜与周边粘连极重,并见数条迂曲畸形的粗大静脉与硬脊膜平行或交叉伴行,直径在 3~8mm,静脉壁脆弱且无弹性,神经剥离子轻剥即出现破裂出血,且止血困难。术中采用压迫止血、丝线结扎、电凝止血、银夹止血等方法,将大多数出血止住,但其中一粗大静脉破裂止血困难,术中考虑时间问题,决定暂棉片压迫止血,先行髓核摘除。L₄、L₅ 髓核摘除顺利,当显露 L₅S₁ 髓核时发现硬脊膜周围数条粗大的蔓状静脉且粘连更重,无法剥离,故决定切开硬膜囊,分开马尾神经,顺利摘除髓核。再次去除原压迫止血之棉片后仍出血不止,故阻断脑脊液,探查该静脉:呈窦状、壁薄、位于硬脊膜前腔,L₄ 神经根前方,直径粗达 8mm。无法用丝线结扎,因银夹长度有限止血效果不佳,最后决定用明胶海绵填塞压迫止血,观察

20 分钟无出血,冲洗创腔,置引流管,缝合各层,手术结束。术后给予综合治疗,未出现明胶海绵对 L₄ 神经根的压迫刺激症状,住院 16 天,痊愈出院。

小结

因椎管狭窄而出现的迂曲静脉丛并不少见,如本术中所见的与硬脊膜伴行的蔓状粗大的静脉网,但 L₄ 神经根前下所见的椎管内巨大的窦状静脉实属罕见,虽血管压力不高,但静脉壁脆而薄,极易破裂,且无弹性收缩,止血极其困难,所幸采用明胶海绵填塞止血后,未出现神经根受压症状及术后再出血。作者所吸取的经验教训是:对此类型的椎管内血管畸形,不可勉强剥离,必要时应果断采用硬脊膜切开,避开血管,摘除髓核,防止损伤畸形静脉造成难以处理的大出血。

(收稿:2000-11-22 编辑:李为农)