

出或突出较多。到目前为止,公认腰椎间盘突出症的发病机理是由于突出物刺激或卡压神经根所致。也就是说,如果突出物没有刺激或卡压神经根,则不应该出现临床症状。Wiesel^[3]为一批无症状的中老年人进行 CT 检查,发现其中 35.4% 的 CT 图像是异常的。我们从中不难看出,CT 能将引起临床症状的间盘突出检查出来,同时也能将未引发症状的突出检查出来,从而造成 CT 检查符合率不高,同时也给手术的探查范围带来不利的影响。因此单纯依赖 CT 检查,做为术前诊断定位的依据是不够的。必须进行深入细致的体格检查,结合 CT 检查发现,综合分析后,得出正确的定位诊断。

综上所述,我们认为临床检查是腰椎间盘突出症的诊断

和术前定位的基础,结合 CT 检查的客观发现,进行综合分析做出定位诊断。对少数疑难病例,诊断有困难时应加做脊髓造影检查,或 CTM 检查以确诊。

参考文献

[1] 沈慧勇,林道贤,王延斌,等.腰椎间盘突出症的诊断问题.颈腰痛杂志,1995,16:3.
 [2] 刘润田.脊柱外科学.第2版.天津:天津科学技术出版社,1987.207.
 [3] Wiesel SW. Study of computer assisted tomography I. The incidence of positive CAT Scans in an asymptomatic group of patients. Spine, 1984, 9: 549.

(编辑:李为农)

100 例骨髓炎临床用药及药敏调查

邱永荣 谢建新 邱汉民

(龙岩市第一医院骨科,福建 龙岩 364000)

1993~1998 年,我们共收住急慢性骨髓炎 100 例,其中 89 例行切开引流或病灶清除术,并做了脓液或病灶清除物细菌培养及药敏试验,38 例培养出致病菌,51 例培养无细菌生长,11 例未行手术治疗,亦未作血培养。现将住院期间用药状况及药敏结果报告如下。

1 临床资料

一般资料 本组 100 例中男 66 例,女 34 例;年龄 3 岁~72 岁,平均 43.2 岁。急性骨髓炎 22 例,慢性骨髓炎 78 例。血源性 92 例,开放骨折并感染 8 例。部位:股骨 31 例,胫骨 28 例,腓骨 3 例,肱骨 23 例,尺桡骨 13 例,掌骨 2 例。病程 10 天~20 年,住院日期 18~112 天。手术治疗 89 例,其中钻孔引流 18 例,病灶清除+双管闭式冲洗负压引流 68 例,骨段切除 3 例。切口甲级愈合 74 例,乙级 13 例,丙级 2 例。非手术治疗 11 例。随访 1 年以上,急性骨髓炎 22 例中 1 例股骨、1 例胫骨复发,慢性骨髓炎 78 例未复发,肢体关节功能正常。

2 用药状况

所有病例入院后均给予抗生素治疗。住院期间手术组 89 例用药 12~18 天,平均 14 天,非手术组 11 例用药 14~24 天,平均 20 天。具体用药种类见表 1。

3 细菌培养及药敏试验结果

将手术组 89 例的手术引流脓液或病灶清除肉芽组织送细菌培养。51 例培养无细菌生长,38 例培养出致病菌并作药敏试验。38 例阳性培养中,25 例金黄色葡萄球菌所选择的敏感药物依次为:先锋 V 号 15 例,庆大霉素 20 例,环丙沙星 16 例,氟哌酸 12 例,氯霉素 10 例等;5 例铜绿假单胞菌依次为:环丙沙星 5 例,氟哌酸 5 例,庆大霉素 3 例;3 例阴沟肠杆菌依次为:万古霉素 3 例,呋喃妥因 3 例,庆大霉素 1 例;2 例白色葡萄球菌依次为:先锋 V 号 2 例,庆大霉素 1 例,环丙沙星 1 例;2 例绿脓杆菌为:丁胺卡那 2 例,庆大霉素 1 例,复达欣 1 例;1 例肺炎双球菌为:先锋 V 号、氯霉素、洁霉素等。

