

断依据,同时又可作为术后复查了解有无复发的重要手段<sup>[2]</sup>。

膝关节是人体主要负重关节,而股骨髁是关节重要组成部分。因此,术后保留关节应尽量从利于关节功能恢复出发,选择合适术式既关系到患者的生命,又关系到生活质量。瘤骨骨壳碘酒灭活再植方法简单、安全,具有较好的生物学重建和无免疫反应的优点<sup>[3]</sup>。我们初步认为良性即 1 级者可行局部刮除加灭活植骨术,碘酒具有较强渗透性,可使蛋白凝固,细胞死亡;恶性低度或 2 级者可采用瘤段截除,腓骨移植术;有明显恶变倾向者行高位截肢术。

在截肢和刮除植骨术的选择上,提高首次治疗彻底性与可靠性是防止复发的主要措施,反复多次

刮除可导致肉瘤变。术后肺转移多由于局部反复发作和处理不彻底造成。高位截肢要慎重考虑选择,可在术中取材快速活检,参考家属意见后方可施术。有明显恶变的病例,截肢后存活率大大高于其他类恶性肿瘤。根据具体情况而选择合适术式是提高患者术后生存率的重要措施。

参考文献

- 1 陆裕林,葛宝丰,徐印秋.实用骨科学.北京:人民卫生出版社,1991.1450-1455.
- 2 卢仁羿.CT 在骨与软组织肿瘤诊断中的应用.中华骨科杂志,2000,20(增刊):13-17.
- 3 徐万鹏,郭卫,杨荣利,等.骨肿瘤的保肢术及其进展.中华骨科杂志,2000,20(增刊):47-49.

(收稿日期:2003-07-22 本文编辑:王宏)

### 儿童寰枢椎旋转移位 17 例治疗分析

#### Treatment of atlantoepistrophic rotation displacement in children: A report of 17 cases

仝允辉, 万富安

TONG Yun hui, WAN Fu an

关键词 寰枢关节; 骨科手法; 儿童 **Key words** Atlantoaxial joint; Orthopedic manipulation; Child

儿童寰枢椎旋转移位在儿童上颈椎损伤中最为常见,上感、颈部炎症、轻微外伤均可致病。早期准确的诊断,及时得当的治疗相当重要,否则易发生上颈椎不稳,不仅使高位颈脊髓处于危险状态,而且长期斜颈可致使颜面发育不对称等<sup>[1]</sup>。我院自 1995 年 7 月-1998 年 12 月收治儿童寰枢椎旋转移位 17 例,以枕颌带牵引,配合手法治疗,疗效满意。报告如下。

#### 1 临床资料

本组 17 例,其中男 11 例,女 6 例;年龄 3~12 岁,平均 6 岁;病程 1~63 d,平均 7 d;颈部外伤 9 例,上感 5 例,类风湿性关节炎 1 例,原因不明 2 例。临床表现:本组均表现为头倾向一侧,下颌转向对侧,同时颈部有轻度前屈,急性期患儿拒绝转动头部,被动转动时疼痛加重,枕颈部压痛,枕颈区变平,枢椎棘突偏移,并明显突起。影像检查:①齿突与侧块间隙:17 例均不相等,其中差值 2 mm 8 例,3 mm

6 例,4 mm 2 例,5 mm 1 例,平均差值 2.4 mm;②寰枢关节间隙:即寰椎下关节面与枢椎上关节面之间隙,均不对称,差值 1 mm 8 例,2 mm 7 例,3 mm 2 例,平均 1.7 mm;③向右旋转移位 10 例,向左旋转移位 7 例,合并前移位 9 例,其中寰齿前间距  $\geq 3$  mm 6 例,  $\geq 5$  mm 3 例。

#### 2 治疗方法

2.1 颌枕带牵引 仰卧床,头颈部取略过伸位,颈及双肩区置于宽枕上,牵引重量 2~3 kg,牵引 3~5 d,拍摄床头 X 线片,或手法复位,或持续牵引至头颈两侧主动旋转活动相同时去除牵引,以充气颈托固定 2~3 周。本组 10 例。

2.2 手法复位 若牵引 3~5 d 后拍片或 CT 检查旋转移位仍较明显,采用手法复位。维持牵引,头颈前屈约 15°。若 X 线片或 CT 所示:枢椎与侧块间隙右侧增宽者,术者以左掌托扶患者下颈部,嘱患者头颈部放松,并随术者推动转向左侧,当转动接近极限位置时,术者以右手拇指向左侧推拔枢椎棘突,双手交错用力,既可感到颈部被推动和“咔嗒”弹响声,然

后将头颈部回复中立位,触摸枢椎棘突偏移矫正,保持头颅略后伸位,继续牵引。枢椎与侧块间隙左侧增宽者,操作方法同上,方向相反。本组 7 例。

### 3 治疗结果

评定标准:痊愈,临床症状体征消失, X 线片或 CT 检查寰枢椎解剖位置正常;好转,临床症状及体征消失,但 X 线片或 CT 检查齿突与侧块间隙差值  $> 2 \text{ mm}$ ,或寰枢椎关节面间隙不对称,差值  $> 1 \text{ mm}$ ,或存在旋转移位;无效,临床症状、体征及影像检查无改善。本组随访时间最长 4 年 2 个月,最短 11 个月,平均 2 年 3 个月。结果:痊愈 13 例,好转 2 例,无效 2 例。

