

存在,因此在某种诱因的作用下易发生髋髂关节骨错缝。

按摩正骨是治疗本病最有效的治疗方法。主要纠正了髋髂关节的骨错缝,松懈局部软组织,使病变组织恢复到正常的解剖位置,消除病理因素,从而达到解除或减轻对局部组织的压迫或刺激,使病变痊愈或

明显减轻。髋髂关节结构牢固,复位时力度大,必须排除骨质病变,复位时多数可听到关节的“咔嚓”声响或关节轻度的移动感。检查两侧髂后上棘在一水平线上,双下肢等长,方为复位成功。术后要卧床 2~3 周,使髋髂松弛的韧带肌肉充分修复,避免重复损伤,影响疗效。(收稿:1996-01-16)

锁骨楔形截骨加肩锁喙锁韧带修复术治疗 陈旧性肩锁关节脱位

王少云

山东省昌邑市中医院 (261300)

陈旧性肩锁关节脱位是一种骨科常见病。传统的治疗方法是肩锁关节交叉钢针内固定加肩锁喙锁韧带修复术^[1]。笔者在临床工作中体会到:该手术对于脱位时间短和脱位不太显著的病例疗效确切,但对脱位时间长且脱位显著的病例,效果不甚理想。原因是锁骨长期失去韧带固定而改变了生理曲度及胸锁位置。传统的手术方法虽可将脱位恢复,但去除内固定后,修复的韧带往往不足以抵抗锁骨所形成的向上的剪力,致使脱位复发。针对上述情况,虽然有将锁骨用拉力螺钉固定于喙突或锁骨外端切除的术式^[2],但由于前者可形成长期的异物存留,后者损伤较大,致使部分病人不能接受。为此,笔者对该种术式作了一定改进,即锁骨楔形截骨加肩锁喙锁韧带修复术,临床观察效果良好。

手术方法

手术入路宜选用肩锁关节上“S”形切口。术野显露清楚后,在锁骨中外 1/3 处(或稍内)剥离骨膜,对锁骨下血管神经妥善保护,用线锯对锁骨楔形截除。截除的大小及方法根据脱位情况而定,脱位越大,截除越大;脱位越小,截除越少。完成截骨后,肩锁关节应恢复至解剖位置。对肩锁关节清理完毕后,选克氏针一枚,将锁骨断端固定。最后进行肩锁、喙锁韧带修复。(见图 1、2)

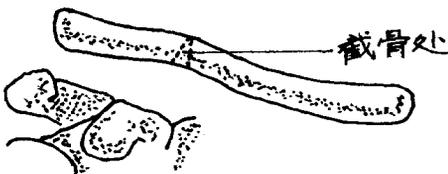


图 1 截骨术式 I

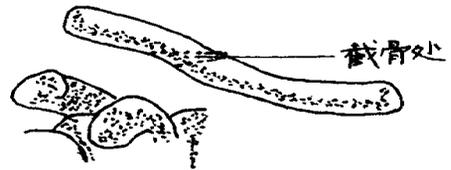


图 2 截骨术式 II

典型病例

例 1,女,36 岁。因左肩部外伤伴畸形 3 年于 1991 年 4 月收入院。经检查诊断为陈旧性肩锁关节脱位,即行肩锁关节交叉钢针固定,肩锁喙锁韧带修复术。术后 8 周去除固定钢针,6 个月后脱位复发。同年 11 月行锁骨楔形截骨,肩锁喙锁韧带修复术。术后 8 周去除锁骨内固定钢针,肩部功能恢复正常,随访至今无复发,且能从事正常体力劳动。

例 2,男,48 岁,因左肩部外伤伴畸形 5 年于 1991 年 10 月以左肩锁关节脱位收入院。术中探查见肩锁、喙锁韧带全部断裂,肩锁关节脱位达 2.5cm,须用强大外力方能使肩锁关节复位。故行锁骨楔形截骨,肩锁喙锁韧带修复术。术后肩部功能恢复良好,随访至今无复发。

讨论

1. 该种术式能使显著的肩锁关节脱位在恢复到解剖位置的同时,克服了锁骨产生的向上的剪力,避免了传统方法术后脱位复发的可能。
2. 避免了锁骨喙突间拉力螺钉固定形成的异物存留,消除了病人术后的心理压力。
3. 该种术式由传统的肩锁关节双钢针固定改为锁骨单钢针固定,保护了肩锁关节的功能。
4. 锁骨单钢针固定的去除时间不长于肩锁关节双钢针固定的去除时间,故不增加病人的病程。

5. 此种术式的缺点是加重了锁骨的创伤, 但由于骨膜剥离较少, 一般不影响术后的愈合, 且这种创伤的程度较锁骨远端切除要小。

参考文献

1. 王桂生. 骨科手术学. 第 1 版. 北京: 人民卫生出版社,

1982. 278

2. 王亦璁, 孟继懋, 郭子恒. 骨与关节损伤. 第 1 版. 北京: 人民卫生出版社, 1980. 309 ~ 310

(收稿: 1996- 01- 16)

