

负压吸引法治疗骨髓炎 5 例

陈小平¹ 曾跃林²

(1. 安仁县中医院, 湖南 安仁 423600; 2. 解放军一六三中心医院)

自 1996 年来作者采用负压吸引法治疗骨髓炎 5 例, 收到满意的效果, 现报告如下。

1 临床资料

本组男 4 例, 女 1 例; 急性骨髓炎 1 例, 慢性骨髓炎 4 例; 年龄最小 1.5 岁, 最大 21 岁; 病程最短 10 天, 最长 6 个月; 病变部位: 股骨下段 2 例, 胫骨上段 3 例; X 线片显示骨质均有不同程度的破坏, 4 例有小死骨形成和瘻道, 其中 1 例并发胫骨上端病理性骨折; 1 例全身中毒症状明显, 局部红肿热痛, 并有波动感。

2 治疗方法

2.1 手术指征和时机 急性骨髓炎根据全身中毒症状、局部体征、X 线照片和穿刺确诊后立即手术。慢性骨髓炎瘻道流脓, 经久不愈, 死骨已分离清楚, 包壳充分形成, 术前联合使用抗菌素 1 周。

2.2 手术方法 在基础麻醉下, 急性骨髓炎选择压痛或波动感最明显处作切口, 并在骨皮质上钻孔开窗, 彻底排脓、减压, 然后用无菌生理盐水、2% 双氧水和 1‰ 新洁尔灭液反复冲洗, 确认无脓液及坏死组织; 术者更换手套, 手术台上加盖无菌布, 用 16~18 号的硅胶管剪成数个侧孔放入切口内, 另一端从切口旁 3~4cm 处戳孔引出, 用丝线牢固地缝合固定于出口的皮肤上, 注意出口处位置宜低, 硅胶管不可扭曲, 切口作一期缝合, 引流管接负压瓶。慢性骨髓炎手术时宜彻底切除软组织内的瘻管及瘢痕组织, 清除死骨、脓液、肉芽组织, 修整骨腔边缘, 冲洗伤口时尤应仔细彻底, 其他处理同上。

2.3 术后处理 术后伤肢一般用石膏托外固定即可, 骨质破

坏严重和并发病理性骨折的, 用管型石膏固定后开窗。术后联合使用抗菌素, 急性骨髓炎全身中毒症状和局部体征消失后, 继续使用 2 周抗菌素; 慢性骨髓炎伤口愈合后, 继续使用 4 周抗菌素。保持引流管通畅, 负压引流瓶每天更换 1 次, 观察引流液的量及颜色, 伤口每天换药 1 次。术后 7~10 天如引流管无脓血性分泌物, 仅少量淡黄色透明液体且患者不发热, 局部疼痛消失, 无明显肿胀, 伤口干燥, 白细胞下降, 此时, 可拔除引流管, 2 周后拆线。

3 治疗结果

本组 5 例都得到随访, 随访时间 3 个月至 1 年, 平均 5 个月, 除 1 例并发右胫骨上端病理性骨折的仍用石膏管型外固定, 未下地活动外, 另有 1 例术后的 3 个月复发, 局部溃疡形成, 后再次手术治疗愈合。其余 3 例患儿恢复满意, 未再反复, 行走、生活均正常。X 线拍片无死骨, 骨质都有不同程度的修复。

4 讨论

此手术的要点有: ①切开排脓、开窗减压、病灶清除必须干净彻底, 负压吸引必须通畅。②术后选用高效的抗菌素, 我们选择的是头孢唑啉钠或头孢拉定静推或静滴, 足量足时。③引流管的拔除时机, 以引流管通畅且有负压为前提, 观察到引流液少于 5ml/24h, 呈淡黄色透明液, 结合全身和局部情况, 参考白细胞计数, 一般术后 7~10 天, 方可拔除, 不宜过早。④术后每天换药 1 次, 观察伤口愈合情况及引流液量和颜色。

(编辑: 李为农)

