

速股骨头和移植骨的愈合,增加骨的强度和刚度,以适应日后的负重需要。同时这种应力刺激能使毛细血管再生<sup>[7]</sup>,加速股骨头坏死区的再血管化。

正常关节软骨的营养是由关节液及软骨下骨发出的软骨深层放射状血管丛供给。股骨头缺血坏死,血管丛供给中断,软骨的营养仅能依赖关节滑液。必要的关节活动能促进关节滑液循环,对软骨的营养传递极为重要<sup>[8]</sup>。较长时间的制动,必然影响软骨的物质交换,导致其退行性改变。同时长时间的缺乏应力刺激,关节软骨的细胞功能下降<sup>[9]</sup>,对关节软骨的修复及再塑产生极为不利的影晌。

早期的功能锻炼能有效地促进股骨头的修复及再塑,但这种活动应该是适量的、不负重的,真正的去拐行走必须严格控制在所移植骨与原位骨愈合后 1 年左右。由于股骨头缺血坏死的病理改变是修复区和坏死区同时存在,这两个区骨组织的弹性模量存在较大差异<sup>[9]</sup>,即使是移植骨与原位骨之间,也存在着这种差异,其界面为力的薄弱点,过早负重势必发生骨折。同时这种病人,特别是激素或酒精引起的股骨头坏死,常并发骨质疏松,负重时极易引起股骨头内微小骨折而塌陷。

在一定的应力范围内,骨组织的增殖量与应力成正比。但具体到每一位患者,这种应力范围是很难精确

的,有待于进一步研究。故在指导患者进行功能锻炼时,要具体问题具体分析,不可急功近利,盲目负重,又不可谨小慎微,疏于锻炼。

参考文献

1. 桃对源,尚天裕,于建华,等.带旋髂深血管蒂髂骨移植治疗成人股骨头无菌坏死.中华骨科杂志 1994; 14 (6): 146.
2. 朱盛修.带血管蒂髂骨骨膜移植治疗股骨头缺血坏死.中华创伤杂志 1992; 8 (5): 321.
3. 袁浩.用改进的血管束植入治疗成人股骨头无菌坏死.骨与关节损伤杂志 1989; 4 (14): 210.
4. 毛履真,王坤正,刘安庆,等.吻合血管腓骨移植治疗股骨头缺血坏死.中华显微外科杂志 1989; 12 (1) 20.
5. 王岩,朱盛修,袁浩,等.成人股骨头缺血坏死疗效评价(百分法)草案.骨与关节损伤杂志 1994; 14 (6) 365.
6. 章明放,张乃鑫,谭郁彬,等.运动对雌性大鼠去势后骨质疏松的作用.中华骨科杂志 1994, 14 (6) 365.
7. 狄勋之,张跃旋.骨折愈合研究的新进展.骨与关节损伤杂志 1996; 11 (6): 376.
8. 顾延,戴克戎,裘世静.应用降低导致关节软骨退变机理的形态学研究.中华骨科杂志 1995; 15 (9): 631.
9. 文良之,黄公怡.创伤及激素性股骨头坏死的病理学研究及其进展.中华骨科杂志 1997; 17 (2): 140.

(收稿:1997-06-02 修回:1997-12-19)

## 多发开放骨折合并胃溃疡大出血 两次剖腹术一例

河北医学院第三医院 (石家庄 050051)

李 衡 周 沛 赵昌平 吴增安

患者,男,38岁,司机。因车祸致左大腿及双小腿开放骨折,急诊入院。当时血压 10kPa/6kPa,当即抗休克治疗。休克纠正后,伤肢彻底清创,行双小腿 Ender 钉内固定,左大腿髓内针内固定。术后第 9 天出现便血,考虑应激性胃溃疡,给予抗酸药及止血药治疗无效,血压 9kPa/6kPa。当即行剖腹术,发现胃体后壁有一约 3×4cm<sup>2</sup> 大小的溃疡,深度超过粘膜肌层,溃疡底有出血。溃疡切除困难,予以旷置并贯穿缝扎溃疡出血动脉。术后第 7 天拆线,伤口 1 期愈合。术后第 9 天患者开始呕血,便血,血压 8kPa/5kPa,保守治疗无效,患者昏迷。考虑胃内有活动出血。当即行第二次剖腹术,见原溃疡处有动脉出血,予以结扎贯穿缝合出血动

脉。术后 4 周治愈出院。患者住院期间共输血 40800ml。随访 2 年,肝功正常,乙肝、丙肝化验正常。患者目前骨折已愈合,内固定物已取出,无功能障碍,已恢复伤前工作。

讨 论 多发开放骨折合并休克的患者,在纠正休克后,早期彻底清创内固定,可减少感染,便于术后护理。开通多条液路,及足够的血液是治疗严重休克所必须的。本例在抢救休克过程中,经过保守治疗无效,两次果断地采取边抗休克边剖腹处置胃溃疡出血,是挽救患者生命唯一可靠方法。

(收稿:1995-08-15)