

제한이 있었으며, 시행한 혈관조영술, 골주사 검사상 양호한 혈액순환 및 이식된 비골의 양호한 생존을 확인할 수 있었다. 악성 거대세포종의 개발을 의심할 만한 징후는 없었으며 비골, 요골간에 골유합 진행을 볼 수 있었다.

이상에서와 같이 혈관부착유리비골이식을 통한 원위요골의 악성 거대세포종의 치료는 수술시간이 길고 술후장기간의 고정 및 추시관찰이 필요한 단점이 있으나 비교적 합병증이 적은 우수한 치료방법으로 사료된다.

No. 13.

족배 및 족저부의 조직 확장술로 치료한 골성변형을 동반한 족부 반흔 구축 —1례 보고—

서울대학교 의과대학 정형외과학교실

정문상·백구현·이동호

조직 확장술은 피판술이나 피부 이식술을 대신할 수 있어, 그 기술 및 기구의 발달과 더불어 적응증의 범위도 점차 확대되는 추세이다. 조직 확장기를 이용한 수술은 두안경부 등에서 흔히 사용되어 왔으나, 슬관절 이하 부위에서는 합병증이 흔히 유발될 수 있기 때문에 자주 사용되지 않는 실정이다. 특히 족배부 및 족저부에서는 그 적응 레를 거의 찾아보기 힘들다. 이러한 이유는, 족배부에 피하 조직이 거의 없어 피부 직하부에 건, 혈관, 신경 등 확장술에 취약한 구조물이 위치하고 있고, 또한 족저부에는 피부와 지방이 두꺼워 확장중 혈류 장애 및 심한 동통을 유발할 수 있다는, 해부학적 특성에 기인한다고 사료된다.

저자들은 25세 여자 환자에서 교통 사고 6개월후 제1,2족지의 골성 변형과 동반되어 족배부 제2족지 기저부에 형성된 5×4cm의 반흔 구축의 치료에 2개의 조직 확장기를 이용한 조직 확장술을 시행하였다. 확장기는 각각 반흔의 내측 및 외측에 심부 근막하로 삽입하였다. 삽입후 38일간 피부의 상태를 관찰하면서 생리 식염수를 주입하였으며, 확장 속도를 조절함으로써 동통의 거의 없이 확장이 가능하였다. 삽입 39일째에 확장기를 제거한 후 제1,2족지 골성 변형의 교정술과 함께 성공적인 반흔 교정술을 시행하였다. 술후4개월의 추시에서 환자는 기능 및 미용적인 측면에서 만족하였다. 골성 변형을 동반한 족배 및 족저부의 반흔 구축 치료에 조직확장기를 이용하여, 피판술을 시행후 발생할 수 있는 피부의 이질성을 피하면서, 기능 및 미용적으로 좋은 결과를 얻어 이를 보고하는 바이다.

No. 14.

슬관절 부위의 악성 및 침윤성 양성골종양에서 시행한 하지 분절 절제 및 회전 성형술

연세대학교 의과대학 정형외과학교실

한수봉·우동삼

최근들어 항암 화학 요법 및 자기 공명 영상등의 진단 영상 기법의 발전에 따라 악성 골종양에 있어서

도 절단술 보다는 가능한한 사지 구제술을 시행하게 되었으며, 특히 슬관절 주위의 악성 종양에서 사지 구제술로서 또한, 종양 절제 및 인공 삽입물에 의한 재건술이 불가능한 경우 대퇴부 절단술의 대치 방법으로 충분한 절제가 가능하면서도 기능적으로도 우수하고 내구력이 뛰어난 분절 절제 및 회전 성형술이 많이 시행되어 왔다.

본원 정형외과에서는 슬관절 주위의 악성 및 침윤성 양성 골종양에서 분절 절제 및 회전 성형술을 시행한 치험례를 분석하여 보고하는 바이다.

1. 총 23례중 남자가 13례 여자가 10례였으며, 수술시 평균 연령은 22세였다.
2. 질환 별로는 골육종이 14례, 거대세포종이 7례, 활막육종이 2례였다.
3. 술 후 추적 관찰중 수술 부위에서의 국소 재발은 전례에서 없었으나, 원격 폐 전이는 6례에서 있었으며, 5례는 골육종 1례는 활막 육종인 예였다.
4. 수술 직후 절단술을 시행한 2례를 제외한 모든 예에서 Shriner's rating scale에 따른 기능적 평가에 있어 우수, 양호의 결과를 보여 기능적으로 좋은 결과를 나타내었다.
5. 악성 골종양의 치료로서 분절 절제 및 회전 성형술을 시행받은 대부분의 환자에서 자신의 치료에 대하여 기능적으로 만족하는 결과를 나타내었다.
6. 소아의 무릎 주위의 악성 골종양에서 종양의 근치적 절제술이 필요한 경우 또는 성인에서 근치적 절제술후 종양 삽입물에 의한 재건술이 불가능한 경우에는 선택적으로 분절 절제 및 회전 성형술이 우수한 치료법의 하나로 사료된다.

No. 15.

요추 추간판 수술 실패 증후군에 대한 미세 술식에 의한 수술 개선

인천 중앙 길병원 신경외과

정 환 영

1980년 이래 100례의 요추 추간판 수술 실패 증후군에 대하여 수술 시기 및 결과의 개선을 위하여 미세 술식이 도입되었다.

평형 현수 “자이스” 수술 현미경, 고속 드릴 버, 자동 세정 쌍극 전기 지혈기, 흡인 겸용 신경근 견인기가 사용되었다. 척수 조영법, CT 척수 조영법, 조영 증강 MRI도 또한 사용되었다.

부분적 반 추궁 절제술, 내측 소관절 절제술, 그리고 추간공 상부 및 하부 확대술이 전례에 시행되었다. 그 중 350례만 수핵 제거술이 겸행 되었었다. 여러 후방 경유 요추 추간공 골 유합이 122례에 합병 시술되었다. 그 결과 832례에서 우수한 결과를 보았고 127례에서 부분적 개선을, 그리고 41례에서 개선이 없거나 악화를 보았다.

그간의 경험으로 다음 사항을 강조한다.

1. 흉터살 제거나 신경근 부착부를 찾아 노출시키는데 있어서조차 드릴로써 갈아 가는 편이 큐렐으로써 소파하는 것보다 더 안전하였다.
2. 추간공은 넓고 작은 편치와 드릴 버를 써서 확대술을 시행하는데 그 지붕뿐 아니라 바닥인 후측방 추골체도 제거하여야 한다.
3. 소관절이나 초자양 연골은 될 수 있는대로 손상이 덜 가고 많이 보전 되도록 노력한다.