

GSHN 不仅是治疗新鲜股骨远端骨折的最佳选择之一,亦用于治疗陈旧性的股骨远端骨折,本组有 11 例陈旧性股骨远端骨折,经行 GSHN 内固定治疗加植骨术后均获得骨性愈合,对伴有膝关节僵硬者同时行粘连松解亦收到满意效果。

本组病例 GSHN 治疗组无切口感染、断钉等并发症,其并发症主要为交锁螺钉过长所致周围组织疼痛 3 例,骨折愈合后,拔除锁钉,疼痛消失;膝关节疼痛 2 例,系 GSHN 钉未完全埋入关节面下,在屈膝达 90° 时与髌骨面发生撞击导致髌股关节炎,拔除 GSHN 钉,疼痛消失,以上并发症均可通过注意操作技术克服。L-CCP、DCS 发生关节粘连分别为 3 例、5 例,主要原因为广泛软组织剥离造成疤痕粘连所致。L-CCP 治疗组有 1 例发生骨不愈合,2 例螺钉松动而发生畸形愈合,DCS 组畸形愈合 1 例。分析本组病例疗效差的病例均为 C₃ 型骨折,因 C₃ 型骨折关节面粉碎,骨折端难以达到解剖复位,坚强内固定的目的,故关节僵硬,创伤性关节炎的发生难以避免。

GSHN、DCS、L-CCP 三者内固定治疗股骨远端骨折均具有良好的生物力学性能,能够满足股骨远端骨折坚强内固定,早期功能锻炼的需要。而尤以 GSHN 为髓内均为负荷型内固定器械,软组织剥离较少,不需要植骨,具有手术时间短、失血量较少、骨折愈合快、肢体功能良好等优点,值得临床推荐应用。但 GSHN 亦潜在膝关节僵硬和髌股关节炎、骨折感染导致化脓性膝关节炎、远端锁钉太长可刺激膝内侧的软组织影响膝关节的功能等可能,故术前应酌情选择,术中细心操作,减少并发症的发生。

参考文献

- 1 Kolmert L, Persson BM, Romanus B. An experimental study of device for internal fixation of distal femoral fractures, Clin Orthop, 1982, 171: 378.
- 2 Emme S, Lucas H, David Saligson, Stephen L Hemy. Intramedullary supracondylar nailing of femoral fractures: a primary report of the GSH supracondylar nail. Clin Orthop, 1992, (2): 200-206.

(收稿: 2002-05-21 编辑: 李为农)

• 病例报告 •

胸椎附件骨软骨瘤并脊髓损伤 1 例

李三喜 赵晓勇 高淑琴

(河北省人民医院, 河北 石家庄 050051)

1 病例介绍

患者, 男性, 30 岁, 已婚, 中学教师, 主因左下肢无力 10 个月, 右下肢无力 8 个月, 进行性加重 3 个月, 背部肿物 1 周收入院。查体: T₃₋₅ 椎体右侧旁有 15cm × 12cm 大小包块, 高出皮肤 5cm, 表面无静脉曲张, 无红肿, 质硬, 不活动, 无压痛, 边界清晰, 皮温不高, 椎体及包块无叩击痛。躯干痛觉减退, 平面在第四肋间处, 双侧大腿及小腿内侧痛觉减退, 双下肢肌张力增高, 双下肢髂腰肌肌力 4 级, 双下肢其它肌群肌力 5 级; 腹壁反射, 提睾反射正常存在, 双膝腱反射、跟腱反射亢进, 双侧膝阵挛、踝阵挛阳性。既往患全身性牛皮癣 17 年, 右侧第 6 前肋骨软骨瘤切除术 10 年。胸椎 X 线显示: T_{3,4} 右侧可见斑片状密度增高影, 形成不规则, 约 8cm × 9cm 大小。MRI 报告: 胸椎曲度大致正常, T₃₋₅ 右侧横突明显增粗, 于其后方可见多个不规则形异常信号影, 中心为短 T₁ 长 T₂ 信号影, 周边可见环形影, T₁WI 及 T₂WI 均呈低信号, 且病变侵及 T₄ 椎体右后方及右侧椎管内硬膜外, 局部脊髓受压变细且向左移位。T₃₋₅ CT 平扫显示: 左侧横突肥大, 边缘欠光滑, 其周围可见多个赘生不规则形骨性密度突起, 周边密度较高, 中心密度较低, 且病变侵及椎管内, T₄ 水平右侧椎管内也可见高密度影。考虑 T₃₋₅ 附件骨软骨瘤并脊髓损伤。

术前诊断 T₃₋₅ 附件骨软骨瘤并脊髓损伤。

择期在高位硬膜麻醉下行 T₃₋₅ 附件肿瘤切除术。术中

见: 肿瘤组织来源于右侧 3、4、5 附件, 包括横突及椎板, 胸 3、4、5 后肋, 也有侵犯, 约 8cm × 10cm × 3cm 大小, 肿瘤组织呈白色, 不规则菜花状, 质地坚硬, 光滑, 有完整白色包膜。瘤体侵犯 T₃₋₅ 右侧横突、椎弓根、椎板、椎管及部分椎体并压迫脊髓。切除部分剩余的椎板, 切除瘤体组织并切除胸 3~5 后肋近端 5cm, 完整切除侵犯椎管的瘤体组织, 肿瘤组织约占椎管容积的 2/5, 硬膜囊被压迫变细, 切除肿瘤后硬膜囊膨起, 肿瘤与硬脊膜无粘连, 波动好。术后病理诊断 骨软骨瘤, 与术前诊断相符。术后患者感觉双下肢无力明显减轻。

2 讨论

骨软骨瘤多发生于四肢长管状骨的干骺端, 生长缓慢, 发生于躯干中心部位的骨软骨瘤如椎体附件的十分少见, 肿瘤生长较快, 易侵犯椎板及椎管, 压迫脊髓, 出现上运动神经元损伤的症状。MRI 对骨皮质信号极弱, 或基本无信号, 但能显示肿瘤的范围以及椎管是否累及、脊髓受压迫的程度。骨软骨瘤除软骨帽外, 组织结构与正常骨质相同, CT 检查对骨皮质能显示清晰的信号, 能清晰的显示骨软骨瘤肿瘤本身和邻近骨质的关系。对临床诊断十分有益。骨软骨瘤为良性肿瘤, 极少恶变, 术后预后较好。患者 10 年前作过肋骨软骨瘤切除术, 这次 T₃₋₅ 附件又发现骨软骨瘤, 与患者的易发体质 (内在基因基础) 有关。

(收稿: 2001-12-27 编辑: 李为农)