

构及增生肥厚的软组织,也应彻底切除,解除神经根及马尾的压迫。使神经根无张力,左右移动可达 1 cm,硬膜囊搏动恢复正常。因减压后需行椎体的固定和融合,减压一定要彻底,不要顾及脊柱的不稳而行姑息减压。由于本组病人术中椎管减压充分,术后下肢根性痛及间歇性跛行症状改善满意。

4.3 滑脱复位 我们的观点是在不增加患者创伤及经济负担情况下,争取对滑脱的椎体解剖或近解剖复位。术中对于遇到复位困难者,不要强求复位,彻底的减压和充分的植骨融合,也可获得满意疗效,否则术后易导致神经根病。使用提拉复位钳复位时,提拉螺钉与纵向连接杠要有一定距离,否则,很难复位。

4.4 植骨融合 本组病人为 I 度和 II 度滑脱,均采用横突间植骨。植骨的范围包括上关节突外侧面、关节突峡部和横突,小关节在融合范围之内,使融合椎体的横突、椎体与植骨块坚

固地连在一起。植骨床一定要处理充分,植骨量要足够。

4.5 USS 器械的优势 USS 器械治疗腰椎滑脱,其特点提供了对椎体滑脱复位和稳定的机会,并能进行短节段椎弓根螺钉固定。复位和稳定使用相同的器械,提拉复位钳使滑脱椎体复位满意。配有加压和撑开系统,有利于恢复腰椎的前凸。器械使用简单,操作方便。我们对 23 例腰椎滑脱症患者在行椎管减压、横突间植骨融合的基础上用 USS 内固定器进行复位和固定,14 例 I 度滑脱完全复位 13 例,1 例部分复位。9 例 II 度滑脱有 7 例完全复位。完全复位率达 86.96%。

参考文献

1 Thalgot JS, Abei M. Universal spine system. Philadelphia, USA: Lippincott Raven Publishers, 1996. 25-29.
2 蒋庄. 脊源性腰腿痛. 北京: 人民卫生出版社, 2002. 204-223.
(收稿: 2003-04-04 编辑: 李为农)

· 短篇报道 ·

股骨干骨折合并股骨颈骨折漏诊原因分析

尹升吉 赵志彦 张金玉
(寿光市人民医院, 山东 寿光 262700)

股骨干骨折合并同侧股骨颈骨折,是一种较为严重且少见的损伤。由于股骨干骨折的症状及体征比较明显,股骨颈骨折常被漏诊,我院自 1994-2000 年间,共收治该种损伤患者 6 例,其中漏诊 2 例。在该病的诊治方面总结了一定的经验,报告如下。

1 临床资料

本组 6 例,均为男性,年龄 22~35 岁;高处坠落伤 1 例,车祸伤 5 例,其中摩托车伤 3 例,汽车伤 2 例。开放性骨折 1 例,闭合性骨折 5 例。本组漏诊 2 例,1 例为股骨干骨折术后 1 周拍片时发现存在股骨颈骨折(Garden I 型),另 1 例为骨折术后 1 个月,患肢活动仍明显受限,且自觉同侧髋部疼痛较明显,行髋部拍片而发现股骨颈骨折(Garden III 型)。本组漏诊率为 33%。

2 讨论

股骨干骨折合并同侧股骨颈骨折为高能量损伤。患肢受到沿股骨干纵轴方向传导的暴力较大,首先造成股骨干骨折,残余暴力继续向上传导而导致股骨颈骨折。股骨干骨折后,患肢远端处于外旋状态,大腿明显肿胀畸形,有反常活动,疼痛剧烈,医生往往仅凭这明显的症状及体征只作出股骨干骨

折的诊断,股骨颈骨折常导致漏诊。漏诊率可达 30%。导致股骨颈骨折漏诊的原因有:①该类损伤发生率较低,常不被医生所重视,对这种骨折的认识和重视不足。②股骨颈骨折由于位置较深,且位于臀后方,骨折后的症状和体征往往被股骨干骨折所引起的严重症状和体征掩盖,医生把注意力放在有明显症状和体征的股骨干骨折局部,忽略了全面查体。③股骨干骨折往往移位明显,医生阅片时只注意到股骨干骨折,而对无移位或移位不明显的股骨颈骨折视而不见。④由于髋部肌肉丰富,X 线穿透力差,有时同一张 X 线片上股骨骨折显示清楚,但股骨颈部位显示模糊而漏诊。由此可见对每一个股骨干骨折患者,医生必须仔细询问病史,详细了解其受伤原因及暴力大小,分析受伤机制,对患者进行详细的体格检查及拍片检查,必要时行 CT 或 MR 检查,以作出正确的诊断。

对于该类患者虽然股骨干骨折引起的症状和体征更明显,但股骨颈骨折能否被早期诊断和治疗更为至关重要。如果漏诊股骨颈骨折的诊断而延误治疗,可给患者造成“灾难性”的后果。只有早期正确的诊断和及时的治疗,才能最大限度的减轻患者痛苦,确保顺利康复。

(收稿: 2003-02-08 编辑: 王宏)