

了胫骨创面改善了胫骨血供，增加了抗生素应用时的局部药浓度。(2) 为术中较彻底清创创造了条件，免去了一旦皮肤坏死骨外露之忧。对于较小范围的皮瓣缺损可直接在胫前肌肌瓣上游离植皮。(3) 带骨膜与骨皮质推进促进了骨折愈合过程，对于骨缺损病例还可在肌瓣下游离植骨。

3. 本组病例手术创口大部分取得一期愈合，这除了应用肌瓣转移技术与良好的清创习惯之外，与应用了外固定支架治疗骨折也密不可分。由于胫骨解剖位置表浅和 A 型骨折往往损伤程度较重，采用内固

定材料后一旦感染，金属内容物将成为与机体不相容的异物，成为感染不愈合的因素。而采用外固定器固定后可兼顾骨折固定与创口治疗。使用的单侧多功能支架可纠正部分旋转成角并可产生加压作用，术后固定牢靠。尽管外固定器存在着针道感染等一系列尚待进一步探讨的问题，权衡利弊，对于 A、B 型胫腓骨骨折应首选外固定器固定，而尽量减少使用内固定材料。

(收稿：1997- 03- 31)

改良臀大肌肌皮瓣修复骶尾部褥疮

刘寿坤 王宝英

福建省宁德地区第一医院 (355000)

我们自 1989 年 6 月以来，采用改良的臀大肌肌皮瓣移植术修复骶尾部褥疮 33 例，取得了较为满意的治疗效果。

临床资料

33 例中男 24 例，女 9 例；年龄 20~65 岁。胸腰椎骨折并截瘫 20 例 (全瘫 14 例，不全瘫 6 例)，骨盆骨折 5 例，颅脑损伤 3 例，脑血管出血 2 例，双侧股骨骨折 3 例。褥疮溃疡面积最大 7cm × 6.5cm，最小 3cm × 2.5cm，平均 5.2cm × 4.5cm。周围瘢痕区平均 8cm × 7.5cm。褥疮发生时间 1 月~1.5 年 (平均 3.5 月)，深度全部达骶尾骨骨膜，合并骨感染的 8 例。曾经行中厚皮片移植失败的 6 例。骶骨部褥疮 28 例，采用臀大肌上部肌皮瓣修复。尾骨部褥疮 5 例，采用臀大肌下部肌皮瓣修复。4 例骶部巨大褥疮采用双侧臀大肌上部肌皮瓣联合修复。所有病例均经换药及抗菌素应用，溃疡炎症控制，分泌物减少后择期手术，其中 24 例作分泌物细菌培养加药敏试验。

治疗方法

1. 褥疮清创：先彻底切除溃疡灶，其周围瘢痕组织血运欠佳及较硬的部分也给予切除。凿除突出及感染的部分骨组织，并将骨面修平整，再以骨腊和电凝止血。盐水冲洗，先锋霉素盐水湿敷创面。

2. 肌皮瓣设计与切取：(1) 臀大肌上部肌皮瓣以臀上动脉为中心 (髂后上棘与股骨大粗隆顶连线中上 1/3 交点)，创面的上下径为肌皮瓣的宽度，上缘与骶部创面相连，下方呈 45 角止于大粗隆上方约 5cm 处。切开皮肤皮下组织，切断臀大肌上部肌纤维及髂胫

束，在臀大、中肌之间分离，但不必要显露臀上动脉和臀下神经束的分支。(2) 臀大肌下部肌皮瓣则以臀下动脉为中心，其内缘与尾部创面相连，下方以 45° 角止于股骨大粗隆后上方，其余手术步骤同上部肌皮瓣。

3. 修复皮肤缺损：肌皮瓣上方边缘按创面形状修整，并推移至覆盖整个创面。供皮区缺损部分的皮肤，稍作皮下分离后直接牵拉合拢缝合。创面置橡皮片引流 24~48 小时后拔除。

治疗结果

33 例移植肌皮瓣除 3 例边缘坏死 0.5~0.8cm 外，其余肌皮瓣均一次性成活。浅表感染 4 例，皮下积血 3 例，均经抗炎换药等处理而愈。随访一年以上的 26 例中，1 例全瘫病人因护理不好，术后半年再次骶部褥疮形成，其余病例无复发。移植肌皮瓣颜色正常，柔软有弹性。非全瘫病例肌皮瓣感觉存在，伸髋功能正常。

讨 论

胥少汀^[1]和孙弘^[2]等介绍的臀大肌肌皮瓣手术，将肌皮瓣切取后旋转 180 植于褥疮处，血管蒂要较充分分离，否则旋转困难或使血管蒂扭转。供皮区缺损的部分呈“U”形，常不能直接缝合，需取中厚皮片覆盖，不仅增加护理困难，而且局部明显凹陷，治愈后外观差。我们把肌皮瓣推移植入创面，简化了肌皮瓣的设计，其周围简单分离后即可推移，不需显露血管蒂。呈“V”形缺损的供皮区，可直接作“Y”形缝合，不要再植皮。该方法不仅节省手术时间，提高手术安