表 1 100 例骨髓炎临床用药种类及使用时间

药名	用药例数	平均使用时间(天)
青霉素	78	12.2
庆大霉素	63	10.8
丁胺卡那	57	9.6
洁霉素	33	12.2
先锋 VI 号	27	9.6
先锋 V 号	24	12.8
舒氨西林	24	10.2
头孢噻吩钠	24	9.3
链霉素	24	10.6
甲硝唑	12	10.6
红霉素	6	9.8
先锋 IV 号	6	12.2
氨苄青霉素	6	10.3
异烟肼	3	6
环丙沙星	16	9.6
氟哌酸	18	8.4
氯霉素	7	8.2

4 讨论

使用抗生素是治疗骨髓炎必不可少的措施。由表 1 中可见,本组 100 例中临床使用率较高的药物依次为青霉素、庆大霉素、丁胺卡那、洁霉素、先锋 V 号、先锋 VI 号、舒氨西林、头孢噻吩钠、链霉素,不常用的还有 8 种,种类繁多。常规联合用药为青霉素和链霉素;洁霉素和庆大霉素;然后渐升级至先锋 V 号和丁胺卡那;舒氨西林和丁胺卡那等。62 例按以上常规用药者,3 天内体温控制或疼痛减轻或切口炎症反应消退则继用,如无好转则改用新一代同类抗生素,平均用药 16.2 天。而 38 例细菌培养阳性患者,我们均及时更改抗生素,视炎症轻重二联或三联用药,平均用药 10.8 天,时间显著缩短。考虑到 51 例培养无细菌生长和非手术治疗 11 例所存在的盲目用药状况,以及 38 例细菌培养中金黄色葡萄球菌占 66% 的

结果,我们建议治疗骨髓炎在未获得细菌培养及药敏试验结果或培养“无细菌生长”时,首选药物为先锋 V 号、庆大霉素、环丙沙星联合用药,对经济状况较差的患者,以庆大霉素、氟哌酸、氯霉素联合使用为宜。避免滥用抗生素,是医学界的共识。

青霉素、洁霉素、链霉素虽然经济便宜,但由于耐药菌株的不断增多,对未能培养出致病菌无法选择敏感药物的病例仍不宜使用,以免延误病情导致炎症加重,或因等待疗效延长使用抗生素时间导致更多耐药菌株出现。

为避免急性骨髓炎转为慢性,要求在治疗期体温降至正常后,仍应继续使用抗生素 2~3 周,才能停药,可根据病情改口服药,门诊随访。慢性骨髓炎手术切口愈合拆线出院后,我

们的体会是仍需继续口服 1~2 周抗生素,以免复发。本组 100 例患者均按以上常规处理,随访 1 年以上,其中 1 例股骨、1 例胫骨急性骨髓炎再次复发,其余痊愈。

及时的钻孔引流是治疗急性骨髓炎的必要措施。一可作细菌培养,选择敏感抗生素,二可引流排出细菌及脓液,避免产生死骨,否则虽大量长期使用抗生素也难以完全根治。本组 22 例急性骨髓炎中 18 例接受手术钻孔引流者均未复发。慢性骨髓炎病灶清除术+双管闭孔冲洗负压引流(庆大霉素 8 万单位加 500ml 盐水外用,每日 3000~5000ml;持续 10~14 天),能有效清除病灶残余细菌及炎症组织和积血,提高切口甲级愈合率,避免复发。本组 68 例中甲级愈合 60 例,乙级 6 例,丙级 2 例,疗效满意,值得采用。

(编辑:房世源)

腰椎间盘突出症手术疗效回顾性分析

戴忠良

(光明中医医院,上海 南汇 201300)

我院自 1994 年 2 月~1997 年 3 月共手术治疗腰椎间盘突出症 49 例,现就手术疗效作回顾性分析如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 49 例中男 32 例,女 17 例;年龄 26~59.6 岁,平均 36.4 岁。发病原因:腰扭伤 26 例,汽车撞伤 2 例,余无明显发病诱因但大多数从事弯腰体力劳动或有着凉受寒病史。病程最长 6 年,最短 8 天,平均 3.2 年。

