

意手术中尽量少剥离骨膜的观点,以减少骨延迟愈合和不愈合的发生。对移位不多,较易复位的胫骨多段骨折整复后用石膏、夹板或牵引为佳。本组胫骨多段骨折24个肢体手术和保守治疗各12肢体,从结果上看,非手术组效果较好,但从伤情和治疗过程看两者不可偏废,因手术组多为手法整复不佳和有开放性创口及有其它并发症者,两者伤情差异较大。应用何种内固定,与手术效果密切相关。我们体会:股骨胫骨的中上段骨折用梅花针、V型针为好,中远折段以矩形针为好,但股骨下段必须选择宽、厚、长的矩形针,以防强度不够。有人认为Ender针固定股骨多数骨折效果较好<sup>[3]</sup>,但其固定强度令人忧虑。对中间折段较短应用长钢板,斜行骨折和粉碎性骨折外捆钢丝都是可行的。所以认为:多段骨折手术与否,何时手术,应用何种内固定应根据骨折部位、损伤程度、全身

状况、骨折类型及当地医院条件、术者个人经验综合考虑。  
 4.6 理论上讲内固定主要目的之一是使骨折牢固固定,以利关节活动,但对多段骨折有时难以达到,此时术后一定时间内辅以外固定,有助于骨折愈合。本组病例开放性骨折较多但创口明显感染及骨髓炎没有发生,这可能与我们认真清创,创口及皮肤用洁尔灭冲刷有关。

参考文献

[1] 王亦璁,孟继懋,郭子恒主编. 骨与关节损伤. 第2版. 北京:人民卫生出版社,1992. 357-698.  
 [2] 常文助. 高速暴力致同侧肢体多段骨折. 中医正骨,1992,4(1): 28.  
 [3] 张光铂,刘成刚. 下肢长骨多段骨折的治疗. 中华骨科杂志,1996,16:208.

(收稿:1997-03-31 编辑:李为农)

•学习园地•

颈性眩晕的诊断和鉴别诊断

刘青云  
 (南京市回民医院,江苏 南京 210004)

颈性眩晕为椎动脉颈段受颈部疾病影响造成血流障碍所致。颈性眩晕在临床上是一种较为常见的疾病,现将我们四年来对椎动脉第2、3段引起颈性眩晕的诊断体会报告如下。

1 临床资料

本组160例中第2段80例,第3段80例;门诊病人154例,住院病人6例;男68例,女92例;第2段最小年龄50岁,最大年龄79岁,平均64岁;第3段最小年龄25岁,最大年龄58岁,平均40岁,以30~50岁居多数。症状表现为眩晕、恶心、呕吐、眼球水平震颤、视力减弱、模糊、晕厥甚至猝倒等。发病因素与颈段病变有关。体征第3段颈2椎旁环枕肌有深压痛,第2段无。第3段扪之颈2棘突有偏移,第2段无。X线检查:第2段颈椎正侧位片示颈椎正常生理弧度消失或过曲,椎动脉容易受邻近骨赘增生压迫,左右斜位片示横突孔变窄,钩椎关节增生,由于钩椎关节增生压迫椎动脉,往往症状是发作性的,而且是头转向一定方向引起发作,这可与第3段作区别。第3段颈椎张口位寰齿、寰枢关节间隙不等,齿突偏移,颈2棘突偏移。第2段在治疗上用牵引、手法松解颈、肩部软组织,整复小关节。第3段用手手法顶推偏斜颈2棘突,使之恢复正常解剖位置。

2 讨论

2.1 将椎动脉在解剖上分为四段对于诊断和鉴别诊断具有至关重要意义。椎动脉入节6颈椎横突孔,出第1颈椎横突孔为第2段,此段椎动脉在椎旁行走受横突孔限制,当椎间盘变性狭窄时钩椎关节增生向外突出容易引起第2段颈性眩

晕。如头转向一侧时,刺激压迫椎动脉,使椎动脉产生扭曲、痉挛或受压,使血流不足,椎——基底动脉供血不足,出现颅脑缺血的各种症状,故头转向一侧时出现眩晕常是对侧有病变。颈椎正侧位片、左右斜位征象容易与第3段相区别。

椎动脉第3段自出第1颈椎横突孔之后,弯曲度较大,向后弯绕颈、侧块和后弓上方切迹,而进入大孔形成近似四个直角,更容易受到外界影响,是产生颈性眩晕常见部位。影响第3段血运不畅的因素有许多,如长期低头工作,颈部频繁性转动等等,均可导致寰枢韧带松弛,软骨退变,使寰枢椎体不稳,血管弹性减退,血管管腔变窄,椎枕肌群的痉挛,环枕后膜增厚等造成对椎动脉的挤压,使椎动脉第3段发生扭曲、椎动脉变细或梗阻,也是产生眩晕的重要原因。X片示颈椎张口位寰齿、寰枢及枕寰关节间隙左右不等,颈2棘突偏移等是与第2段病变引起的颈性眩晕鉴别依据。但是对于椎动脉一侧先天性闭锁、锁骨下动脉一侧畸形等不属本病范围。

本组根据160例第2、3段颈性眩晕患者的临床体征,结合X线检查,提出颈性眩晕与椎动脉第2、3段的关系较之第1、4段更为密切,肯定了椎动脉第2、3段是颈性眩晕的主要发病部位,同时也评价了X片在诊断椎动脉第2、3段引起眩晕上的临床价值。

2.2 椎动脉第2、3段在年龄统计资料上有明显差别,随着年龄的增长第2段发病病例逐渐增加,而在发病的因素上第2、3段也有明显差异。针对不同部位、不同的病因,在治疗上也有不同。

(编辑:李为农)