

4.2 寰枢椎脱位的病因 无论何种方式引起寰枢椎解剖关系的紊乱,都会导致其稳定性下降,Sumi 等^[3]将其病因分为三类:①骨性失稳,包括齿状突骨折及齿状突的假关节;②韧带失稳,包括寰枢椎韧带的先天性缺乏和创伤所致韧带断裂;③寰椎先天性发育不良。本组资料显示,创伤所致的枢椎齿状突骨折或横韧带的断裂是脱位的重要原因。

4.3 寰枢椎脱位治疗方法的选择 随着影像技术的不断发展,寰枢椎脱位的正确诊断率逐渐提高,脊髓的形态、受压部位、压迫方向和程度,可通过 MRI 检查得到充分的显示。颈椎的过伸、过屈侧位片除判断脱位能否复位,还为治疗方法的选择提供依据。寰枢椎脱位程度轻微,ADI < 5mm 或 > 3mm,仅有颈枕部疼痛,无椎体束征者,可试行保守方法治疗,但需定期复查,严密观察。如有脊髓神经功能障碍者或虽无脊髓神经功能障碍但持续颈部疼痛不减轻、有交感神经症状者,ADI > 5mm 者应积极手术治疗。手术治疗的目的是矫正畸形、缓解疼痛、增加稳定性、减少潜在的神经损伤可能。虽然手术治疗的方法有多种,后路手术显露容易,便于安放内固定,对大部分患者适用。颈后伸或经颅骨牵引可复位或大部复位者行寰枢融合术;如不能复位易行寰椎后弓切除、枕颈融合术。对部分不能复位、脊髓压迫主要来自于前侧的还应行前路减压术^[4]。后路固定方法有 Gallie、Brooks 等钢丝固定法, HaliFax、ApoFix 椎板夹及 CD CervFix 系统,后者固定的可靠性较强,但价格昂贵,目前暂时不能广泛应用。Gallie 钢丝固定虽然在固定的稳定性上较后者稍差,但操作简单、危险性小、易于推广应用,术后加用石膏外固定融合率仍较高^[5]。

4.4 后路融合术操作要点 术前颅骨牵引使寰枢椎达到解

剖复位或者接近解剖复位,将病人移到手术台上,最好拍片或在 C 型臂下调整头的位置和牵引的方向。良好的复位、颈脊髓后侧硬脊膜外间隙增大,可使钢丝在穿过寰椎后弓时变得更容易,大大降低脊髓损伤的可能性。局麻下手术,病人神志清楚,可随时了解脊髓的功能,可减少脊髓的损伤^[6]。显露寰椎后弓的宽度不能超过 2~ 2.5mm,防止损伤椎动脉。穿钢丝前推开寰椎后弓后侧的骨膜,用组织钳钳夹后弓并向后适度提拉,在骨膜下穿钢丝,增加安全性。植骨前寰椎后弓及枢椎两侧的椎板(枕颈融和时枕骨粗隆)的骨膜应完全剥离,并用电钻将表面磨粗糙。提拉紧固钢丝时力量适度,切勿粗暴用力,避免钢丝切割寰椎后弓造成骨折。术后即刻给予颈围领固定,防止颈椎旋转,回病房后继续颅骨牵引 2~ 3 周,换用头颈胸石膏固定 3 个月,增加融合率。

参考文献

- 1 Hamble DL. Occipitocervical fusion. J Bone Joint Surg (Br), 1967, 49: 33.
- 2 傅英魁. 脊柱解剖与手术. 山东: 山东科学技术出版社, 1994. 32.
- 3 Sumi M, Kataoka O, Ikeda M, et al. Atlantoaxial dislocation. Spine, 1997, 22(7): 759.
- 4 Subin B, Jir Fa Liu, Marshall J, et al. Tansoral anterior decompression and fusion of chronic irreducible atlantoaxial dislocation with spinal cord compression. Spine, 1995, 20: 1233.
- 5 倪斌, 贾连顺, 刘洪奎, 等. 寰枢椎后路融合术治疗创伤性寰枢椎不稳. 第二军医大学学报, 1998, 19: 261-263.
- 6 梅伟, 蔡钦林, 陈长安, 等. 局部麻醉在颈椎后路中的应用价值. 中国矫形外科杂志, 1999, 6(8): 577-579.

(收稿: 2001-06-07 编辑: 连智华)

• 短篇报道 •

经皮逆行穿针固定掌骨干骨折 38 例

王敦壮 侯金永 刑建
(文登整骨医院, 山东 文登 264400)

我院自 1998 年以来,采用经皮逆行髓内穿针固定治疗掌骨干不稳定骨折 38 例,疗效满意,现报告如下。

1 临床资料

本组男 28 例,女 10 例;年龄 15~ 48 岁。骨折部位为第 2~ 4 掌骨,最少 2 处骨折,最多 4 处骨折,短斜形或螺旋形骨折 42 处,横断形骨折 21 处,粉碎性骨折 12 处,骨折移位均为全错位。就诊时间 2 小时至 5 天,平均 3 天。

2 治疗方法

在臂丛麻醉下无菌操作,术者仰卧位,常规皮肤消毒铺巾,先用手触清掌骨骨折处移位情况,用直径 1.5mm 钢针挑起远折端,使掌指关节屈曲位,用手摇钻将钢针向远折端髓腔内钻入,突破掌骨头一侧穿出,然后将钢针退至与远折端骨折面相平,利用提按及分骨等手法复位骨折,将钢针摇入近折端

髓腔至掌骨基底,透视下复位良好的,针尾剪短打弯,留于皮外,4~ 6 周拔除固定钢针。

3 治疗结果

随访 4 个月至 1 年,38 例均达解剖复位,骨折均获愈合,无 1 例不愈合,手部活动均正常。

4 讨论

手部掌骨干骨折临床常见,多因重物挤压及手部扭伤暴力所致,对于无移位骨折,可采用掌骨夹板固定。但多发骨折,手法复位固定难以维持复位情况。切开复位固定有创伤大易感染等不足之处。所以,本疗法具有操作方便,避免顺形穿针方向不易掌握的缺陷,不切开软组织,减少手术创伤和感染机会,有利于骨折愈合,术后不需外固定,钢针易拔等特点。

(收稿: 2001-04-28 编辑: 连智华)