

X光片、钢板、折端等情况设计所取髂骨板与所凿胫骨,大约长6~8cm),骨槽深度约为1cm左右,此时将大小适宜的髂骨板放入胫骨槽内后,再将六孔钢板植于胫骨之上,分别拧入螺钉(靠近骨折端上下孔拧入的螺钉一定要通过置放的髂骨板);如果骨折端是斜形或螺旋形,在其折端中,与骨干垂直拧入一枚螺钉,使折端能较稳定。检查折断及术野无误后,用生理盐水冲洗术野,在骨折端周围再植入自身髂骨条,呈火柴杆状。术中放入橡皮引流条或负压引流管,术后24~36小时拔除,一般可引流出50~100ml的血性物,这样可以减少术后切口的张力与感染的发生。术前、术后可以抗菌素治疗。术后用超膝关节的石膏前、后托外固定12~16周;术后3~7天,开始静力练习患肢的股四头肌与小腿伸、屈肌活动。手术后十天要争取达到一千次以上的练习活动,以促进周身与局部的血液循环。由于改变了局部的血液动力,加速了内环境的营养与修复,从而达到了促进骨折愈合的目的,并避免因废用产生的膝、踝关节功能不全。

#### 治疗结果

32例随访中,最长时间24个月,最短12个月,均获得了骨性愈合。髓关节活动良好;膝关节活动范围能在 $180^{\circ}$ (伸) $\rightleftharpoons 110^{\circ}\sim 140^{\circ}$ (屈);踝关节能在 $90^{\circ}$ <位,背伸,跖屈各为 $10^{\circ}\sim 20^{\circ}$ 左右。

#### 典型病例

李××,男40岁,农民、住院号68003,

于1990年7月27日因马车压、砸伤及左小腿,造成左胫腓骨中下1/3开放性骨折,在外院清创缝合后,骨折复位穿针外固定架治疗。因伤口轻度感染,经抗菌药物和换药,伤口25天愈合,35天后拆除外固定,改用小夹板外固定22天后解除外固定。骨折虽然经过八周的固定治疗,由于感染等原因,骨折并没有达到临床愈合标准,就解除了外固定,造成了骨折畸形愈合,后来我科,经用上述方法治疗获得了满意效果。

#### 讨 论

1. 用髂骨全层骨板嵌入植骨和加用钢板内固定等方法,是促进骨折愈合的好方法。自体全层髂骨板,骨髓中含有活跃的血细胞,而所取骨板按一定的规格要求,因此在局部起到一定程度的搭桥作用,进而有利于修复,为骨折愈合创造了一个良好的局部环境。加上全层髂骨板的骨皮质在嵌入植骨一段时间后具备的条件,能起到胫骨中下段骨折所需的各种应力作用。由于局部的血液条件与合适的内外固定,能达到促进胫骨中下段骨折愈合的目的。本组病例经用上法治疗后达到满意的效果。所以我们认为较其它方法更为有效。但要严格掌握手术适应症与无菌操作技术等。

2. 本法作了胫骨骨槽并取了髂骨全层骨板,并用内固定物,效果较好。嵌入的髂骨全层骨板是否减少了某些应力遮挡作用,而使不愈合的胫骨中下段骨折在放了内固定物后得到了愈合,尚应进一步的探讨。

## 下腰痛误诊漏诊浅析

安徽中医学院成教处 (230031) 倪 军

导师: 丁 钙 曹日隆

下腰痛是骨伤科临床最常见的病症,引起下腰痛的原因很多,容易发生误诊、漏诊。笔者就资料比较完整的4例误诊漏诊病例,总结报告如下。

例1: 吴×,女,30岁。腰痛并向右臀及

腿部放射两月余,活动不利,劳动后腰痛加重,与天气变化无关。曾在某医院两次按腰椎间盘突出症进行诊治,疗效不显,来我院求治。检: 前屈 $70^{\circ}$ ,后伸 $15^{\circ}$ ,侧弯左右各 $20^{\circ}$ ,左腿试验均阴性;右腿侧旋各 $20^{\circ}$ 。直腿抬高: 左 $80^{\circ}$ ,

右80°，加强试验阴性，屈颈试验、挺腹试验，梨状肌紧张试验均为阴性，屈髋屈膝试验阳性。L<sub>5</sub>S<sub>1</sub>棘间及右侧棘突旁有轻度压痛，无放射痛。腰椎X线摄片未见异常。追问病史，每次腰痛发作时都伴有右下腹疼痛，且月经期时诸症加重。请妇科会诊并经“B”型超声波检查。提示：右侧卵巢有-44×61mm<sup>2</sup>的囊性包块。遂诊断为右侧卵巢囊肿。