肱骨髁上楔形截骨单纯石膏外固定治疗儿童肘内翻畸形

刘春枝 王爱国

(郑州市骨科医院小儿骨科, 河南 郑州 450052)

自 1992~1996 年, 我科对收治的 41 例肘内翻患者采用了肱骨髁上外侧楔形截骨单纯石膏外固定的方法治疗, 31 例获得随访, 疗效满意。

1 临床资料

本组 41 例, 男 32 例, 女 9 例; 年龄 2.3~12 岁。肘内翻角最大 30°, 最小 15°, 其中 15°~20° 10 例, 20°~25° 28 例, 25°~30° 13 例。本组病例均有肱骨髁上骨折病史, 距受伤时间 8 个月~9 年。

2 治疗方法

2.1 术前准备 术前根据患侧及健侧肘部 X 线片测量肘内翻角度, 再加上健侧正常携物角测得截骨角^[1]。

2.2 切口与显露 采用肱骨下段外侧切口, 依次切开皮肤、皮下组织、深筋膜, 暴露肱骨下段, 纵行切开骨膜, 剥离前、外、后侧的骨膜, 保留内侧骨膜做软组织合页。

2.3 截骨 根据术前所测的内翻角的角度, 于尺骨鹰嘴窝上 2.0cm 处测量并刻出截骨线及角度, 用骨刀做楔形截骨, 保留内侧皮质, 取出截骨块。术者一手握肱骨下段, 一手握住肘关节外展肢体远端, 使截骨面逐渐合拢, 肘内翻矫正。

2.4 缝合 助手保持上肢于矫正位, 术者依次缝合外侧骨膜

及切口各层。

2.5 术后处理 前后侧石膏夹固定肘关节于伸直位, 术后 14 天拆线, 麻醉下换管形石膏固定肘关节于屈曲 90° 位 4 周, 去石膏开始锻炼关节功能。

3 治疗结果

本组 41 例, 术后 X 线片测量, 肘内翻均获得完全矫正, 截骨线均于术后 2 个月内愈合。获得随访的 31 例, 时间最长 4 年, 最短 2 个月。肘内翻畸形无一例复发, 外观良好。肘关节功能正常 28 例, 3 例有 $5^\circ \sim 10^\circ$ 的过伸, 不影响日常生活。

4 讨论

4.1 术后截骨处的稳定程度 我们采用截骨时保留内侧的骨膜及骨皮质起合页作用, 截骨后缝合外侧的骨膜。儿童的骨膜较厚, 且具有较强的韧性, 术后上肢固定于伸直位, 限制肢体的活动, 截骨处不会发生移位。小儿骨具有较强的再生能力, 而且截骨面对合好, 术后 14 天已有大量的软骨痂形成, 麻醉下更换石膏也不致于引起截骨面的移位。术后外侧钢板内固定, 由于肱骨周径的增加, 外侧骨膜难以缝合, 这样虽然

钢板增加了截骨面的稳定性, 但由于骨膜不完整, 对外侧截骨面的愈合不利, 从而削弱了截骨线本身的稳定性。

4.2 骨骺损伤 截骨线距肱骨下端近, 无论用钢板或克氏针做内固定, 以及取内固定物的过程都有可能损伤肱骨远端的骨骺, 不做内固定就没有这种可能存在。

4.3 早期功能锻炼 没有内固定物, 截骨处骨膜完整, 骨折愈合快。一旦截骨面愈合, 便可早期功能锻炼。无论是钢板或是克氏针做内固定, 都会因活动时内固定物对局部的刺激引起疼痛, 使病人不愿意活动关节。加上取内固定物的二次手术痛苦, 都不同程度地影响肘关节的功能锻炼。

4.4 石膏外固定 二次手术取内固定物, 不但身体上给病人增加了痛苦, 也加重了病人的经济负担。所以肱骨髁上楔形截骨单纯石膏外固定是治疗儿童肘内翻简单实用的方法。

