维普资讯 http://www.cqvip.com

整个包膜的基板，分化较差者，基板不完整[3]。同时具有①、②及③、④、⑤中任意一项，即可诊断。本例符合①、②、④项，故诊断成立。PLSMG需与腺肉瘤和癌肉瘤、纤维肉瘤、恶性神经鞘瘤、假纤维粘液样肉瘤、炎性假瘤、术后梭形细胞结节等胆囊原发的疾病鉴别。

[参考文献]

[1] David A, Muhammed A, David R, et al. Leiomyosacoma of the Gallbladder: a case report and review of the literature[J]. Acta Oncologica, 1998, 37(2): 212-214.

[2] 彭晓峰，范钦和，孟凡青，等. 软组织平滑肌肉瘤组织中骨桥蛋白的表达及意义[J]. 临床与实验病理学杂志，2006，22(2)：154-157.

[3] 赖日权. 软组织肿瘤病理学[M]. 北京：人民军医出版社，1998. 92-97.

（编辑：余汇洋）

胫骨平台骨折的手术治疗

滕英飞 （沈阳市骨科医院，辽宁 沈阳 110044）

[关键词] 骨折；胫骨平台；手术
[中图分类号] R274.12 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2007)02-0134-01

胫骨平台骨折属关节内骨折，治疗的目的是要获得一个稳定、无痛和活动自如的关节，并预防创伤性关节炎的发生[1-3]。非手术治疗对一些较为复杂的骨折很难达到上述的目的，早期手术治疗不仅能达到骨折的解剖复位、恢复平台形态的完整，而且有助于关节功能的恢复，我科于2001年5月至2003年5月手术治疗胫骨平台骨折24例，获得满意疗效，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组患者24例，其中男16例，女8例。年龄最小18岁。12例因车祸致伤，10例为坠落伤，2例跌伤。根据坎贝尔手术学HOHL分型[4]，全部24例病例均为3型以上。

1.2 手术方法

手术切口选用膝前外、前内或正中切口，切口长度随显露范围增大而延长。将皮瓣向两侧分离，在内侧将半月板胫骨韧带横断，术毕再作修补。外侧部分横断髂胫束，从半月板下方进入关节，术毕修补髂胫束。为了扩大显露的范围，部分病例行髌韧带"Z"形切断或胫骨结截骨术。在直视胫骨平台关节面下，将骨折解剖复位。为了保证恢复胫骨平台关节面和正常轴向对线，必要时植骨。同时还应注意半月板和韧带损伤的修复。骨折内固定包括T板、骨栓和松质骨钉。术后早期膝关节功能锻炼，特别是对术后骨折稳定的病人，术后3周即可膝关节被动屈伸和股四头肌的主动等张收缩锻炼。

2 结果

术后患者治疗结果优20例，X线显示关节面完整，术后膝关节活动范围0～120度无疼痛；可3例，X线显示关节面有1～2 mm台阶，肢体成角小于10度，膝关节活动范围0～60度，偶发疼痛；差1例，X线显示关节面大于2 mm台阶，肢体成角大于10度，膝关节活动范围0～10度，活动伴经常性疼痛。总体优良率为95.8%，除1例出现大于2 mm台阶伴经常性疼痛外，其余病人均半年至一年折线消失。

3 讨论

胫骨平台骨折属关节内骨折，治疗的目的是要获得一个稳定、无痛和活动自如的关节，并预防创伤性关节炎的发生。非手术治疗对一些较为复杂的骨折很难达到上述目的，早期手术治疗不仅能达到骨折的解剖复位、恢复平台形态的完整，而且有助于关节功能的恢复。手术应尽量争取早期进行，骨折复位尽量达到解剖复位，复位后出现骨空腔者，应行皮质骨填充支撑，这样可预防术后骨塌陷而造成关节畸形，术中行坚强的内固定，可防止关节的不稳定性，从而避免或减轻创伤性关节炎的发生，对合并有关节韧带损伤或半月板损伤者，应尽量行韧带修补和半月板修补，对半月板损伤无法修补者，应行半月板切除术，对全关节脱位者应行复位，术后短期辅以石膏托外固定，早期行膝关节功能练习，晚期才可下地负重，本组1例患者关节活动范围<60度，活动伴疼痛，X线片显示关节面不平整（>2 mm），有创伤性关节炎改变，这可能与其合并关节脱位、粉碎骨折、移位及平台塌陷较严重、就诊手术时间较长以及术后过早下地负重有关。

[参考文献]

[1] 陆裕朴. 实用骨科学[M]. 北京：人民军医出版社，1991. 685.

[2] 林博文，黎伟凡，肖德明，等. 复杂胫骨平台骨折的手术治疗[J]. 骨与关节损伤杂志，2001，16(2)：98-99.

[3] 刘 璠，刘 涛，黄 勇，等. 胫骨平台骨折的手术治疗[J]. 中国骨与关节损伤杂志，2005，20(9)：635-636.

[4] 过邦辅，译. 坎贝尔骨科手术大全[M]. 上海：上海翻译出版公司，1991. 808.

（编辑：兰阳军）

[收稿日期] 2006-11-30 [修回日期] 2007-03-01