### 4 讨论

**4.1 诊断与鉴别诊断** 儿童寰枢椎旋转移位临床报道不多,主要是漏诊及认识不足的缘故,诊断本病除临床症状及体征外,必须充分了解儿童寰枢椎的解剖及影像学特点。在骨骼尚未发育成熟时,脊柱损伤常发生于颈部,儿童骨关节韧带发育不完善,有时轻微外伤即可破坏寰枢关节或引起关节囊、韧带损伤;上感及咽部炎症亦可引起儿童寰枢关节滑膜充血、水肿,韧带松弛,导致寰枢关节旋转移位的发生<sup>[2]</sup>。有报道炎症引起本病的发病率为 43.5%<sup>[3]</sup>。本组炎症致本病的占 35%。症状轻微的寰枢椎旋转移位易被忽视,临床上对于突发获得性斜颈、枕颈部疼痛、旋转活动受限、近期有头颈部外伤史或有颈部炎症、上感病史的儿童应考虑寰枢椎旋转移位的可能。诊断本病需与先天性斜颈及痉挛性斜颈相鉴别。先天性斜颈一般出生后 1 个月即可出现畸形,其为一侧胸锁乳突肌挛缩所致,亦可或有骨骼畸形。痉挛性斜颈为头倾向侧胸锁乳突肌呈痉挛状态,而寰枢椎旋转移位为下颌偏向侧胸锁乳突肌紧张。X 线片、CT 检查对确定本症可有所帮助。本组 17 例齿突与侧块两侧间距均不相等,差值均  $\geq 2 \text{ mm}$ ,平均 2.4 mm;寰枢椎关节面间隙亦不相等,差值均  $\geq 1 \text{ mm}$ ,平均 1.7 mm;均无脊髓受压。临床往往见到患儿症状及体征较为典型,但由于颈部活动受限及患儿因疼

痛难以配合,上颈椎张口位及侧位片质量往往不高,常常与因体位造成的 X 线片假象难以区别。不过有一点可以肯定,非上颈椎病变者接受寰枢椎张口位 X 线投照比较容易,而寰枢椎旋转移位患者则较为困难。对于拍片时“总也摆不好姿势,”或“难以配合”的患儿应认真检查不可轻易否定。我们的经验是寰枢椎旋转移位的患儿治疗前非技术因素影响效果不满意者经牵引或手法复位,症状改善后复查 X 线平片可得到清晰影像。笔者认为:临床症状、体征与 X 线平片检查所见并非完全相符时,应以病史、临床症状及物理检查的阳性所得作为诊断依据。头两侧极度旋转时的动态 CT 扫描,矢状面重建可作为诊断的重要参考。

**4.2 治疗中的注意事项** 枕颌带牵引是简单有效的治疗方法,必须强调后伸位牵引,否则颈椎不稳定的临床及放射学征象可能持续存在。牵引有助于缓解颈部损伤后的肌肉痉挛,一般而言,牵引 3~5 d 患者可自觉枕颈部不适明显减轻,颈部活动有所改善,应及时拍摄寰枢椎张口位及侧位片,若其相对位置仍无明显改善,提示寰枢椎旋转移位处于一种“交锁”状态,难以自动复位,应适时运用手法复位。急性期存在明显肌肉痉挛、关节囊及滑膜组织肿胀等关节损伤症状,不要试行手法复位,以免加重损伤,经牵引后施行手法易于成功。从本组病例看,早期治疗效果满意。2 例无效病人均为伤后 2 个月就诊,且旋转及向前移位幅度较大的患者,虽然牵引及手法复位后症状好转,但复查时又见复发。对牵引及手法复位效果不理想,或经保守治疗至少 6 周,畸形复发者,应考虑寰枢椎融合术,以防止其并发症的发生。

#### 参考文献

- 1 王超,党耕町. 小儿寰枢椎不稳的手术治疗. 中华骨科杂志, 2000, 20(8): 453-456.
- 2 卢一生,贾连顺,丁祖泉,等. 寰枢关节三维运动规律及其测量. 中华创伤杂志, 1995, 11(1): 1-3.
- 3 沈宁江,王书成,卢传新,等. 寰枢关节旋转半脱位的诊断. 骨与关节损伤杂志, 1997, 12(4): 212-213.

(收稿日期: 2003-03-26 本文编辑: 王宏)

## 本 刊 声 明

凡在本刊上发表文章的作者,其著作权受著作权法保护,凡转载其作品者,必须征得作者本人和本刊的同意。不经本刊授权,任何组织或个人不得将本刊每期的题目、摘要、全文在 Internet 网上及其它媒体发布。如有发布,一经查实,本刊保留追究一切法律责任的权利。