

导致盘内压明显增高而引起腰腿痛的加剧。

总之本组结果表明 3 种不同联合疗法均是临床治疗突出型 L_{4,5}椎间盘突出症的有效方法,且不良反应少。但 3 种不同疗法的术后突出物的改变情况及其与临床疗效之间的联系,尚不明了,有待于进一步探讨与研究。

参考文献

- 1 胡有谷. 腰椎间盘突出症. 第 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 1995. 131-132.

- 2 Macnab I. Negative disc exploration. An analysis of the cause of nerve root involvement in 68 patients. J Bone Joint Surg (Am), 1971, 53: 891-892.
- 3 吴微, 秦海燕, 朝青, 等. 经皮切吸和胶原酶溶解联合治疗腰椎间盘突出症. 哈尔滨医科大学学报, 2000, 34(6): 441-444.
- 4 蒋煜青, 余庆阳, 马小敏, 等. 盘内外胶原酶溶核治疗不同类型腰椎间盘突出症的临床研究. 中国中医骨伤科杂志, 2002, 10(2): 21-23.
- 5 余庆阳, 蒋煜青, 陈绎志, 等. 胶原酶不同注射方法治疗突出型腰椎间盘突出症疗效比较. 中医正骨, 2002, 14(11): 10-12.

(收稿日期: 2005-04-12 本文编辑: 连智华)

• 病例报告 •

双侧髂前上棘撕脱骨折 1 例

Avulsion fracture of bilateral anterior superior iliac spine: A case report

李鹏飞, 郭安莉, 任宏杰, 张康复, 唐晓峰

LI Peng-fei, GUO An-li, REN Hong-jie, ZHANG Kang-fu, TANG Xiao-feng

关键词 撕脱骨折; 髂前上棘; 病例报告 Key words Avulsion fracture; Anterior superior iliac spine; Case report

患者,男,18岁,学生,以“双侧髂前上棘肿痛1周,加重1d”就诊。1周前患者上体育课跑步后感双侧髂前上棘处疼痛,当时未予重视,休息后稍缓解,1d前再次参加田径比赛后出现双侧髂前上棘处疼痛加重,拒按,肿胀明显,双下肢伸直时疼痛加剧,行走困难,以肌肉拉伤外搽消肿止痛酊治疗,休息后症状不缓解,遂来我院求治。查体:神志清,精神差,痛苦貌,双侧髂前上棘处肿胀青紫,压痛较甚,无放射痛,可触及骨擦感及假关节活动,双侧髋关节、膝关节处于被动屈曲位,双侧髋关节功能受限。骨盆X线片示:双侧髂前上棘处骨连续性中断,向下移位,左侧约4mm,右侧约3mm(图1)。治疗:采用保守治疗。双侧髋关节外展60°,屈曲40°位卧床休息,将β-七叶皂甙钠20mg加入5%葡萄糖500ml静点,每日1次,

连用1周。肿胀疼痛缓解后,再坚持上述体位卧床休息3周,复查X线片示:撕脱骨块与髂嵴间有较多骨痂生长,骨折间隙模糊。嘱患者扶双拐行走,逐渐负重行功能锻炼。6周后摄片复查:骨折间隙消失,临床愈合。嘱患者弃拐行走。3个月患者复诊:双侧髂前上棘处较同龄人略隆起,缝匠肌肌力V级,功能恢复良好,行走时无疼痛、跛行,双侧髋、膝关节功能无影响,可正常参加同龄人同等强度的体育运动。

讨论

髂前上棘撕脱骨折在临床报道中较为少见,且报道均为单侧,双侧髂前上棘撕脱骨折更是罕见,该病多为剧烈运动伤所致,14~17岁青少年多见,男多于女^[1]。多由于剧烈运动肢体处伸髋屈膝位,尤其是膝关节屈曲而髋关节过伸时,缝匠肌肌腱对髂前上棘的强力牵拉而造成。由于撕脱骨折受阔筋膜张肌及阔筋膜的附着固定,一般移位不大。手术治疗与保守治疗均可治愈,但手术费用大,易损伤骨骺,内固定物易松动,骨性愈合后又须二次手术取除内固定物,加重患者经济负担,造成二次手术痛苦,故我们不提倡手术治疗。髂前上棘撕脱骨折外固定困难^[2],石膏裤长期固定又易造成压疮、髋、膝关节僵直等并发症,不利于早期行功能锻炼。基层诊疗过程中由于对此少见骨折认识不足,极易漏诊,加重患者痛苦,延误早期治疗时机,延缓病情康复时间,给患者生活带来极大不便。

参考文献

- 1 苏秀君, 刘俊雄, 严笑, 等. 钢丝张力带治疗髂前上棘撕脱骨折. 临床骨科杂志, 2003, 6(3): 270-271.
- 2 吴在德. 外科学. 第5版. 北京: 人民卫生出版社, 2001. 914-918.

(收稿日期: 2004-06-15 本文编辑: 王宏)



图1 双侧髂前上棘骨折(箭头所示)