

钙, 出现骨质疏松, 而血钙相对增加。血钙升高同时, 促使降钙素分泌增加。降钙素促进成骨, 而这种形式形成的新骨, 远不能补足大量丢失的旧骨它们只是在骨骼的某些部位沉积钙, 在临床上表现为骨质增生, 韧带及软组织钙化。从另一方面进行统计分析发现, 诊断为关节脊椎骨质增生, 骨质疏松, 韧带钙化者组血中 PTH、CT 值, 与颈腰间盘脱出者血中浓度比较, 无显著性差异。这一结果提示。以上两组病人所患疾病, 是属同一范畴的疾病, 只是在程度及形式上表现不同。

临床上, 关节脊椎退变, 颈腰间盘脱出患者的发病年龄, 多为中老年, 尤其 50 岁以上者。近年来, 30~50 岁的患者也屡见不鲜。在病史方面, 关节脊椎退变病人, 常有慢性劳损病史, 如长期坐位工作者较为多见。腰间盘脱出病人, 常有腰扭伤史, 而且常常是因为突然腰扭伤后, 致腰腿痛反复发作。X 光片上均有共同特征, 即大部分患者均有程度不同的骨关节增生、疏松影像。本组统计 187 例腰间盘脱出患者, 年龄 30~65 岁, 除 2 例有较重扭伤史, X 光腰椎正侧位片未见明显异

常外, 其余患者 X 光片均显示腰椎前缘程度不同的唇样增生, 唇样增生越明显的, 骨质疏松征象也越明显。另外, 许多颈椎增生退变患者, 常同时有腰椎增生退变。作者统计 165 例颈椎病患者, 其腰椎正侧位片, 其中有 154 例示腰椎前缘有唇样增生。其中有部分患者 (76 例), CT 片示有颈腰椎后纵韧带钙化。以上情况说明, 骨与关节退变增生, 与颈腰间盘脱出是同一类疾病, 常同时存在。不过是由于人体本身素质及外界影响因素不同, 表现形式不同而已。

基于上述观点, 在治疗方面也进行了一些尝试。在治疗关节脊椎退变及颈腰椎间盘脱出患者时, 除了进行一般常规对应的治疗, 如理疗、按摩及手术等疗法外, 还进行超常规补钙治疗, 给上述患者服用高效补钙剂, 每日使患者服钙剂 800mg 以上, 有条件的配合用密钙息药肌肉注射, 另外嘱患者食用含钙量高的饮食, 如鱼、虾、牛奶及动物骨头等亦有裨益。

(收稿: 1995-10-06)

股骨上段重度粉碎骨折的治疗体会

山西省运城盐化局医院 (044000) 王洁伟

作者自 1989 年 3 月~1994 年 12 月收治股骨上段重度粉碎骨折病人 18 例, 总结如下。

临床资料

本组 18 例, 男 15 例, 女 3 例; 年龄 20~57 岁; 左侧 9 例, 右侧 8 例, 双侧 1 例; 断端碎骨块 5 块者 2 例, 4 块者 4 例, 3 块者 5 例, 2 块者 7 例; 粉碎骨块大小不等, 最大者 10cm, 最小者 4cm, 且存在着移位、旋转; 伤后就诊时间 2~8 小时; 有 3 例合并失血性休克, 本组均为闭合型, 无 1 例合并神经、血管损伤。

治疗方法

首先给予皮牵引, 并应用抗生素、止血药物, 对休克病人立即纠正休克, 在 1 周内进行手术。

麻醉选用连续性硬膜外麻醉, 平卧位。取前外侧切口入路, 显露骨折处后, 将粉碎的骨块取出, 清理血肿及机化的组织。将术前准备好的梅花髓内针从近折端自粗隆上打出, 再将碎骨块按原排列位置复位, 用钢丝将骨块拧紧固定, 放入原位, 最后助手牵引使骨折复位, 将梅花针自近端打入远端。检查固定牢靠, 冲洗后缝合切口。用前后石膏夹进行固定。

术后 8~10 周 X 线拍片, 显示骨折线模糊, 骨痂生长良好后, 拆除石膏, 开始扶拐下床活动。

治疗结果

本组 18 例, 术后均临床愈合, 愈合时间最短 8 周, 最长 14 周, 除 2 例患肢较健侧短缩 2cm 外, 其余病例均双下肢等长。本组病例全部随访, 随访时间 2 月~25 个月。按 1975 年天津中西医骨伤会议标准优 12 例, 良 4 例, 可 2 例。无 1 例骨不连及骨髓感染病例。

讨 论

股骨干上 1/3 的骨折, 近折端因受髂腰肌、臀中小肌和其他外旋肌群的牵拉表现为屈曲、外展、外旋畸形。远折端因受内收肌群的牵拉则向上、向内和向后移位。当股骨干中上段波及粗隆的粉碎骨折, 受上述肌肉的牵拉, 骨折块旋转移位更加明显, 且无规则, 这样就给牵引复位造成很大的困难。而股骨干的复位差, 直接影响病人以后的工作和生活。此类骨折由于碎骨块多、缺损大, 钢板因长度所限, 固定不牢靠, 且因需剥离广泛的骨膜, 影响骨折愈合。V 形髓内针抗力小, 难于抵抗大腿肌群的牵拉。更因此类骨折不稳定, 容易造成新的移位。梅花型髓内针具有抗力大, 不易松动折弯, 损伤小, 内固定坚强牢靠。用钢丝将小骨块固定成大骨块, 增加了断端的稳定性, 也有利于复位。所以笔者认为切开复位、梅花针、钢丝内固定是此类骨折的一种较理想的治疗方法。

(收稿: 1995-03-28)