

瘀血阻滞。据报道 25% 以上骨质疏松症的妇女发生一个或几个椎体的骨折。在美国 45 岁以上人群每年有 1500~2000 万人患骨质疏松症, 而其中超过 20 万人发生骨折^[13]。张玉生等^[14]将 66 例骨质疏松症患者分为肾虚骨瘦型, 治以补肾壮骨。肾虚血瘀型, 治以补肾壮骨、化瘀通络, 2~3 个月后, 经 X 线片前后对照, 有 38 例患者骨质疏松程度明显改善 ($P < 0.05$)。罗国衣^[15]治疗骨质疏松症导致的骨折 102 例, 将其分为: 肾虚骨瘦型 39 例, 治以益肾壮骨、活血止痛。肾虚血瘀型 63 例, 治以益肾逐瘀。后经 X 线摄片观察, 骨痂愈合良好, 骨质疏松症状消失或好转, 其中 4~15 天疼痛得以抑制的有 78 例, 偶尔再犯的 21 例, 再发生率 1%。陈继平^[16]认为虚中夹瘀是骨质疏松症的病变机理, 采用健脾补肾、活血化瘀法治疗骨质疏松症 38 例, 显效 20 例(痛止或明显好转, 功能基本恢复, Singh 指数改善), 好转 14 例, 无效 4 例。

参考文献

- 1 许志奇, 郭素华, 杨定焯, 等. 肾虚证骨矿物质含量的初步研究. 中西医结合杂志, 1991, 11(3): 222.
- 2 李泉玉, 刘玉槐, 徐文贵, 等. 肾虚者骨矿含量测定的意义. 白求恩医科大学学报, 1992, 18(3): 296.
- 3 村上元孝, 龟山正邦著, 邹元植译. 老年病学. 北京: 人民卫生出版社, 1981. 11.
- 4 谢可永. 补肾法治疗骨质疏松症 55 例疗效观察. 中医杂志, 1986, 27(6): 40.

- 5 梁立. 补肾中药治疗骨质疏松症的临床观察. 中医杂志, 1992, 33(1): 39.
- 6 宋献文, 石印玉, 沈培芝, 等. 补肾中药防治绝经后骨质疏松症的实验研究. 上海铁道医学院学报, 1995, 9(3): 141-145.
- 7 丁桂芝, 周勇, 李榕, 等. 补肾法对骨质疏松大鼠骨代谢影响的作用机理探讨. 中国中医骨伤科杂志, 1995, 3(3): 1-4.
- 8 谢林, 姚共和, 郭振球. 健脾养胃法治疗骨质疏松症初探. 湖南中医学院学报, 1996, 16(4): 7-9.
- 9 卢心宇. 辨证治疗老年性骨质疏松症. 福建中医学院学报, 1994, (1): 25-26.
- 10 赵咏芳, 张戈, 史万忠, 等. 骨质疏松症中医证型的初步临床报告. 中医正骨, 1998, 10(5): 9-10.
- 11 罗为民. 健脾补肾法防治绝经后骨质疏松症的计量学研究. 中国中医骨伤科杂志, 1995, 3(2): 1-4.
- 12 刘炎, 王健维. 针刺补肾健脾法治疗骨质疏松症的临床观察. 针灸临床杂志, 1996, 12(7,8): 24.
- 13 李安荣, 周婴, 周晓琳. 骨质疏松症. 合肥: 安徽科学技术出版社, 1998. 239.
- 14 张玉生, 朱晓波, 张志平, 等. 中药治疗老年性脊椎骨质疏松所致腰背痛. 中医正骨, 1997, 9(6): 28.
- 15 罗国衣. 绝经后骨折与骨质疏松症 102 例中医治疗. 中国骨伤, 1996, 9(6): 33.
- 16 陈继平. 虚中夹瘀论治老年性骨质疏松症 38 例. 黑龙江中医药, 1999, 30(6): 29-30.

(收稿: 2001-05-10 编辑: 李为农)

• 短篇报道 •

切吸疗法治疗腰椎间盘突出术后椎间隙感染 3 例报告

唐兆宏 段延民 张留宪

(莘县第三人民医院外科, 山东 莘县 252427)

椎间隙感染是腰椎间盘突出后一种严重并发症, 我们自 1995 年 1 月至 1999 年 12 月, 行椎板开窗髓核摘除术 165 例, 感染 2 例; 行经皮穿刺腰椎间盘切吸术 62 例, 感染 1 例, 此 3 例均采用切吸并椎间隙置管冲洗进行治疗, 效果满意, 报告如下。

例 1, 男, 45 岁, 因 L_{4,5} 椎间盘突出, 于 1995 年 4 月住院, 行椎板开窗髓核摘除术, 术中顺利, 术后腿痛消失, 术后第 5 日出现腰部剧烈疼痛并向患侧下腹部及腹股沟区放射, 夜间重不能入眠。查体: 体温 37.4℃, 刀口无红肿, 两骶棘肌痉挛, 第 6 日查 WBC 10.0 × 10⁹/L, N 0.75, ESR 40mm/h, 考虑为椎间隙感染, 即在局麻下行患侧 L_{4,5} 椎间盘切吸, 见有少量黄色液体流出, 灭滴灵, 庆大霉素, 盐水冲洗后, 椎间隙置入一粗细相当的双腔导尿管(两端剪除), 细孔接输液器滴入灭滴灵, 庆大霉素盐水, 粗孔接引流袋, 冲洗 3 天拔除, 同时全身应用大剂量抗生素等治疗。患者于切吸后第 1 天疼痛减轻, 4 周基本消失, 复查 ESR 18mm/h, 出院。

例 2, 女, 36 岁, 因 L_{4,5} 椎间盘突出, 于 1996 年 5 月住院, 行经皮穿刺腰椎间盘切吸术, 术后症状减轻, 至第 7 日腰腿痛加重, 不敢翻身, 且逐渐加重, 第 9 日剧痛, 病床振动即引起发

作。查体: 体温 37.6℃, 两骶棘肌痉挛, L_{4,5} 压痛明显, 查 WBC 13.0 × 10⁹/L, N 0.78, ESR 52mm/h, 考虑为椎间隙感染, 即行同间隙再次切吸并置管冲洗, 方法、用药同例 1, 术后第 1 日疼痛减轻, 5 周腰腿痛较入院前明显减轻, 复查 ESR 20mm/h, 出院, 5 个月随访腰腿痛消失。

例 3, 男, 48 岁, 因 L₅S₁ 椎间盘突出于 1998 年 10 月住院, 行椎板开窗髓核摘除术, 术后腿痛消失, 至第 6 日出现腰痛并向臀部放射, 第 7 日剧痛, 不敢翻身。查体: 体温 37.5℃, 两骶棘肌痉挛, 查 WBC 12.0 × 10⁹/L, N 0.76, ESR 40mm/h, 考虑为椎间隙感染, 即行切吸置管冲洗, 方法、用药同前 2 例。术后第 1 日疼痛减轻, 5 周基本消失, 复查血沉 16mm/h, 出院。

讨论

椎间隙感染重在预防, 我们认为要注意以下几点: (1) 手术间卫生及消毒, 尤其是在放射科进行经皮穿刺腰椎间盘切吸者。(2) 严格无菌操作, 最小创伤, 彻底止血, 认真冲洗椎间隙并放引流管。(3) 术前检查病人有无远处感染灶, 如皮肤、呼吸道、泌尿系感染及盆腔炎等, 一旦发现要延期手术。

(收稿: 2000-10-23 编辑: 李为农)