

改良 Osborne 切口在全髋置换术中的应用

陈谏

(上海市第五人民医院, 上海 200240)

全髋关节置换术(THR)入路复杂,种类繁多。我们用改良 Osborne 切口共完成 THR 术 27 例,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 27 例中男性 9 例,女性 18 例,年龄在 62~87 岁之间。新鲜股骨颈骨折 15 例,陈旧性股骨颈骨折 7 例,先天性髋臼发育不良 3 例,非创伤性缺血性股骨头坏死 1 例,原发性骨关节炎 1 例。

1.2 手术 切口自髋后上棘外下方 7cm 处开始,与臀大肌纤维平行向外侧远端延伸到大转子前缘再向远端切开 5cm,纵行切开臀大肌在髂胫束的附着处,然后用手指向上钝性分离部分臀大肌,将大腿内旋,暴露梨状肌、上肌、下肌,然后紧贴大转子将上述外旋诸肌止点切断,显露后侧关节囊,作“T”形切开,沿髋臼边缘将其切除,取出股骨头,暴露整个髋臼。

1.3 结果 全组 27 例术后伤口均一期愈合,无伤口裂开及切口下血肿形成。术后置梯形枕于两腿之间 2~3 周,防止后脱位,术后检查患肢血供及感觉、运动均无异常,出院前 X 线摄片无一例发生假体髋关节脱位。

2 讨论

2.1 改良 Osborne 切口属髋关节后侧入路一种 传统 Osborne 切口或 More 切口因需暴露坐骨神经故切口较大,臀大肌纤维剥离较多。我们在手术中的体会是缩短切口上方的起点,无需暴露坐骨神经,而髋臼显露同样满意。坐骨神经因在

切口偏内侧,术中加以注意则完全可以避免损伤。我们术后未发现一例坐骨神经损伤的病例。

2.2 切口的解剖情况 传统髋关节后侧切口弧形向下延伸部分在大转子的后缘^[1],而本切口则绕到大转子的前缘,在髂胫束表面向后推开皮瓣,可扩大术野,有利于安装假体柄。分开臀大肌纤维后,内旋大腿,充分显露该区域解剖结构十分重要,辨认出梨状肌,上、下肌,闭孔内肌及股方肌,其中梨状肌为这一区域重要标志,其上缘有臀上动脉及臀上神经穿出,下缘有臀下动脉、臀下神经穿出,坐骨神经出盆腔口后一般(约 80%)也于梨状肌下方穿出,此处的体表定位是坐骨结节至大粗隆顶点之间联线的中内 1/3 点向上 2.4~4cm 处。本手术只需切断梨状肌等肌止点,故上述血管、神经不需显露。

2.3 切口的优点 本切口另一优点是股骨上端暴露清晰,患肢内收内旋角度大,便于填充骨水泥及安装假体柄,避免因髓腔暴露不清而将髓腔扩大器过多地挫去股骨内侧皮质骨,造成柄穿出及股骨上端劈裂。在这点上我们觉得较其他切口为优。

改良 Osborne 属后侧入路,故术中放置髋臼假体时应注意预防后脱位倾向,假体边缘增厚部分(如 Howmedica 公司产品)应放置在防后脱位的相应部位。

参考文献

[1] 王桂生.骨科手术学.北京:人民卫生出版社,1982.114.

(收稿:2000 06 27 编辑:李为农)

腰椎间盘突出症术后复发 52 例分析

郭培刚¹ 宋跃明²

(1. 包头市中心医院,内蒙古 包头 014040; 2. 华西医科大学第一附属医院,四川 成都)

1984 年 1 月~1998 年 6 月我院与华西医科大学第一附属医院骨科收治腰椎间盘突出症术后复发再手术者 52 例,本文就 52 例再手术中所见的各种病理表现,分析术后复发的原因,并探讨预防复发的措施。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 52 例中,男 32 例,女 20 例;年龄 25~67 岁,平均 46.8 岁;术后复发时间 1 天~10 年;初次术后与再次手术相隔时间 2 个月~10 年;手术方式:初次手术有开窗 12 例,扩大开窗 24 例,半椎板切除 11 例,全椎板切除 5 例;再次手术有扩大开窗 7 例,半椎板切除 29 例,全椎板切

除 16 例。

1.2 再次手术中所见 原间隙再突出者 36 例,其中合并另一间隙新突出者 2 例,合并继发性腰椎管狭窄 1 例,侧隐窝狭窄 3 例,神经根管狭窄 1 例;另一间隙新突出者 5 例(不包括伴再突出者 2 例),合并侧隐窝狭窄者 2 例,腰椎管狭窄 1 例;瘢痕粘连造成医源性椎管狭窄者 8 例,其中伴有硬膜及神经根纤维化者 1 例,伴有蛛网膜粘连 2 例,伴囊肿形成者 1 例;神经根管狭窄未处理 1 例;定位错误 2 例。

2 讨论

2.1 本组病例产生术后复发病理表现的主要原因 ①原间

隙间盘再突出是由于初次手术对间盘处理不够彻底^[1],在原隙间内有残留间盘组织。当术后负重受压后便从纤维环破口突出,重新刺激神经根导致该病复发。同时,髓核减压不充分,使腰椎应力分布发生紊乱,促使腰椎和间盘进一步退变,形成腰椎不稳,导致了再突出和另一间隙新突出,并继发腰椎管和侧隐窝狭窄^[2]。本组 52 例中由于间盘处理不彻底致复发者为 41 例,高达 78.85%,说明初次手术间盘处理至关重要,应术中高度重视。②瘢痕粘连造成医源性椎管狭窄主要是由于初次手术中椎管后方受损伤骶棘肌前与前方受损纤维环之间形成瘢痕伴蛛网膜粘连,又因术中蛛网膜受到机械性和物理性刺激出现无菌性炎症反应及修复,而产生粘连及囊肿。而硬膜及神经根纤维化是术中损伤了硬膜及神经根鞘膜,使局部循环和神经组织营养障碍而造成该处水肿、纤维素渗出,导致纤维化。本组 8 例为此原因造成复发,占 15.38%,说明提高手术操作技术是预防术后复发的关键步骤。③复发中腰椎管骨性狭窄、侧隐窝狭窄、神经根管狭窄出现的原因,一是术前只重视了椎间盘突出的症状忽视了上述病的存在,以致术中未扩大减压;二是术后腰椎继续发生退行性变和腰椎不稳造成的,腰椎不稳本身就可引起症状。定位错误纯属术者对腰椎解剖关系不熟悉及手术经验不足所致。

