

合关节囊,逐层关闭切口。术后3天开始进行股四头肌功能锻炼,2周拆线,5周后扶双拐(患肢不负重)下地活动,3个月后逐渐负重,1年后拔钉。

治疗结果 本组20例均进行了随访,最短1年,最长3年,平均1年2个月,效果均满意。骨折已愈合,按时拔除加压螺钉,关节伸屈正常,能完全下蹲,无跛行及疼痛。未发现有股骨头缺血性坏死现象。

讨论 用带肌肉蒂的骨瓣移植方法治疗股骨颈骨折目的在于促进骨折愈合,减少股骨头坏死。缝匠肌髂骨瓣移植,血运丰富,能加快骨折愈合,避免或减少头坏死。可弥补股骨颈皮质缺损,增加骨折处稳定,同时,切开直视下复位,容易达到解剖复位,两枚加压螺钉通过骨折线能使骨折部位充分固定,促进骨折愈合。但此种方法由于需要切开复位,手术创伤较单纯内固定多,适用于身体较健康、无严重内脏疾患、年龄不太大的老年人的新鲜骨折,特别是颈部粉碎并有缺损者及陈旧性骨折。

(收稿:1997-07-11)

老年人钙、骨钙素水平 与骨质疏松的关系

山东省淄博市妇幼保健院(255029)

白冬 曹修亮 吕春明

为探讨老年人血清总钙、骨钙素含量与骨质疏松的关系,本文对65例男性健康老人进行血清钙、骨钙素的检测,现将结果报告如下。

临床资料 (1)男性老年组:男性健康老人65例,年龄56~78岁。排除冠心病、糖尿病、肝硬化等疾病。(2)对照组:男性健康青年35例,年龄23~30岁。均为婚检者。

方法 检测对象于晨起空腹抽血3ml,离心分离血清。血清总钙测定用偶氮砷Ⅲ法。骨钙素测定由解放军总医院提供试剂盒,操作严格按说明书要求进行。各组数据的统计用均值±标准差($\bar{X} \pm S$)表示,组间差异的显著性用*t*检验分析。65例男性健康老人与对照组血清总钙及骨钙素含量见表。结果:1. 老年人组血清总钙明显低于青年组,差异显著($P < 0.01$)。2. 老年人组骨钙素明显低于青年组($P < 0.01$),并与血清总钙呈显著正相关($r: 0.54, P < 0.01$)。

表 男性老年组与青年组血清总钙及骨钙素水平

组别	例数	血清总钙(mmol/L)	骨钙素($\mu\text{g/L}$)
老年组	65	2.14±0.48	2.65±0.53
青年组	35	3.21±0.51	3.62±0.78
P值		<0.01	<0.01

讨论 男性老年人由于骨量的不断丢失,并随着年龄的增加而增加,而骨量的丢失与血清钙、骨钙素的变化和骨质疏松密切相关。钙是人体中含量最多的矿物质元素。1988年我国营养学会修订的成人钙供给量每日800mg。骨骼钙保持动态平衡,在体内发挥极其重要的生理作用。钙的摄入不足,可引起许多疾病,尤其是老年人,若长期缺钙可出现骨质增生、骨质疏松、肩周炎、高血压等疾病。骨钙素是由成骨细胞产生和分泌的一种非胶原蛋白,由成骨细胞分泌后沉积于骨质细胞外,在骨代谢中起重要作用。血清中骨钙素水平的高低直接反映成骨细胞活性及骨的形成率。有人实验证实,血清中骨钙素水平随年龄的增长而下降,60岁以上者降低最为明显。本文所测结果与文献报道相一致。本文所测结果提示老人成骨细胞活性低下,虽没有明显的临床症状,但潜在骨量丢失、骨质疏松的危险因素。

(收稿:1997-01-13)

胸腰椎骨折并截瘫 48 例

湖南省常宁市中医院(421500) 周发禄

我院应用中西医结合方法治疗胸腰椎骨折并截瘫48例,取得了较好的疗效,现报道如下。

临床资料 (1)中西医结合组48例中男27例,女21例;年龄22~66岁;不完全截瘫28例,完全截瘫20例;压缩型骨折31例,屈曲旋转脱位17例;胸椎骨折20例,腰椎骨折28例;肌力为0级20例,1级28例。(2)西医组48例中男28例,女20例;年龄25~70岁;不完全截瘫29例,完全截瘫19例;压缩型骨折31例,屈曲旋转脱位17例;胸椎骨折22例,腰椎骨折26例;肌力为0级21例,1级27例。

治疗方法 1. 中医治疗:按中医辨证施治对早期、中期、晚期给予不同的中药,水煎服每日一剂。早期(1至15天内)宜活血祛瘀,疏通督脉。方药:当归15g,川芎15g,桃仁10g,红花10g,山甲8g,大黄8g,柴胡15g,天花粉15g,枳实6g,甘草6g。中期(半月后),宜温补脾肾。方药:熟地20g,山萸肉15g,枸杞子20g,补骨脂15g,菟丝子15g,杜仲15g,当归15g,附子10g,肉桂

10g, 牛膝 15g。晚期(3 个月)后宜补肾益元。方药: 人参 15g, 山药 15g, 熟地 20g, 当归 15g, 杜仲 15g, 肉桂 15g, 枸杞子 20g, 黄芪 20g, 茯苓 15g。

