

骨折外固定器致小腿皮肤压伤 6 例

山东省淄博市中医院(255300) 夏兆登

我科自 1980 年以来,应用孟氏胫腓骨复位固定器治疗单纯闭合性胫腓骨骨折,收到良好效果,但由于操作技术掌握欠佳,以致造成小腿皮肤压迫坏死 6 例,报告如下。

临床资料

6 例均为胫腓骨中下 1/3 交界处闭合性骨折,左侧 2 例、右侧 4 例,其中男性 5 例,女性 1 例。年龄最大 28 岁,最小 18 岁。骨折分类斜形 3 例、螺旋形 1 例、横形 2 例。治疗时首先给予闭合手法复位,然后常规皮肤消毒,在局麻下分别于患肢胫骨上下两端各穿直径 4mm 克氏钢针一枚,按装孟氏胫腓骨复位固定器,并根据骨折断端移位方向按置加压板。术后 6 例发生皮肤压迫坏死,发生时间最短于术后 3 小时,最长约 48 小时,最浅者达皮下组织,最深者达骨膜外层,面积约 4.5×3.5cm 分。

后经伤口常规换药均已治愈。

教 训

本组采用外固定器治疗胫腓骨中下 1/3 骨折造成 6 例皮肤压迫坏死,究其主要原因为:(1)应用加压板过早,加压板外力作用于骨折早期局部严重肿胀的组织,极易造成局部组织缺血坏死;(2)对应用加压板的松紧度掌握不好,只强调加压板的压力迫使断端对位对线好,而忽略了加压板的压力过大而致局部压迫坏死;(3)应用加压板后未能及时经常的检查压板下皮肤血液循环情况。因此,笔者认为正确熟练地掌握操作技术及严格预防并发症的发生,是应用外固定器成功的关键一环;否则会给病人造成不应有的痛苦,故应引以为戒。

(收稿:1994-12-12)

补肾通络法治疗腰椎退行性脊柱炎 100 例

深圳市中医院(518033)陈建鸿

作者应用中医中药治疗退行性脊柱炎取得满意疗效,现将临床资料较完整的 100 例总结如下。

临床资料:男 48 例,女 52 例;年龄 45 岁~78 岁;病程最长 23 年,最短 5 天(从有自觉症状算起);症状和体征:其中腰背痛 100 例、压痛 93 例、下肢放射痛 18 例、脊柱活动受限 7 例;X 线表现:椎体增生 100 例、椎间盘变窄 18 例、横突肥大 42 例。

治疗方法:处方:川杜仲 15g 山萸肉 15g 骨碎补 15g 熟地 15g 补骨脂 15g 当归 10g 北芪 15g 白术 15g 陈皮 6g 白芍 15g 鸡血藤 15g 威灵仙 10g 川木瓜 15g 桃仁 10g 川牛膝 10g。加水久煎,日服一剂。分早晚两次服。本组病例最短服药 7 天,最长服药 60 天,超过 15 天无效则视为无效。

治疗结果:显效,腰痛消失,活动正常,能恢复原工作,本组 85 例;好转,腰痛明显减轻,活动稍受限,基本坚持原工作或轻工作,本组 12 例;无效:服药 15 天以上无明显效果为无效,本组 3 例。

讨论:腰为肾之府,且肾主骨生髓,肾精不足,则易致骨髓空虚,经脉失养而致腰痛。因此肾虚是导致老年

腰痛的主要原因。然肾精不足,则经脉失养,经脉失养其运行气血功能也会受影响,在此基础上,偶有轻微外伤,则易致瘀血留而不去。又肾虚易致卫外不足,易受风寒之邪外侵,故老年腰痛除肾虚之外,多有风寒阻络或瘀阻经脉之证。故临床上除可见腰膝酸软,腰痛绵绵,劳则痛甚之外。也可见痛处固定不移,得热则舒,经脉拘急,屈伸不利,脉沉或涩等证。

依上所述,退行性脊柱炎的发病,其本为肾虚,其标为经脉痹阻。临床体会,肾虚与经脉痹阻互为因果,肾虚易致痹阻,经脉痹阻又加重肾虚。且老年人脾胃虚弱,加上疾病缠绵,或药石伤胃,故临床立法,应当补肾通络并重,兼顾脾胃。

退行性脊柱炎可发生于整个脊柱,但临床所见以腰椎为多。本组病例女性患者多于男性,可能与本组病例女性患者多为体胖者有关。以前有关此病治疗方法临床报道较多,多强调补肾。作者通过临床探索,认为补肾通络并重治疗此病有较好效果。而推拿及牵引则只对合并有椎间盘突出,临床有坐骨神经痛的患者较为适应。

