

性下肢放射痛外,尚有典型的椎间盘突出表现。这些患者常常有坐立不安,行走困难,保守治疗症状无明显减轻。X 线平片对混合性椎管狭窄诊断有一定帮助,如广泛骨质增生,小关节内聚,不对称性椎间隙狭窄。腰椎退行性滑脱常提示有中央椎管和侧隐窝狭窄。CT 扫描可直接显视中央椎管和侧隐窝狭窄情况。

3. 手术选择:混合性腰椎管狭窄合并椎间盘突出手术治疗是唯一有效方法^[1-3],在选择手术方式问题上要特别慎重;对少数严重混合性椎管狭窄伴腰椎间盘突出症,双侧神经根受压症状较重,估计用半椎板不能完全解除神经受压,才作全椎板切除减压。因行全椎板切除。硬膜囊,马尾完全失去骨性覆盖,可形成环形纤维瘢痕再压迫神经根。手术操作要轻柔,减压要充分,在直视下切除上下关节内侧半,探明侧隐窝,可

直接看到从内上向外下行走的神经根,如神经根紧张,仔细牵开神经根,切除突入侧隐窝的椎间盘,增生的骨质,部分钙化的后纵韧带及粘连组织。此时神经根如仍未获得较大活动范围,则继续沿神经根向外侧检查,打开神经根管彻底减压,直至神经根活动范围在 5mm 以上。

参考文献

1. Epstein JA. Sciatica caused by never root entrapment in the lateral recess the superior facet syndrome. J Neurosary, 1972, 36: 584
2. 陆裕朴,李稔生,王全平,等.实用骨科学.人民军医出版社,1993,1178
3. 陆裕朴,李稔生,王全平,等.腰椎管狭窄合并或不合并椎间盘突出症的手术治疗.中华骨科杂志,1988,9(8):162

(收稿:1996-04-24)

带双翼加压螺纹钉治疗股骨粗隆骨折 26 例

朱文存 刘晓冬

江苏省大丰市人民医院(224100)

我院近年使用双翼加压螺纹钉治疗股骨粗隆骨折 26 例,随访 6 个月~3 年,收到良好的效果,现介绍如下。

临床资料

本组 26 例中男 19 例,女 7 例;年龄 35~78 岁。骨折类型:Boyd 氏 III 型 16 例,IV 型 10 例。

治疗方法

带双翼加压螺纹钉组成为一枚股骨颈拉力螺钉,头端三星侧角刀口,螺杆光滑,螺尾有锥形坡度,尾端方形与进退器方孔头及侧方板方孔相配,钉中空直径 2.5mm,设有两条对应之燕尾极,两根 T 型翼片相嵌插。配套特殊器械:进退器、小滑刀、导针打击器、T 型翼片打入器、拔出器等。(专利号:91213011.3)

手术方法 本手术适应症和径路与其他方法所取径路及显露方法相似,区别在于打钉。简述如下:取 Watson-Jones 切口,显露病灶区并予良好复位,于大粗隆下 2~3cm 处开洞。于洞中心位依股骨颈纵轴方向插入一枚导引针,通过手指触摸和测角等方法使导引针与股骨干纵轴保持约 130°角,此即为钉道。继将股骨头拉力螺钉装于推进器上,顺导引针拧入拉力螺钉,并拔出导引针试装侧板,如位置及角度均准确则装入两 T 型翼片,再重新装上侧板并使之紧贴股骨干,最后装上钉尾固定螺丝。试活动患肢,冲洗创面,逐层缝合

切口,手术结束。

术后 2 天左右右置患肢于 CPM 关节康复器上行功能训练。术后 1 周扶床下地,1.5~2 月后持单拐行走。

讨论

1. 带双翼加压螺纹钉从结构和材料上均符合坚强内固定的要求,能有效地克服继发性缩短和颈干角缩小、后倾等并发症。本组最长随访 3 年,无 1 例发生继发性髓内翻畸形。

2. 拉力螺钉带有对应之双翼,在行内固定后自身就解决了骨断端旋转变位。我们在术中就观察到一旦安置完侧翼旋转等变位立即消失,加之其钉尾为方形更有效地防止旋转移位的发生,也防止远期后倾的可能。此点较之其他方法明显优越。如 r 钉其优点之一也是防止旋转移位^[1],Galandruccio 钉内固定术嵌入螺丝钉接骨板中有一转子部突起,该处可穿过 3 枚螺丝钉进入股骨颈和头部,能比较牢固地固定和防止旋转^[2],但此两种手术操作复杂,客观条件要求高,在基层医院难以实施。本手术在基层医院实施无特殊困难,也是其可取之处。