2. 西医治疗: (1) 手术: 早期开放复位椎管彻底减压椎弓根钢板内固定术。(2) 西药: 早期脱水主要以甘露醇, 每日静滴 2 次, 每次 125ml。激素应用地塞米松 20mg, 加葡萄糖溶液静滴。止血药, 止血芳酸 0.6 加葡萄糖溶液静滴。广谱抗菌素预防感染, 常用氨苄青霉素 5g, 加液体静滴。神经营养药等辅助药物, 维生素 B₁ 100mg 肌注每日 1 次, 连用 1 个月, 三磷酸腺苷 40mg, 辅酶 A100u, 维生素 C 3g 加液体静滴, 每日 1 次, 连用 3 个月。

3. 本组单纯西医组仅采用上述西医治疗方法。

治疗结果 1. 疗效标准: 基本治愈: 瘫痪肢体肌力恢复达 5 级, 感觉正常, 恢复工作、劳动。显效: 在原肌力基础上提高 1 级。无效: 治疗前后无变化。2. 结果: 中西医结合组与单纯西医组基本治愈分别为 28 例, 6 例; 显效分别为 12 例, 8 例; 有效分别为 5 例, 13 例; 无效分别为 3 例, 21 例。总有效率分别为 93.7%, 56.2%。从 X 线片观察, 两组椎体高度恢复正常, 畸形及脱位已纠正。

讨论 1. 外伤性截瘫是伤及督脉, 而督脉为阳络之会, 督伤络阻, 气血逆乱, 故四肢不能活动。早期: 多属督脉损伤气滞血瘀, 经络阻滞, 故宜活血祛瘀, 疏通督脉。中期: 弛缓性瘫痪者多属脾肾阳虚督伤络阻, 阳气不能煦达, 宜温补脾肾。晚期原气耗伤者, 多属久病不愈耗伤气血, 宜补肾益元。

2. 手术治疗应用开放复位椎管彻底减压, 椎弓根钢板内固定术, 能达到使脊髓不受骨折的压迫, 并能减轻脊髓水肿。同时由于螺钉经椎弓根达到椎体, 使脊柱前中后都得到固定, 可以防止骨折伸展和旋转。另一方面使压缩的椎体恢复正常椎体的高度, 纠正了椎体前或向前突出畸形。

3. 甘露醇能使脊髓脱水, 减轻水肿, 氨苄青霉素防止尿路感染, 三磷酸腺苷、维生素 C、维生素 B₁ 及支持疗法都是恢复脊髓的营养药物。

(收稿: 1997-05-21)

手法复位小夹板固定 治疗科力斯氏骨折

江西省安福县人民医院(343200) 尹龙生

作者用手法整复小夹板外固定治疗 166 例科力斯

氏(Colles)骨折, 效果满意, 现介绍如下。

临床资料 本组 166 例中男 72 例, 女 94 例; 年龄 23~85 岁; 左侧 71 例, 右侧 95 例; 传达暴力 135 例, 直接暴力 31 例, 均为新鲜移位科力斯氏骨折。

治疗方法 1. 整复: 摄片诊断明确后, 对耐受疼痛较差和年龄较大的患者, 应在局部麻醉下进行复位。术者及助手按科力斯氏骨折常规操作, 在牵引的同时迅速尺偏掌屈使骨折对位后, 仍在维持牵引下手法尺偏掌屈位固定断端的同时, 将前臂和手掌缓慢的向前旋转 140°~170°, 然后回旋 30°~60°, 触摸骨折端已复位成功即可。

2. 固定: 外敷活血止痛消肿膏(自配米酒调成), 然后在掌侧放一纸压垫, 用四块塑形小夹板, 背侧掌侧超关节各放一块, 尺侧夹板与尺骨茎突平齐, 然后用 3 条布带捆扎固定于尺偏腕关节掌屈位 40°~60°之间。患肢悬吊于胸前, 嘱其开始作手指握拳功能锻炼。内服中药, 日 1 剂。每隔 1 周松开夹板和纸压垫, 检查并换一次外敷药, 4~5 周后拆除夹板。

治疗结果 本组 166 例, 在复位固定及拆除夹板后摄 X 线片检查, 对位对线优 139 例, 良 27 例。3 个月随访, 均无关节僵硬, 功能恢复满意。

讨论 科力斯氏骨折属伸直型桡骨下端骨折, 按以前的复位和固定方法, 在尺偏掌屈后, 即可完成复位过程。作者认为这样并没有使骨折端完全对位, 如在尺偏掌屈后, 将前臂和手掌向前旋转 140°~170°, 然后回旋 30°~60°, 这样才可使骨折端达到更满意的复位, 并能将其软组织归其位, 如伸肌腱和屈肌腱等。在外固定方面, 作者将以前在背侧和掌侧各置一纸压垫, 并用四块直形夹板固定的方法, 改为只在掌侧放一纸压垫, 用四块塑形夹板固定于腕关节掌屈位约 40°~60°之间。此改良的整复和外固定方法, 使患肢局部和整体的血运保持了良好循环, 不致于愈后出现软组织粘连及患肢功能障碍等情况, 解决了虽经按摩和药物薰洗等治疗, 还是有些患者很难完全甚至无法恢复其功能的问题。

(收稿: 1996-11-04)

中西医结合治疗肩 关节脱位

山东省武城县人民医院(253300)

牟光旭 徐洪明

我院采用中西医结合的方法治疗肩关节脱位, 效