

能,只是医生自己削弱了自己。

新技术、新产品的出现都有它产生、发展的历史背景和存在的基础。一般讲,凡是新的东西都是有生命力和有发展前途的。因此我们对新技术、新产品首先是抱欢迎的态度,而不应拒绝,因为它是科技发展的重要环节。但在医学领域,特别是在骨科或脊柱外科,现在好的,不等于将来好,近期好的,不等于远期好,它需要时间的考验,需要循证医学的验证。例如 20 世纪 80 年代髋关节置换采用全球流行的“双杯(double cup)”手术,不是没有几年就被抛弃了吗?近年来循证医学表明,对退变性腰椎疾患融合内固定手术是平庸的,总体上并没有提高临床疗效。故有专家^[1]对现有脊柱退行性疾患大量应用融合内固定的方法提出质疑,建议在康复领域寻找新的策略,尽量在采用减压及内固定手术前,应用微创技术或保守干预方法。因此我们对待新技术、新方法在积极学习的同时,应认真、谨慎地掌握其适应证,应更长期地随诊观察,用循证医学去评价,这正是我们目前所缺少的和应当重视的。

参考文献

1. Robaina-Padron F. Controversies about instrumented surgery and pain relief in degenerative lumbar spine pain: results of scientific evidence[J]. Neurochirurgia (Astur), 2007, 18(5): 406-413.

(收稿日期: 2008-10-13)

(本文编辑 彭向峰)

个案报道

髋关节置换术后克氏针移位至椎管 1 例报告

孙光权, 邱 勇, 王 斌, 朱 峰

(南京大学附属鼓楼医院脊柱外科 210008 南京市)

中图分类号: R687.3, R619

文献标识码: B

文章编号: 1004-406X(2008)-12-0886-02

在全髋关节置换时,为了加大髋臼对股骨头的包容,髋臼周围常需植骨,并用克氏针固定。有关克氏针内固定术后克氏针断裂、移位的报道较多,常移位至胸腔损伤肺、大动脉及心脏^[1],移位至腹腔损伤腹腔脏器^[2],但移位至椎管损伤脊髓者少见。我院 2008 年 7 月收治 1 例,报告如下。

患者女性,76 岁。3 年前行“右侧人工全髋关节置换”手术,术后恢复良好。因右下肢疼痛、麻木 1 个月,行走困难 20d,于 2008 年 7 月 25 日入院。病后大小便正常。体检:右髋关节活动无明显受限,右踝伸肌肌力 4 级,右股四头肌肌力 4 级,肌张力正常,两侧直腿抬高 90°,双下肢感觉对称,腱反射正常,病理反射未引出。入院前 X 线片显示右侧全髋关节置换术后改变,右侧盆腔可见一游离克氏针(图 1a);CT 扫描及重建示克氏针一端位于椎管内,约为 L4/5 椎间孔位置(图 1b)。在全身麻醉下取 L4、L5 后路正中切口,于 L4/5 椎板间分别向上咬除 L4 右侧半椎板,向下咬除 L5 右侧半椎板,保留 L4 下关节突及 L5 上关节突,切除黄韧带,暴露右侧 L4/5 椎间隙,于其下方找到一克氏针针尾,针尾至硬膜囊,并已压迫但未穿透硬膜囊,其下方

可见 L5 神经根;将针尾与周围组织分离,保护周围神经根及硬膜囊,沿斜纵行方向顺利取出一根长 3.0cm、直径 2mm 的克氏针。患者术后疼痛感消失,麻木缓解。术后 6d 复查 X 线片示右侧盆腔无异物残留(图 1c)。

讨论 椎管内异物致脊髓损伤多因枪弹及锐器伤所致,临床并不多见^[3]。由于全髋关节置换术后克氏针移位导致置入的克氏针移位至椎管更鲜有报道。

王树清等^[4]报道 1 例左锁骨骨折后克氏针张力带固定的患者,由于未能及时取出内固定,4 年后 1 枚克氏针断针移位至 T1~T2 椎管,经过及时手术,取出断针,患者神经功能基本恢复。Priban 等^[5]报道 1 例肩锁关节脱位后克氏针固定的患者,术后 2 年克氏针发生移位,1 枚经 C7/T1 椎间孔横向刺入椎管,损伤了脊髓,出现双下肢瘫痪,及时取出,患者神经功能部分恢复。本例患者在髋关节置换时也置入了 2 枚克氏针用于固定植骨块,术后 3 年来由于人工关节的活动、局部的骨吸收导致克氏针的游走移位。骨质疏松及骨皮质变薄可能是克氏针移位的主要原因。由于此类损伤属于低能量损伤,克氏针进入椎管的速度缓慢,患者神经损伤表现不明显。

手术中最大的危险是取出克氏针时损伤脊髓及周围器官组织。由于盆腔内针头端周围无明显解剖标志,定位

(下转第 899 页)