2.2 预防复发的措施 从术后复发的因果关系分析看,复发与初次手术有着密切关系。故初次手术必须作到:①病变

诊断全面周到。②合理选择术式。本组 8 例本是单纯腰椎间盘突出症却选了半椎板或全椎板术式,结果造成创面大,瘢痕广泛形成,压迫粘连硬膜,脊柱稳定性也受到影 响,引起术后腰椎不稳。而对合并侧隐窝狭窄者,却选了开窗术式,术中满足于间盘摘除,而忽略侧隐窝减压,导致手术效果不佳。由此可见术式选择非常重要。③高质量完成手术。处理髓核时一定要将破碎的髓核及纤维环彻底刮除,先用髓核钳初步摘除,再用刮匙彻底刮除。这样还可以避免损伤椎体前缘大血管。椎间盘重量为 3~5g,约拇指大小,刮除物重量应与其相当^[3]。瘢痕粘连的预防,对全椎板或半椎板切除者,因创面大、渗血多,若在术野不清晰下操作极易损伤硬膜,此时操作一定要细致轻柔,减少刺激,并在骶棘肌下植入防止瘢痕形成的材料,如以皮下游离脂肪片和明胶海绵覆盖椎管。同时术后应早期抬腿训练。

参考文献

- [1] 陆裕朴,王全平,李稔生,等.腰椎间盘突出症再手术治疗.中华骨科杂志,1991,11(2):81-84.
- [2] 宋跃明.腰椎间盘突出症再手术原因探讨.中国矫形外科杂志,1995,9(2):175-176.
- [3] 蔡钦林.有关腰椎间盘突出症与腰椎管狭窄的诊断与治疗.中华骨科杂志,1996,16(2):75.

(收稿:1999-04-01 修回:2000-01-18 编辑:房世源)

全脊髓减压 Dick 钉内固定治疗胸腰椎骨折并截瘫

彭贤望 谷和莉

(桑植县人民医院,湖南 桑植 427100)

我院从 1989 年 6 月~1999 年 5 月共收治胸腰椎骨折并截瘫 102 例,采用全脊髓减压, H 形植骨, Dick 钉内固定术治疗,疗效满意,报告如下。

1 临床资料

本组男性 89 例,女性 13 例,年龄 17~58 岁,平均 37 岁,骨折部位, T₁₀5 例, T₁₁18 例, T₁₂32 例, L₁37 例, L₂8 例, L₃2 例。完全截瘫 49 例,不完全截瘫 53 例,合并有颅脑、内脏伤及四肢骨折者 27 例,受伤距手术时间最早者 6 小时,最晚为 1 年 2 个月。

2 治疗方法

取脊柱后侧入路,切除伤椎板及上下各半个椎板,向两侧减压至关节突处,咬除交锁小关节,台下助手四人对抗牵引,整复移位椎体,保护好脊髓及脊神经根,用弧形凿双向凿除不能完全复位之骨块,取除骨折碎片及破裂椎间盘组织,使脊髓四周环状解除骨性及纤维组织压迫。后正中切开硬软脊髓膜,探查脊髓实质,有充血水肿者,沿脊髓后正中间切开至中央水管,使脊髓内减压,范围约 2 个椎体,冰盐水冲洗后间断缝合硬膜,用 Dick 钉固定于伤椎上下所需稳定之椎体,再取肋骨外板行“H”形植骨,植骨块用钢丝缝扎固定,以防滑脱,

并注意保持椎管宽敞,以防对脊髓人为压迫。

3 治疗结果

本组全部获得 11 个月至 4 年随访,平均随访时间 2 年 1 个月,术后 1~2 年内来院拆除 Dick 钉者 85 例,植骨块均达骨性融合,脊柱稳定性可靠,脊神经功能均较术前明显好转,无症状加重者。按 Frankel 分级,术前 A 级 49 例,术后转为 A 级 20 例, B 级 13 例, C 级 12 例, D 级 4 例;术前 B 级 24 例,术后转为 C 级 10 例, D 级 11 例, E 级 3 例;术前 C 级 22 例,术后转为 D 级 8 例, E 级 14 例;术前 D 级 7 例,术后转为 E 级 7 例。疗效按 Frankel 神经功能分级法评定,神经功能恢复 3 级为优,恢复 2 级为良,1 级为可,无恢复为劣,本组完全性截瘫 49 例,29 例神经功能有恢复,有效率 59%,优良率 32%,不全瘫者 53 例神经功能均有恢复,优良率 52%。

4 讨论

脊柱骨折并截瘫的原因除脊髓横断、严重挫伤外,大部分系脊柱不稳、骨折脱位、骨折块及其它组织直接压迫所致,治疗原则为保证生命安全、防止截瘫恶化,并力争改善和恢复脊神经功能,同时积极预防、治疗并发症,为尽快恢复和重建功能创造条件^[1],饶书诚^[2]认为不全瘫的病理基础是神经组织