

腰椎段较少;②胸腰段椎间盘突出一般压单根神经根,而肿瘤则压迫多根神经根;③椎间盘突出脊柱活动有明显障碍,而肿瘤对脊柱影响较少;④椎间盘突出休息或体位改变时疼痛明显减轻,而肿瘤疼痛为持续状、进行性加重,夜间尤甚;⑤椎管内肿瘤(髓内肿瘤除外)感觉异常从远端开始逐渐向上发展,而椎间盘突出,疼痛往往自臀部开始逐渐伸展至小腿后侧、后外侧、足底外侧;⑥脊柱体表椎间盘突出在受累间隙的棘突旁侧有压痛,而椎管内肿瘤则在受累间隙棘突的正中有深部叩击痛。

**3.2 早期诊断椎管内肿瘤的方法** 椎管内肿瘤诊治关键在于早期诊断、早期手术。要识别椎管内肿瘤早期出现的症状、体征。椎管内肿瘤以胸段最多,颈段次之。而椎管内肿瘤以膜内髓外肿瘤居多。在胸段早期症状有双下肢麻木、疼痛、行走不利、无力,胸部多有束带感,随肿瘤所在节段平面以下感觉减退,肿瘤在椎管内偏向一侧或居中间,均有肢体相应节段麻木、放射痛。感觉障碍从下向上发展<sup>[2]</sup>,随着肿瘤逐渐增大,症状呈进行性加重,疼痛以夜间明显。如为胸髓内肿瘤,首发症状为受累肢体的麻木、乏力和感觉异常,其感觉异常起

源于肿瘤所在部位相应节段,随病情有纵向垂直发展倾向,由上而下逐渐扩展<sup>[3]</sup>。一般椎管内肿瘤相应节段体表多数患者早期有疼痛,有的不能平卧,肿瘤水平附近常有一个皮肤过敏区,棘突及棘突间有压痛及深部叩击痛。在颈段膜内髓外肿瘤早期可表现神经根受激惹之症状,如上肢疼痛,肌力减弱,持物易坠落;如为颈髓内肿瘤,早期有颈背部疼痛,随着肿瘤增大疼痛扩展至肩臂及手部,多为持续性。感觉障碍从上而下发展,且有感觉分离现象出现。总之随肿瘤在椎管内的不同部位临床表现各异,最后通过 MR 证实肿瘤所在的位置、大小、形态。医生应通过严格的神经系统检查,以避免漏诊、误诊。

#### 参考文献

- 1 刘兴炎,葛宝丰,高秋明,等 椎管原发性肿瘤致截瘫临床特点与外科治疗效果分析. 中国骨伤,2003,16(4):199-201.
- 2 王志成. 骨科主治医师 北京:北京医科大学中国协和医科大学联合出版,1998 461.
- 3 李书忠,胡有谷,刘吉华,等. 脊髓内室管膜瘤的诊断及手术治疗. 中华骨科杂志,2002,22(1):11-13.

(收稿日期:2004-07-15 本文编辑:连智华)

### · 短篇报道 ·

## 腓肠神经逆行岛状皮瓣修复小腿 1/3 及足背皮肤缺损 5 例

张致军,常源兴,朱成善,柴俊

(山丹县人民医院骨科,甘肃 山丹 734100)

### 1 临床资料

本组 5 例,男 4 例,女 1 例;年龄 25~62 岁。胫骨下段开放性骨折,胫前皮肤缺损,钢板外露 2 例;内踝溃疡 2 例;足背皮肤缺损骨外露 1 例。皮瓣最大 8 cm × 8 cm,最小 5 cm × 4 cm。

### 2 手术方法

5 例均为 II 期手术,均在腰麻下进行,先设计皮瓣从外踝-跟腱中点至腓窝中点划一条连线,作为皮瓣及蒂的轴线,以外踝上 5~7 cm 处为蒂的最低端,并以此为圆心测量创面最远端距离确定皮瓣上界,在上界切开皮肤皮下组织,结扎小隐静脉,寻找腓肠神经并切断,然后以腓肠神经为中心切开皮瓣,蒂部行皮肤切开,保留蒂宽 3~5 cm,包括腓肠神经及滋养动脉,小隐静脉与深浅筋膜之间向下游离至外踝上 5 cm 处,检查皮瓣远端有出血,皮肤无苍白及发绀,指压充盈良好,用温盐水(30℃左右)纱布包裹皮瓣,即可将皮瓣逆转通过明道或皮下隧道转至皮肤缺损部位,检查蒂部无张力及压迫,供区行游离植皮。术后石膏托制动。

### 3 治疗结果

5 例患者皮瓣均成活,其中 3 例术后 2 d 皮瓣边缘出现散在小水泡,8 d 后结痂,2 周后拆线,2 例术后 1 周内出现一定程度的肿胀,以后消退。随访 5 例,最长 1 年 6 个月,最短 3 个月,皮瓣存活,无溃疡及感染。

### 4 讨论

小腿下 1/3 及足背皮肤缺损的修复比较复杂,而且并发症多,虽然有游离皮瓣、肌皮瓣等方法可供选择,但都因医疗设备条件所限和手术操作要求高、风险系数大,均不易推广实用。近年来我国也先后有此皮瓣应用报道[中华显微外科杂志,1996,19:82-84],术中必须保留 4 cm 以上宽度完整的深筋膜,再将外踝上不低于 5 cm 内深浅动脉交通支加以保护,才使腓肠神经滋养动脉逆行岛状皮瓣有充分的血供保证。因此皮瓣蒂最低不能低于外踝上 5 cm。手术的缺点:术后皮瓣肿胀,腓肠神经切断影响属区皮肤感觉。优点比较突出:操作简单、安全、可靠、成功率高、实用,值得临床应用。

(收稿日期:2003-12-05 本文编辑:连智华)