1.2 临床表现 本组病例腰痛伴下肢放射痛、小腿外侧或足背部麻木 44 例。两下肢交替痛后又固定单侧痛者 6 例;腰痛伴脊柱侧弯畸形 6 例;伴间歇跛行或严重跛行各 2 例,腰痛伴骶尾部、会阴部皮感异常 1 例;直腿抬高试验阳性者 46 例。突出类型:旁侧型 47 例(左侧 16 例,右侧 31 例),中央型 2 例。诊断依据:主要根据病史、症状体征、X 线摄片及 CT 扫描。手术证实:腰椎间盘突出合并椎管狭窄或侧隐窝狭窄 9 例;合并黄韧带肥厚 3 例;破裂之椎间盘髓核组织游离于椎管内 2 例;症状重现二次手术中 1 例为椎间盘髓核组织遗留过多,另 1 例为术后疤痕粘连伴神经根管狭窄,余为单纯性椎间盘突出。突出部位:L_{4/5}椎间盘 14 例,L₅S₁椎间盘 31 例,L_{4/5}及 L₅S₁椎间盘同时突出 4 例。

2 治疗方法

患者取俯卧法,采用可调式胸腹软垫架,可使腰变直,腹部悬空,便于显露神经根与突出之椎间盘,常规作侧卧肌剥离、“开窗”式椎间盘髓核摘除 35 例,本组行半椎板切除 3 例,蝶形骨块棘间扩张融合 1 例,同时作神经根管松解 10 例。

3 治疗结果

随访 1 个月~3.2 年。术后症状完全缓解,恢复原工作 41 例(占 83.7%);腰部仍时痛尤以劳动过度后加重,但经休息后症状可消失,不影响原工作 4 例(占 8.2%);经常腰痛并伴有下肢麻木感,不能恢复原体力劳动 2 例(占 4.1%);术后症状重现 3 例(占 6.1%)。二次手术 2 例,另 1 例因拒绝第二

次手术经保守治疗好转后自动出院。

4 讨论

4.1 术前定位 术前应根据临床资料进行综合分析,明确腰椎间盘突出症的病理类型,是膨出、突出、脱出还是游离型,存在椎管或神经根管狭窄与否,对可疑椎管内占位性病变更特殊情况最好作 MRI 加以排除。做到正确定位,避免开错部位。本组有 4 例腰椎骶化或移行椎,CT 扫描定位与 X 线摄片定位有误,笔者认为虽然 CT 扫描优于腰椎碘油造影,但也不能忽略常规 X 线摄片的重要性。因为 X 线摄片能够在排除其他病变的前提下,还可以定位,必要时可术前 X 线电透镜下用注射针头定位,注射美蓝液标记,是一种既简便且可靠的方法。

4.2 严格掌握手术适应症 对于明确诊断为腰椎间盘突出症的病人,首先应采用非手术的中、西结合治疗,只有当保守治疗无效又具明显手术适应症时,才予考虑手术问题。这也符合当今临床诊断腰椎间盘突出症后约 10%~20%的病人需经手术治疗^[1]的报道。但需指出的是,一旦手术指征确立,必须掌握有利时机,对惧怕手术及经济问题或对并发症顾虑重重的患者,要认真做好思想疏导,使之消除心理障碍。否则,由于病人的拒绝而延误了有利治疗时机而导致预后不良。

4.3 手术方式 手术方式应考虑尽量减少对脊柱结构和其周边软组织的破坏,要处理好手术的彻底性和脊柱的稳定性。笔者同意李稔生等^[2]的观点,尽量采用开窗法术式,术后反应小,感染少,恢复快。在彻底清除病灶的同时,有必要探查相邻上、下两个椎间隙。对年龄大、病程较长、反复发作且有间歇性跛行的病人,应将增厚的黄韧带、脂肪垫一并切除,更不能遗留对侧侧隐窝、神经根管狭窄的松解。总之,要彻底解除压迫脊髓或神经根的一切可能性因素才能有效地防止复发。本组有 1 例 3 年前在外院作手术后在原部位复发,二次手术证实椎间盘髓核组织遗留过多。