(收稿 1994-08-19)

学术探讨

腰₅~骶₁ 椎间盘突出症症状、造影、MRI、CT 及手术分析

中国铁道建筑总公司总医院(北京 100043) 石维强 陆应隆 沈小勤

摘要 本文报道腰椎间盘突出症手术病例 86 例,其中 L₅~S₁ 29 例(33.72%),仅次于 L₄~₅。L₅~S₁ 根性疼痛较为严重,直腿抬高试验 L₅~S₁ 39.66°±18.46°、L₄~₅ 49.90°±21.37°(p<0.0284);非离子水溶性造影剂脊髓造影、MRI、CT 三项检查均有较好的诊断作用,符合率 80.77~94.12%,彼此无显著性差异,但各具特点;手术所见不同间隙髓核突出的类型、程度有显著差异(p<0.013、<0.012),L₅~S₁ 趋向外侧、极外侧并以脱出偏多。作者认为特殊检查以造影首选,疑难者加作 MRI 或 CT 检查;手术探查尤其重视侧隐窝及神经根管。

关键词 腰椎间盘突出症 腰₅~骶₁

腰椎间盘突出症是骨科常见病,作者随机抽出我院 1989 年 1 月~1994 年 6 月手术病例 86 例,试图比较 L₅~S₁ 与 L₄~₅ 间盘突出症在临床表现、影像学诊断及手术所见的异同点,旨在加深认识,提高诊治能力。

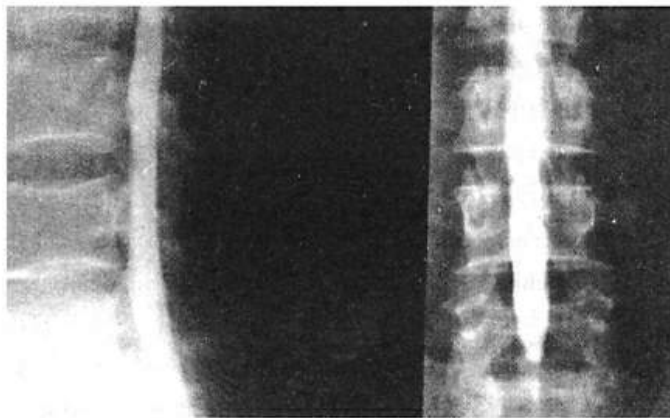


图 1 脊髓造影未见异常

资料与方法

男 55 例,女 31 例;年龄 26~63 岁;突出部位在 L₄~₅ 50 例(58.14%),L₅~S₁ 29 例(33.72%),L₄~₅、L₅~S₁ 双间隙突出 6 例,L₃~₄、L₅~S₁ 双间隙突出 1 例;本组 80 例作脊髓造影(Ommipaque 或 Isovist),摄正侧及双斜位片,37 例作 MRI,β-3000 型永磁机,SE 序列矢状面 T₁T₂ 加权相,横断面 T₁ 加权相;CT 检查 16 例;影像诊断分型参照 Ninomiya 方法^[1]。

手术方法:硬膜外麻醉俯卧位,后正中切口显露两侧椎板,中央开窗常规探查间盘、两侧侧隐窝及神经根管,切除突出物,取净突出的髓核组织,充分减压彻底松解神经根。根据突出的髓核与神经根的关系,分中央型、外侧型、极外侧型。按突出的程度,分为脱出(纤维环全层破裂,髓核组织脱出或带留硬膜外腔)、突出(纤维环仅表面薄层未破,切开表层髓核组织即涌出)、膨出(纤维环内层断裂,局部呈弥漫性隆起)。

结果

为增加可比性,仅对单间隙突出 79 例进行统计学分析(应用 SAS 软件由计算机处理)。

1. 术前直腿抬高试验,L₅~S₁ (29 例)39.66°±18.46°、L₄~₅ (50 例)49.90°±21.37°,两者存在显著性差异(p<0.0284),提示 L₅~S₁ 间盘突出根性疼痛较为严重。

2. 特殊影像检查,结果提示非离子水溶性造影剂脊髓造影或 MRI 检查均有较高诊断符合率,两者无显著差异。本组 CT 检查例数较少未作统计处理。



2 MRI 提示 L₅~S₁ 髓核脱出,与手术所见相符

3. 手术所见,髓核突出的类型:L₅~S₁ 中央型 6.90%、外侧型 82.76%、极外侧型 10.34%,L₄~₅ 中央型 34%、外侧型 56%、极外侧型 10%;突出的程度:L₅~S₁ 脱出 41.38%、突出 55.17%、膨出 3.45%,L₄~₅ 脱出 12%、突出 84%、膨出 4%。两者无论在突出的类型