- terior wedge osteotomies for correction of kyphosis in ankylosing spondylitis[J].Eur Spine J,1998,7(2):104-110.
2. Berven SH,Deviren V,Smith JA, et al. Management of fixed sagittal plane deformity:results of the transpedicular wedge resection osteotomy[J].Spine,2001,26(18):2036-2043.
 3. Chen IH,Chien JT,Yu TC.Transpedicular wedge osteotomy for correction of thoracolumbar kyphosis in ankylosing spondylitis,experience with 78 patients[J].Spine,2001,26(16): E354-360.
 4. 邱勇,朱泽章,吕锦瑜,等.强直性脊柱炎胸腰椎后凸畸形两种截骨矫形术式的疗效比较 [J]. 中华骨科杂志,2002,22 (12): 719-722.
 5. Van Royen BJ,De Gast A. Lumbar osteotomy for correction of thoracolumbar kyphotic deformity in ankylosing spondylitis:a structured review of three methods of treatment[J].Ann Rheum Dis,1999,58(7):399-406.
 6. Scudese VA, Calabro JJ. Vertebral wedge osteotomy:correction of rheumatoid(ankylosing) spondylitis[J].JAMA,1963,186:627-631.
 7. Thomasen E. Vertebral osteotomy for correction of kyphosis in ankylosing spondylitis [J].Clin Orthop Relat Res,1985,194: 142-152.
 8. Chang KW,Chen YY,Lin CC,et al. Closing wedge osteotomy versus opening wedge osteotomy in ankylosing spondylitis with thoracolumbar kyphotic deformity[J].Spine,2005,30(14):1584-1593.
 9. Willems KF,Slot GH,Anderson PG,et al. Spinal osteotomy in patients with ankylosing spondylitis:complications during first postoperative year[J].Spine,2005,30(1):101-107.
 10. Kim KT,Suk KS,Cho YJ, et al. Clinical outcome results of pedicle subtraction osteotomy in ankylosing spondylitis with kyphotic deformity[J].Spine,2002,27(6):612-618.
 11. Hehne HJ,Zielke K,Böhm H.Polysegmental lumbar osteotomies and transpedicled fixation for correction of long-curved kyphotic deformities in ankylosing spondylitis;report on 177 cases[J].Clin Orthop Relat Res,1990,258:49-55.
 12. 肖联平,江毅,刘智,等.强直性脊柱炎后凸畸形的外科治疗[J].中国脊柱脊髓杂志,2004,14(9):527-530.
 13. Geusens P,Vosse D,van der Linden S. Osteoporosis and vertebral fractures in ankylosing spondylitis [J].Curr Opin Rheumatol,2007,19(4):335-339.
- (收稿日期:2008-06-04 修回日期:2008-08-01)
(英文编审 陆 宁)
(本文编辑 卢庆霞)

(上接第 886 页)



图1 a 术前X线片示右侧全髋关节置换术后改变,右侧盆腔有一游离克氏针 b 术前CT示移位克氏针一端位于椎管内,约为L4/5椎间隙水平 c 术后6d X线片示右侧盆腔内克氏针已完全取出

不清,如采取前路手术可能取出较为困难。在手术前必须CT准确定位,明确克氏针周围的毗邻关系,避免取针时损伤周围组织。手术中需要咬除L4、L5右侧半椎板,清晰暴露针尾及周围的组织,仔细分离,计划好退针的方向,沿克氏针的纵轴方向取出。

克氏针移位进入椎管虽然少见,但后果较严重。髋关节置换固定骨块或者其他如锁骨骨折需要置入克氏针固定时,克氏针末端应弯曲成角,角度最好大于90°,术后应定期随访,骨折愈合或植骨融合后应及时取出克氏针,以避免类似情况发生

参考文献

1. Durpekt R,Vojáček J,Lischke R,et al. Kirschner wire migration from the right sternoclavicular joint to the heart:a case

report[J].Heart Surg Forum,2006,9(6):840-842.

2. 戴晓华,方晓明,王跃东.腹腔镜下取出腹腔内移位克氏针1例报告[J].中国微创外科杂志,2005,7(6):22-24.
3. Shahlaie K, Chang DJ, Anderson JT. Nonmissile penetrating spinal injury:case report and review of the literature [J].J Neurosurg Spine,2006,4(5):400-408.
4. 王树青,梅炯,倪明,等.锁骨骨折内固定术后克氏针移位进椎管一例[J].中华创伤杂志,2008,24(8):660-661.
5. Prihan V,Toufar P.A spinal cord injury caused by a migrating Kirschner wire following osteosynthesis of the clavicle:a case review[J].Rozhl Chir,2005,84(7):373-375.

(收稿日期:2008-10-14 修回日期:2008-11-11)

(本文编辑 李伟霞)