本组中有 3 例术后存在 $5^\circ \sim 10^\circ$ 的肘关节过伸, 复习术前 X 线片发现均有肱骨下段后倾, 截骨时只要将前侧骨皮质适当地比后侧骨皮质多截一些, 便能矫正术后的肘关节过伸。

(编辑: 李为农)

中药离子导入治疗髌骨软化症 50 例

李亮

(广州市荔湾区中医医院, 广东 广州 510176)

我院骨科自 1998 年以来, 采用中药离子导入治疗髌骨软化症 50 例, 取得较满意疗效, 现报告如下。

1 临床资料

本组 50 例中男 9 例, 女 41 例; 年龄 20~74 岁; 病程最长 5 年, 最短 3 个月。其中左侧髌骨病变 18 例, 右侧髌骨病变 20 例, 双侧髌骨病变 12 例。患者膝前疼痛或肿胀, 下楼、下蹲时疼痛加重, 膝关节屈曲受限, 严重者跛行, 髌骨研磨试验阳性, 病人大多有不同程度的股四头肌萎缩。股四头肌肌力下降(伸膝抗阻试验阳性) 40 例。X 线摄片示: 单纯髌骨边缘增生, 软骨面粗糙、致密者 37 例; 合并髌骨向外侧偏移或半脱位者 13 例; 髌股间隙变窄者 10 例。

2 治疗方法

采用 OZY-1 电脑骨质增生治疗仪(北京无线电仪器厂生产), 每天 1 次, 每次 30 分钟, 20 天为 1 疗程。方药配制: I 号液由乳香、没药以酒提方法制备。II 号液由麻黄、桂枝、威灵仙、川乌、田七、入地金牛、骨碎补、鹿含草、白藓皮加水煎成。治疗时将 I 号液涂于患膝, 然后把 0.5cm 厚的布垫用加热的 II 号液浸湿, 上置电极板, 正极放于膝前, 负极放于疼痛放射所至的部位或膝侧, 压上约 1kg 重的沙袋, 打开电源开关, 调节按钮至适当位置。

3 治疗结果

疗效评定标准^[1]: 优, 膝屈伸运动完全正常, 无疼痛, 能行走 3km 以上; 良, 膝屈伸达正常范围的 75%, 偶有疼痛(不用止痛药); 可, 膝关节运动范围较治疗前有不同程度改善, 疼

痛较治疗前明显减轻; 差, 膝关节疼痛及活动均无改善。本组 50 例, 经 1~4 个疗程治疗后, 优 30 例, 良 14 例, 可 5 例, 差 1 例。优良率 88%。

4 讨论

髌骨软化症多见于 30~50 岁的中青年, 从近年我院骨科门诊来看, 发病率颇高, 国内有报道发病率达 36.2%^[1]。目前国内对本病的治疗方法, 主要有中医的中药内服、外敷、熏洗及按摩推拿, 西医的封闭、电刺激、关节镜治疗及只适用于病变晚期的关节置换术等, 疗效尚不理想。

我们对髌骨软化症按中医传统理论进行辨证, 认为本病是由于肾气偏虚, 劳伤筋骨, 瘀阻经脉所致, 以补肾、活血、通络为治则, 采用局部中药导入, 以改善关节血液循环, 增加氧供, 促进代谢产物排泄, 促进组织细胞修复。

本疗法安全可靠, 不具创伤性, 治疗过程无任何痛苦, 患者易于接受, 且操作简便, 药源丰富, 尤适合基层医疗单位采用。在治疗时, 若能配合补肾、活血、通络的中药内服及熏洗, 可缩短疗程。

由于本院条件所限, 未能对患者作关节镜及 MRI 检查, 以确定病变分期^[2], 故本疗法对本病病变各期治疗后髌骨面的修复情况, 有待今后进一步观察与研究。

参考文献

- [1] 叶启彬. 髌骨软化症. 广州医药, 1997, 28(4): 1.
- [2] 吴春江. 髌骨软化症的 MRI 研究进展. 国外医学·临床放射学分册, 1996, 19(1): 22.

(编辑: 连智华)