例二：罗×，女，21岁，未婚。腰痛两月余，渐加重，腰部活动受限，劳累后症状加重，休息后缓解，曾在某医院诊断为腰肌劳损，治疗一月余，腰痛不减，转来我科，检：前屈60°，后伸10°，左右侧弯各15°，左右侧旋各15°。直腿抬高：左90°，右90°，加强试验阴性。屈颈试验阴性，挺腹试验阳性，屈髋屈膝试验阳性。梨状肌紧张试验阴性，腰骶部广泛压痛叩击痛。追问病史，患者月经两月未潮，请妇科会诊，经血促绒毛膜性腺激素检查阳性。再次追问病史，有性生活史，确诊为早期妊娠，经动员做人工流产手术后一月随诊，诸症消除。

例三：吴×，男，47岁。腰部间歇性疼痛二月余，与劳累及天气变化无关，疼痛时卧床休息亦不得缓解，每次疼痛持续时间越来越长，且近一个月来纳食不佳，来我科诊治。检：前屈70°，后伸15°，左右侧弯各20°，左右侧旋各20°，直腿抬高：左70°，右60°，加强试验阴性，屈颈试验、挺腹试验、屈髋屈膝试验、梨状肌紧张试验均为阴性；L<sub>3,4</sub>、L<sub>4,5</sub>棘间及其棘突旁压痛及叩击痛，腰椎X线摄片未见异常。拟诊为腰椎间盘突出症收入住院治疗。治疗一周后，症状加重，追问病史，胃脘部有不适感一年余。建议做纤维胃镜检查，并做了病理活检，报告为胃癌。(病理报告号：234067)

例四：张×，男，64岁。腰部疼痛三月余，伴双下膝无力。站立困难，腰部活动受限，与天气变化无关，卧硬板床休息一月未见好转，在某医院诊治，经CT扫描(L<sub>4,5</sub>、L<sub>5</sub>S<sub>1</sub>)及核磁共振成像检查，提示为：骨质退行性变，未见其它异常。进行对症治疗两周，疗效不显，症

状愈来愈重至卧床不起。转来我院诊治，检：慢性痛苦面容，面色晦暗，两侧巩膜有黄染，纳差。直腿抬高：左50°，右40°，加强试验阴性，屈颈试验，挺腹试验，梨状肌紧张试验均阴性。屈髋屈膝试验阳性，L<sub>4,5</sub>、L<sub>5</sub>S<sub>1</sub>棘间及其棘突旁压痛明显、叩击痛、腹部右侧脐旁及腹股沟处各有一肿大的淋巴结，右上腹有叩击痛。碱性磷酸酶：14u (King) 乳酸脱氢酶：460U/dl，将两处肿大淋巴结活切并送病理检查，病理报告：(腹部淋巴结)大量的癌性细胞活跃。(报告号：234789)再经肝脏“B”型超声波检查，提示：肝脏有占位性病变。遂诊断为肝癌。

### 体 会

盆腔内病变或妊娠都可导致腰痛或腰腿痛，从前2例不难看出。对女性病人的检查，要注意询问月经、带下等情况，必要时请妇科会诊，以明确诊断。

后2例病例均为腹腔内病变而导致腰痛，分析其误诊原因，主要是体检不全面或过于相信一些特殊检查而忽略了详细体检所致，因此笔者认为在临床上，必须详细询问病史和作全面仔细的体格检查及必要的一些特殊检查。

引起下腰痛的原因很多，笔者认为以下六大原因为主：

1. 脏器病变引起下腰痛：常伴有各自脏器所处位置的疼痛女性病人盆腔脏器的病变引起的下腰痛常与月经有明显关系。泌尿系疾患引起下腰痛的同时，均伴有尿频、尿急、尿血等现象。

2. 神经系统病变引起腰痛。如脊部蛛网膜粘连，脊髓空洞症，脊髓灰质炎，中枢神经肿瘤、周围神经肿瘤等。此类疾病引起腰痛同时伴有不同程度的神经系统特有病变症状，同时出现偏瘫截瘫。