3. 本股骨颈拉力螺钉具有自攻能力,在术中不需丝锥成形钉道,因此避免了如 Richard 氏钉手术中左股骨颈内反复操作,从而减少了对股骨颈骨质的损伤和血运之破坏,并减少了头坏死的机率,有利于病员早日

康复和长期劳动力的保持。

4. 该钉钉体较小, 钉口亦小, 手术创伤小, 对 Boyd 氏 III、IV 型有较强的适应性。手术时间短, 损伤小, 增强了老年患者的手术安全度。由于内固定坚强, 可早期置 CPM 关节康复器上训练, 有利于关节早活动、早康复。

5. 为保证远期效果, 必须做到尽可能解剖复位, 另外小粗隆骨折后分离移位也应尽可能复位固定。

6. 术中需注意: (1) 股骨颈拉力螺钉上的燕尾极易为骨碎屑堵塞, 使 T 形翼片安装困难, 这时可退出拉力螺钉清理后再拧入和装 T 形侧翼。(2) 本手术另一困

难点在于钉尾为方形口与侧板方孔紧密相接, 无活动余地, 故对钉体位置角度要求很高, 易造成钉、板位置不良给手术的完成带来困难。因此在装侧翼前可先试装侧板, 如侧板紧贴股骨干, 则为可装 T 型双翼后再装侧板, 以防先装侧翼而侧板位置不良调整困难。

参考文献

1. 周建伟. Gamma 钉与滑动式鹅头钉的生物力学测定与比较. 中华骨科杂志, 1996, 16(4): 257
2. 过邦辅主编. 坎贝尔骨科手术大全. 上海: 上海翻译出版公司, 1991. 874

(收稿: 1996- 11- 30)

骨折三期用药的临床研究

张海燕 刘定安 黄树明 杨少锋

湖南省长沙市中医院(410002)

以中医骨伤学三期辨证理论为指导原则, 针对骨折不同阶段的病理特点, 集体讨论, 研制了骨折三期用药的经验方(集成疗伤片、集成理伤片、集成愈伤片), 于 1997 年 10 月~ 1998 年 5 月运用本系列药物对 120 例骨折病人早、中、后期进行辨证治疗, 取得了较好的效果, 报告如下。

临床资料

1. 一般资料: 本组 120 例, 随机分为治疗组和对照组。治疗组 60 例: 男性 39 例, 女性 21 例; 年龄 25~ 54 岁; 病程 10~ 24 小时; 对照组 60 例: 男性 34 例, 女性 26 例; 年龄 24~ 56 岁; 病程 20~ 24 小时。骨折部位: 治疗组中, 胫腓骨 18 例, 肱骨干 16 例, 尺、桡骨 12 例, 锁骨 5 例, 骨 5 例, 股骨干 4 例; 对照组中, 胫腓骨 18 例, 肱骨干 11 例, 尺、桡骨 19 例, 锁骨 4 例, 骨 8 例。

2. 主要观察指标: 临床主要症状观察指标采用症状轻重程度记分法。6 分: 疼痛剧烈, 不能活动, 剧烈压痛, 重度肿胀, 皮纹消失, 较正常关节差 50% 以上; 4 分: 疼痛明显, 可稍活动, 明显压痛, 中度肿胀, 皮纹明显变化, 较正常关节差 31% ~ 50% 以上; 2 分: 稍有疼痛, 但不影响活动, 较度压痛, 较度肿胀皮纹略有变化, 较正常关节差 30%; 0 分: 无疼痛或疼痛消失, 无压痛, 无肿胀, 关节活动正常。

3. 所有数据采用 Ridit 分析和 t 检验进行统计学处理。

治疗方法

保守治疗患者, 手法复位成功, 行有效外固定后即开始服药; 手术治疗患者, 术后即开始服药治疗。

治疗组: 早期(1~ 14 天)口服集成疗伤片(本院制剂室生产), 主要由当归、红花、滇三七、枳壳、土鳖、木通等组成。每次 3 克每日 3 次, 连续服用 2 周。中期(14~ 28 天)口服集成理伤片, 主要由当归、血竭、丹参、自然铜、骨碎补、紫荆皮等组成, (生产单位及服法同前)。后期(4 周后)口服集成愈伤片, 主要由当归、黄芪、枸杞、鹿角粉、骨碎补、续断、海桐皮、五加皮等组成, (生产单位及服法同前)。

对照组: 口服接骨七厘片(珠海金沙湖南制药有限公司提供, 批号 97012), 每次 5 片, 每日 2 次, 连续服用 8 周。

治疗结果

1. 临床症状疗效标准: 治愈: 治疗后症状积分较前减少 91% 以上; 显效: 治疗后积分较治疗前减少 70% ~ 90%; 有效: 治疗后积分较治疗前减少 35% ~ 69%; 无效: 治疗后积分较治疗前减少 35% 以下(结果见表 1)。