全度,而且外观好看,护理简单。

肌皮瓣推移至少可获得 5~8cm 的移动度,不影响其功能、血液循环和神经支配^[1],但其活动范围仍不如旋转的肌皮瓣。所以,如系巨大褥疮,需采用双侧臀大肌肌皮瓣联合推移修复。骶部褥疮采用臀大肌上部肌皮瓣,尾部褥疮采用臀大肌下部肌皮瓣。推移肌皮瓣的边缘部虽不如旋转的丰满柔软,但血运良好,其愈合及耐压还是满意的。

总之,臀大肌上、下部肌皮瓣分别由臀上下动静脉供血,血运丰富,移植成活率高,抗感染能力强。能一期修复创面,耐磨耐压不易复发。肌皮瓣推移不需

显露血管,操作简单安全,不要特殊设备和器械,对治疗骶尾部褥疮是一种较好的方法之一。

参考文献

1. 胥少汀,刘树清.臀大肌皮瓣修复骶部褥疮,中华骨科杂志,1987,193
2. 孙弘,侯春林.带血管蒂皮瓣肌皮瓣转移术.第1版.南京:江苏科学技术出版社,1988.149
3. Morrison WA, et al. The instep of the foot as a fasciocutaneous island as a free flap for heel defects. Plast Reconstr Surg, 1983, 72: 56

(收稿:1998-06-11)

穴注及封闭治疗腰椎椎管狭窄症 80 例

戴自明

湖北省十堰市骨科医院 (442000)

我院自 1992 年以来,采用中西药液穴注及硬脊膜外腔封闭等水针疗法治疗腰椎椎管狭窄症,获得满意效果。现将资料完整的 80 例总结报告如下。

一般资料

本组 80 例来源于本院门诊及住院患者,均有不同程度的腰部损伤史,治疗前全部经拍片确诊为腰椎椎管狭窄症。其中男 47 例,女 33 例;年龄 43~74 岁;病程 2~16 年。

治疗方法

1. 中药制剂穴位注射:用药:10%当归注射液。穴位:主穴:阿是穴或相应病变夹脊穴。配穴:肾俞,气海俞,大肠俞,关元俞,白环俞,委中,阳陵泉,承山,绝骨。

每次酌情选用 2~4 穴(亦可交替选用),无菌操作,以 5 号普通针头抽吸药液,常规进针后作轻微提插,使局部产生酸胀感并上下放散,回抽无血,即可推药缓慢注入。每穴每次注入药液 2~4ml,穴注后可加 TDP 照射以促进局部血液循环和药物吸收。急性发作期每日 1 次,缓解期隔日 1 次,6~10 次为 1 疗程,疗程之间间隔 3~5 天。穴注多用于症状较轻的病例,一般治疗 1~2 个疗程即可缓解。

2. 西药激素硬脊膜外腔封闭:用药:强的松龙混悬液 2ml 加 0.5%利多卡因注射液 1ml。

患者取侧卧位,尽量屈颈、弯腰、抱膝,根据不同病变部位分别选取 L₃₋₄、L₄₋₅、L₅~S₁棘间为封闭点,在严格无菌操作下,抽吸好混合药液,常规进针

至硬膜外,如回抽无血液及脑脊液外溢,负压明显,即可将药液缓慢一次注入。注入后,应令患者保持头高脚低位,继续静卧 15~30 分钟,并同时加 TDP 照射,然后方可下地活动。若患者出现头晕目眩、恶心呕吐、面色苍白、血压下降等异常反应,当立即静推 50%葡萄糖 40~80ml,卧床休息 15~30 分钟。如有反应,则及时实施其他急救措施。若仅有轻微头昏腿软现象,则不必特殊处理,稍加休息后可自行恢复。每 4~6 天封闭 1 次,4 次为 1 疗程。本法多用于压迫症状明显、疼痛较剧之病例,但由于本类药物有一定毒副作用,不可久用,一般不得超过 2 个疗程,或痛势缓解后改以穴注治疗。

以上两种方法亦可相互配合,交替使用。

治疗结果

本组 80 例经 1~3 个疗程治疗后,临床治愈(临床症状及体征完全或基本消失,腰腿活动功能恢复正常,病情稳定,1 年内未有复发者)48 例;显效(临床症状及体征明显改善,功能活动逐渐恢复,病情好转,但劳累后偶有发作或加重者)24 例;无效(病情无明显缓解,或有所减轻但极不稳定者)8 例。其中,穴注治疗 31 例,临床治愈 28 例,显效 3 例;封闭治疗 22 例,临床治愈 6 例,显效 11 例,无效 5 例;穴注与封闭配合治疗 27 例,临床治愈 14 例,显效 10 例,无效 3 例。总有效率 90%。

讨论

当归能改善微循环,抑制血小板凝聚,提高纤溶