

新鲜骨折13例, 陈旧性骨折2例。

根据伊文思 (Evans) 粗隆区骨折的简单分类方式, 本组病例均为不稳定骨折。

手术方法

取仰卧位, 患侧臀部垫高15~30°, 以硬膜外麻醉或腰麻等。选用Watson-Jones改良切口, 皮肤切开弯向大粗隆后方, “T”型切关节囊至髌白缘, 以便能看清股骨颈远端伸出的骨棘。分开股外侧肌, 也可从股骨粗隆区股外侧肌附丽处留2cm左右切断股外侧肌并向下剥离。股骨粗隆区骨折处复位后, 在粗隆下2.5~3cm处股骨干外侧皮质中穿一导针, 导针直到股骨颈中, 颈干角成130°左右, 如用X线导针则位置更加精确。在股骨干外侧皮质凿一如套筒大小圆孔, 但需比套筒直径大0.2~0.5cm, 以防大粗隆裂开, 然后接上加压螺丝钉顺着导针方向拧紧, 套上套筒, 使套筒远端接板紧贴股骨干, 拧紧螺钉。其他骨干可用钢丝或羊肠线捆扎。术毕放置负压引流, 患肢可作皮牵引一周, 次日可坐起, 随意移动患肢, 切口拆线后即

可扶双拐患肢不负重行走。骨折愈合后可用患肢负重行走。

讨 论

1. 用Richard压缩螺钉内固定, 病人卧床休息时间短, 下地早、活动早、锻炼早, 可减少并发症的发生。

2. 用鹅头钉内固定, 钉与侧板由螺丝钉相连接, 有时会造成连接处坚固性不够偶而产生螺钉滑脱。以致复位及固定失败, 而Richard压缩螺钉的套筒与接板为一连体, 不致发生以上情况, 且套筒与外侧板角度固定於130°, 在术中不必考虑颈干角的大小, 缩短了手术时间。

3. Richard压缩螺钉不仅具有使骨折端之间稳定性和早连接提供了生理性加压, 而且可以由于它的滑动作用可不必更精细的去确定钉的长度和螺钉的位置, 因螺钉的可调节性, 不致有穿过股骨头的危险, 而使骨折牢固良好地嵌插于外展位。

中西医结合治疗特发性脊柱侧凸

山东济宁市第一人民医院 (272111)

赵秀真 李惠城 薛 杰 张淑君 王翠平 颜晓燕 周艳华 刘艳春 宫安平

特发性脊柱侧凸症是影响青少年健康的常见病。由于病因不明, 迄今尚无满意防治措施。近年来, 我院通过组织形态学及免疫组织化学研究, 发现其病因为主弯段躯干凹侧面凹陷区的筋膜、肌肉变性(肌炎)粘连瘢痕挛缩所致。经125例特发性脊柱侧凸病历, 配对调查, 多元条件Cogieje回归方程分析, 证明上述病理改变与婴幼儿期保健不当有密切的关系, 针对病因设计了中西医结合治疗方法, 对50例病人治疗观察, 效果非常满意, 现报告如下。

临床资料

本组50例中男21例, 女29例; 年龄最小7岁, 最大30岁; 主弯在胸椎段者39例, 胸腰段者8例, 腰段者2例, 双主弯1例; 术前侧凸Cobbs角57~165°, 平均76.5°, 皆为特发性侧凸; 其中1例合并左下肢轻度肌萎缩。

治疗方法

1. 在全麻下行躯干凹侧面凹陷区瘢痕挛缩组织彻底松解延长术。2. 综合操练: ①主动向左右侧弯作肌

肉锻炼; ②垫枕疗法; ③骨盆带牵引; ④单双杠引体向上锻炼; ④练扩胸运动, 吹气球等。以增加肺活量。3. 术后活血化瘀中草药治疗。处方: 当归9g 丹参15g 三七6g 二花20g 茯苓15g 黄芪15g。若切口红肿加蒲公英20g 木通9g; 便秘、食欲不振加莱菔子6g 枳实9g 焦三仙各9g; 切口愈合减二花、三七, 水煎服日一剂, 术后2个月为一疗程。

治疗结果

术后3个月内侧凸矫正率为45~68.5%, 平均为57.6%。术后身高平均增加5.6cm。胸廓畸形及肺功能明显改善。术后随访一年以上者37例, 胸廓形态及肺功能均继续好转, 其中23例侧凸Cobbs角进一步矫正5~8°, 无一例术后矫正度数有复原现象。

体 会

对于特发性脊柱侧凸患者, 主要依靠中西医结合, 周密护理, 术后严格操练, 才能使胸廓畸形及脊柱侧弯明显改善, 肺功能继续好转, 此类手术对病人损伤小, 痛苦小, 危险性小, 患者易于接受。