术后椎间盘炎的诊治

王 瑞 喻崇钊 胡 军 翟广田 王学明 段永壮

河南省新乡医学院第一附属医院 (453000)

我们于 1988 年 ~ 1996 年 7 月收治 9 例术后椎间盘炎, 应用中西医结合方法治疗, 效果满意。经随访无症状复发。

临床资料

自 1988 年 ~ 1996 年 7 月, 我们共做腰椎间盘突出髓核切除术 426 例, 术后发生椎间盘炎 7 例。外院转入 2 例, 共 9 例。男 6 例, 女 3 例; 年龄 27 ~ 61 岁。发病于术后 10 天 ~ 2 月。疗程为 2 ~ 4 月。发病时 9 例病人均有术后腰部疼痛明显缓解, 但又出现, 并且疼痛严重, 向下肢及腹部放射。骶棘肌痉挛, 腰部活动明显受限, 即使卧床翻身, 亦能诱发肌痉挛疼痛。体温在 38 左右低热, 伤口一期愈合, 局部有深压痛。血象在正常范围内 8 例, 1 例白血球稍升高 13000 个/mm³。血沉在 33 ~ 87mm/h 之间, 平均 47mm/h。X 线片示病变椎间隙变窄, 相邻椎体软骨面疏松, 骺线模糊, 边缘毛糙。CT 示椎体骨质破坏。

治疗方法及结果

早期足量联合应用广谱抗生素, 地塞米松静脉滴注, 半个月一疗程。中药祛风通络, 益气养阴活血, 以黄芪, 甘草, 玉竹, 当归, 生地, 蜈蚣, 全虫, 羌、独活, 钩藤, 细辛等。卧硬板床, 腰椎牵引或带腰围保护。选择超短波及音频电疗。腰疼缓解后, 可带腰围下地行走。本组病人随访 6 ~ 36 个月, 平均 19.5 个月, 7 例临床症状完全消失, 恢复原来工作, 2 例在劳累后有轻度腰部酸胀不适。后期随访摄片: 椎间隙变窄, 椎体前缘骨桥, 椎体间融合。

讨 论

1. 髓核切除术后, 椎间盘炎的发病率, 据 Lindholm^[1]报道为 0.7 ~ 1.5%。Pilgaard^[2]报道高达 2.8%。国内陆宸照等^[3]报道为 1.3%。本组为 1.17%。虽然椎间盘炎发病率不高, 但是一种严重并发症, 陆氏认为椎间盘炎的预后取决于诊断是否及时。本组 7 例 6 ~ 12

个月后恢复工作, 2 例在一年后劳累后有轻度腰部酸胀不适。

2. 椎间盘炎临床症状较模糊, 若能掌握椎间盘炎的临床特征, 诊断并不困难。病人术后短期内腰腿疼痛状缓解, 又出现腰腿疼, 伴有骶棘肌痉挛, 体温正常, 白细胞正常, 血沉加快, 应考虑椎间盘炎。Lindholm 认为髓核切除术后 1 ~ 2 周血沉升高, 高于 50mm/h, 腰痛加剧, 伴有骶棘肌痉挛应考虑椎间盘炎。本组 9 例中有确诊时血沉低于 50mm/h。我们认为术后腰腿疼缓解后又加重, 伴有骶棘肌痉挛者, 即使血沉低于 50mm/h, 也应根据临床特征诊断椎间盘炎。

3. 椎间盘炎可能是血源性的, 亦可能为手术时污染。椎间盘组织血供差, 术中止血不彻底, 术后形成椎间隙水肿和组织碎片残留, 均是椎间盘炎的诱因。因此我们在术中应彻底止血, 大量生理盐水冲洗伤口内组织碎片, 才逐层关闭伤口, 术后常规放置负压吸引管。同时术后应用大剂量抗生素, 以减少椎间盘炎的发病率。

4. 椎间盘炎的治疗。王惠生^[4]认为椎间盘无血循环, 实验证实抗生素不能随血供进入椎间隙。因此对椎间盘炎的治疗不主张应用抗生素, 而主张明确诊断和手术处理为宜。手术能尽早解除病人痛苦, 早期手术视野清楚, 可直接去除病因。陆宸照等^[3]认为椎间盘炎主要采用非手术治疗, 应用大剂量广谱抗生素, 直至血沉正常, 辅以腰部制动等治疗。

参考文献

1. Lindholm TS. Discitis following removal of intervertebral disc. Spin, 1982, 618 ~ 622
2. Pilgaard. al. Discitis (dosed space infection) following removal of lumbar intervertebral disc. J Bone Joint Surg (Am), 1969, 51: 713
3. 陆宸照, 等. 术后椎间盘炎及文献复习. 中华骨科杂志, 1990, 6: 435