3. 血管性病变引起的腰腿痛：主要为臀上动脉供血不足，血栓闭塞性脉管炎，腹主动脉瘤等。前2种疾病引起腰腿疼痛时，伴间歇性跛行。血栓闭塞性脉管炎常伴有足背动脉或胫后动脉搏动减弱或消失。

4. 各类关节炎引起的腰痛, 如类风湿性关节炎, 强直性脊柱炎, 牛皮癣性关节炎等此类疾病均可引起腰背痛。

5. 脊柱病变引起的腰腿痛, 又分先天性脊柱畸形, 如隐性脊柱裂, 椎弓裂,  $L_5$  骶化,  $S_1$  腰化等。后天性脊柱病变: 骨质退化性变化,

间盘退化性变, 椎管狭窄, 脊椎结核, 原发性肿瘤等。

除此以外, 还有脊柱外的软组织病变引起腰腿痛: 如梨状~综合征,  $L_5$  横突综合征, 臂上皮神经炎, 肌筋膜炎, 棘上及棘韧带损伤。腰肌劳损等。

## 硬膜外封闭及牵引治疗腰椎间盘突出症疗效观察

解放军第89医院创伤外科中心 (山东潍坊 261200)

张希利 王宪臣 姚树汉 丁明 王勇

1986年~1990年我们采用硬膜外腔药物封闭配合腰椎牵引治疗腰椎间盘突出症172例, 并与单纯牵引92例相比较, 经观察和随访, 前者疗效优于后者, 报告如下

### 临床资料

综合组男128例, 女44例; 年龄 $34.5 \pm 9.5$ 岁; 病程6天~4年。突出部位: 左侧91例、右侧76例, 双侧5例,  $L_{4,5}$  149例、 $L_5$ 、 $S_1$  25例。对照组男58例, 女34例; 年龄 $35.5 \pm 9.5$ 岁; 病程4天~3年。突出部位: 左侧36例, 右侧52例, 双侧2例;  $L_{4,5}$  71例、 $L_5$ 、 $S_1$  21例。两组病人均有临床症状, 经体检和 X线、B超及 CT 摄片检查诊断为腰椎间盘突出症。

### 治疗方法

1. 硬膜外腔药物封闭: 患者侧卧于牵引床上, 疼痛明显侧在下, 取 $L_3$ 、 $L_4$ 或 $L_{4,5}$ 为穿刺点, 常规硬膜外穿刺, 成功后, 用2%利多卡因液6~8ml加醋酸强的松龙注射液2ml (50mg)、维生素 $B_{12}$  100ug (2ml) 注入硬膜外腔, 然后平卧5~15分钟, 观察无不良反应后, 再俯卧位进行牵引。

2. 牵引: 采用西安东方机械厂生产的YM 79-B型电动牵引推拿床。操作: 脱去外衣, 俯卧在牵引床上, 牵引带固定在胸、骶段, 暴露出定位标准处, 调整牵引重量, 开动牵引开关, 使腰段缓慢拉开, 此时密切观察血压、呼吸、脉搏及腰肌紧张情况, 牵引20分钟。然后

将按摩锤对准突出部位, 开动按摩开关使橡皮按摩锤垂直上下锤击震荡突出部位周围 (每分钟50~60次), 复位后固定突出的定位标志处, 松解牵引固定带。按脊柱骨折搬运法, 护送至病房或家中, 仰卧在铺有泡沫的硬板床上。继续处理如下: (1) 病人绝对仰卧至24小时以上, 腰围固定。给予流汁、半流汁饮食。(2) 24小时后翻身变换体位, 但不宜次数过多。(3) 3天后下床在室内轻微活动, 5~7天后行理疗, 如: 超短波治疗, 促进其康复。(4) 牵引后可给予止痛、舒筋活血、维生素类药物口服。

综合组采用以上方法进行治疗, 对照组只进行牵引后理疗。

### 结果和体会

疗效标准 治愈: 临床症状、体征消失, 活动自如, 可恢复原工作。显效: 临床体征消失, 自觉症状尚有小腿外侧及足背外侧轻度麻木不舒适, 活动功能正常, 可以从事一般工作。好转: 腰腿痛明显好转, 传导性疼痛减轻, 可恢复工作。无效: 症状与体征同术前, 无明显改善。(见附表)

综合组与对照组的显效率分别为83.1%和71.7%。经统计学处理具有显著性差异( $P < 0.05$ )。

腰椎间盘突出症是由于椎间盘的纤维环破裂, 髓核突出, 直接压迫和刺激神经根, 使神经根及周围产生肿胀、粘连、炎症,