

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

酶的活性，促进已形成的纤维蛋白溶解，其水溶部分更能有效地抑制血小板的粘附、聚集和释放功能，解除血管痉挛，扩张血管，改善血液流变性，增加血流量，降低外周阻力，促进代谢产物吸收，改善局部组织缺血缺氧，对特异性和非特异性免疫功能都有增强作用，并具有镇痛、消炎作用及升白细胞等活性，用之穴注以活血行血、通经活络而达到“通则不痛”的效果，且一般剂量无任何毒副反应，可持续应用，安全可靠。激素类药物强的松龙能增加血管的紧张性，减少充血，降低毛细血管的通透性，抑制纤维母细胞

及毛细血管的增生，防止和松解局部粘连，减轻疤痕，起到改善神经根周围条件的作用，并可以增加细胞基质对粘多糖酶的抗力，抑制激太原酶的活性，中和及排除聚合在局部胶原纤维变性坏死而释放的多肽类和单胺类物质，使椎管内的炎性反应迅速消退，而与之合用的局麻药物利多卡因则能加强改善椎管内微循环，促进活性物质迅速从椎管内排除，中止和减轻对伤害感受器的刺激，阻断疼痛的反馈性恶性循环，从而达到解除病痛的目的。

(收稿：1996- 03- 01)

植骨加局部用药治疗慢性跟骨骨髓炎

吴琳 沙广钊 石玉刚

江苏省邳州市人民医院 (221300)

我院自 1986 年 10 月~1992 年 10 月收治慢性跟骨骨髓炎 16 例，经病灶清除后植骨、置药及术后局部间断给药治疗，取得满意疗效，现报告如下。

临床资料

本组 16 例中男 10 例，女 6 例；年龄 14~66 岁；病程 1~6 年；血源性骨髓炎 7 例，外伤性 9 例；12 例有经久不愈的窦道，7 例有死骨流出；12 例有手术清除史。所有病例均经 X 线证实有周围硬化的病灶存在。

治疗方法

1. 术前做窦道分泌物细菌培养及药敏试验，找到敏感药物。

2. 连硬麻醉，俯卧位，气囊止血带止血下操作。梭形切除窦道，凿开病灶，取脓液做细菌培养及药敏试验，摘除死骨（留作病检），刮除腔壁达正常骨质，生理盐水冲洗后用 1% 新洁尔灭浸洗 10 分钟，盐水冲洗干净。更换手套手术衣及器械，切除髓后上棘处足量的松质骨，剪成骨条，掺合敏感抗生素后植入骨腔，紧密压实。放引流皮片一根，缝合切口，加压包扎。术后 24~48 小时拔除引流皮片。全身应用抗菌药物 2 周后拆线。术后 1 周开始向手术骨腔内注入敏感抗生素，每周 1 次，剂量为常规一次肌注量，共 6 次。

治疗结果

本组 16 例经随访 2~5 年，其中 14 例治愈，2 例复发。治愈标准^[1]：全身无症状，切口一期愈合，血象正常，植骨愈合，2 年内无复发。复发的 2 例，病灶大，手术刮除后仅剩骨皮质包壳，血运差，植骨量大，较难短时间内愈合。

讨 论

跟骨骨髓炎属于松质骨骨髓炎，存在着很多蜂窝状微小病灶，手术难以彻底刮除，术后治疗非常重要。单纯全身用药，药物较难进入硬化的病灶区，更难持续保持有效药物浓度^[2]，而且由于术后近期疗效较好而往往过早停药，故复发率高^[3]。局部间断性给药可以弥补上述不足。有人曾测试局部一次性应用抗生素后伤口渗液内药物浓度的变化^[4]，结果表明用药后第 4 天药物浓度降为 70%，1 周时降为 35%。说明局部间断给药是提高病灶区药物浓度并保持较长时间的好方法。我们于术后 1 周开始每周 1 次，病灶区注射给药，共 6 次，疗效颇佳。

另外，传统的手术治疗跟骨骨髓炎在刮除病灶后只用生理盐水冲洗，这种冲洗不能杀灭残留细菌，而加用 1% 新洁尔灭浸洗则能有效地杀灭部分残留菌^[5]。对病灶大，刮除后仅剩包壳的病例，植骨后愈合慢，术后治疗时间宜适当延长。术后支持治疗也很重要，支持治疗能提高病人免疫抵抗力，有利于病灶区的修复，提高治愈率。

参考文献

1. 赵炬才,张铁良. 骨与关节感染外科学. 第 1 版. 北京: 中国医药科技出版社, 1991. 57
2. 陆裕朴, 胥少汀, 葛宝丰. 实用骨科学. 第 1 版. 北京: 人民军医出版社, 1991. 1364
3. 李鸿儒. 骨科手术失误及处理. 第 1 版. 云南: 云南科技出版社, 1989. 227
4. 聂达峰. 开放性骨折一次性应用抗生素. 骨与关节损伤杂志. 1989, 4 (2): 122