

维中。开始误认为脊髓神经肿瘤。切开硬膜,用神经剥离子轻轻剥离拖出,送病检报告为髓核组织。手术中加压冲洗椎间隙,用手指触摸脊髓往往能发现残留组织的部位和大小。

(9)术后椎间隙及其切口的感染问题:椎间隙感染局部往往有剧烈疼痛伴有发热,本组未曾发生。皮下感染发生 1 例,经提前拆线、引流、换药、抗炎治疗后治愈。分析其原因为血肿感染引起。术中充分止血,置负压引流管,仔细缝合深筋膜能预防感染。

(10)脊柱稳定性破坏:有些病例原有内源性不稳定,在单侧椎板减压后易引起真性不稳定,造成三点负重变成四点负重传导(棘突撞击)。有些病例在术前已有节段性不稳,手术后易造成下一脊椎的上关节突向

上、向前移动导致椎间孔狭窄,骨膜下新骨形成,使上关节突肥大,神经根及交感神经节受压,同时也继发侧隐窝狭窄和神经根管狭窄。因此,对于那些单纯性腰椎间盘突出症病人,特别是青少年病人,提倡小切口的开窗手术,必要时植骨。

(11)术后粘连和纤维化:术后由于原发性炎性病灶,突出髓核残存的自体免疫反应,以及造影时残留的油性造影剂的刺激均可产生术后粘连性蛛网膜炎,甚至发生严重的硬膜外及神经根周围纤维化。使用油剂造影剂持慎重态度。尽可能使用水溶性造影剂,常用的如欧乃派克造影剂等。据报导:聚乳酸泡沫膜置入可防止粘连和疤痕形成。

(收稿:1994-06-01)

## 加压滑动鹅头钉(Richard)治疗股骨粗隆区骨折 38 例

安徽宿县地区人民医院(234000) 刘体彬 李国强

我院从 1990 年 12 月~1994 年 11 月,用加压滑动鹅头钉(Richard)治疗粗隆区骨折 38 例,报告如下。

**临床资料:**本组 38 例中男 22 例,女 16 例;年龄最小 44 岁,最大 82 岁;右侧 18 例,左侧 20 例;稳定型 13 例,非稳定型 25 例;交通事故伤 19 例,滑跌摔伤 17 例,砸伤 2 例。

**治疗方法:**采用硬膜外麻醉。仰卧位,患侧臀部垫一砂袋。取大粗隆外侧切口(改良 Watson-ione 切口),直接显露大粗隆及股骨上段,T 型切开关节囊,致髓白缘,暴露股骨颈前壁。手法牵引复位满意后,在大粗隆下 2.5cm 用环钻钻一直径略大于套筒的圆孔,然后钻入一导针,其深度距股骨头软骨面 1cm,注意前倾角及颈干角。如能在电透视镜下则导针的位置更加确切。用旋入器套上螺钉尾部约 2.5cm,沿导针方向缓缓将螺钉拧入致预定位置,最后套上套筒,使筒内的突起嵌入螺纹钉的滑槽内。连接套筒远端的接骨板紧贴股骨干外侧皮质上,常规螺丝钉钻孔固定。对不稳定型(粉碎型),可用钢丝或螺钉固定捆扎。术毕放橡皮管引流 48 小时

左右。术后 3 日坐起并练习屈髋屈膝活动。如无其它并发症,对于稳定性骨折如顺粗隆间型术后 1 周即可扶拐不负重下地活动,对于不稳定型于 3 周后视骨折愈合情况扶拐逐步行走。

**治疗结果:**38 例均进行了随访。1 例高龄患者因其它原因病故。37 例中随访时间 3 个月~4 年。骨折均愈合。愈合时间为 3~4 个月。无 1 例髓内翻及下肢短缩或外旋畸形。35 例髋膝关节功能恢复正常,2 例功能欠佳。

**讨论:**Richard 压缩螺钉是目前用于治疗各种类型粗隆区骨折的较为理想的新的内固定方法,特别是对于非稳定性骨折尤为适宜。它不仅具有机械性能强,固定牢固等优点,而且为早期连接提供了生理性加压,从而促进骨折早期愈合,大大缩短了病人的卧床时间,减少了并发症的发生。特别是对有内科方面的合并症者更为适宜。禁忌症:为年龄过高而身体脆弱者及严重的心脑肝肾功能失代偿者。

(收稿:1994-11-21)