

效果确切<sup>[4]</sup>。所以,对于颈椎管发育性狭窄合并脊髓型颈椎病不应一味单纯强调前路或单纯强调后路手术,前路、后路手术各有适应证。

**4.3 前路手术操作的注意事项** 无论是采用环锯法还是椎体次全切除法都要求减压范围足够,减压彻底。若两侧减压不够,脊髓硬膜囊会前移突入骨槽中,形成新的卡压,影响疗效,故潜式扩大解除椎管前壁致压因素很重要<sup>[1]</sup>。植骨采用三面带皮质的髂骨加前路钢板有利于植骨融合增加术后颈椎的稳定性。术中预防椎动脉损伤的技术应用也很重要<sup>[1]</sup>。

**4.4 后路手术操作的注意事项** 单开门颈椎管扩大成形术是一种疗效确切、持久、并发症少的术式。对于多节段的病变,减压范围要充分,需多节段减压,因为只有减压完全,颈脊髓才能充分后移,增大颈椎管的前后径,达到良好的治疗效果<sup>[4]</sup>。本组 20 例均自 C<sub>3</sub>~ C<sub>7</sub> 单开门,效果良好。为了减少手术后出现的颈椎反弓畸形、再关门现象,操作应注意:①将掀开的椎板残留的棘突与门轴侧关节突关节上用巾钳打孔,用钢丝或丝线固定<sup>[5]</sup>,或将残留的棘突与

门轴侧的小关节囊缝合固定<sup>[6]</sup>,门轴侧“V”形骨槽开到恰到好处均有利于防止再关门现象的发生。②缝合附着于 C<sub>2</sub>~ C<sub>3</sub> 棘突处的伸肌群以及 C<sub>2</sub>~ C<sub>3</sub> 间项韧带,重建伸肌结构,保持伸肌张力,预防颈椎反弓畸形很重要<sup>[7,8]</sup>。

参考文献

- 1 杨庆国,江曙,张建湘,等.椎体次全切除椎管前壁潜式扩大术治疗脊髓型颈椎病.中国脊柱脊髓杂志,2002,12(2):120-122.
- 2 贾连顺,朱海波,袁文,等.发育性颈椎管狭窄合并颈椎病的诊断和治疗.骨与关节损伤杂志,1995,10(1):34-37.
- 3 周明俊,林庆光,赵新建.脊髓型颈椎病合并发育性颈椎管狭窄的手术治疗.广东医学,2000,21(1):54-55.
- 4 刘忠军,党耕町,蔡钦林.应用单开门椎板成形术治疗颈椎后纵韧带骨化症.中华骨科杂志,1999,19(6):336-338.
- 5 杨庆国,江曙,汤健,等.颈椎管扩大成形术的实验和临床.安徽医科大学学报,1996,31(5):443.
- 6 梅伟,杜良杰,蔡钦林,等.颈椎管单开门扩大成形术并发症及防治对策.中国脊柱脊髓杂志,2002,12(1):50-51.
- 7 王少波,蔡钦林,党耕町,等.单开门颈椎管扩大成形术的远期疗效观察.中华骨科杂志,1999,19(9):519-522.
- 8 任喜龙,王相利,王少波,等.单开门棘突重建颈椎管扩大成形术治疗脊髓型颈椎病.中国脊柱脊髓杂志,2001,11(3):136-138.

(收稿:2002-08-23 编辑:李为农)

• 短篇报道 •

成骨通络丸治疗儿童早中期股骨头缺血性坏死 38 例

林乔龄 孙克民 郑亚明  
(漳州市中医院,福建 漳州 363000)

1990-1996 年采用皮牵引配合成骨通络丸治疗儿童股骨头缺血性坏死 38 例,获得满意疗效,现分析如下。

1 临床资料

本组 38 例,男 30 例,女 8 例;年龄 4~11 岁。其中 4~7 岁 26 例,8~11 岁 12 例。病程最短 3 个月,最长 1 年。有明显外伤史 32 例,原因不明 6 例,均无饮酒及长期服用激素病史。双侧发病 3 例,左侧 22 例,右侧 13 例。按 Ficat 分期法 I 期 8 例,II 期 24 例,III 期 6 例。临床表现均以髋、膝疼痛,行走时出现不同程度跛行及外展外旋功能障碍就诊。查体见髋前方腹股沟中部压痛,内收肌附着于耻骨处及膝部压痛,髋关节活动受限,髋屈曲、外展、外旋度减小,“4”字试验及托马氏征阳性,纵向叩击时髋部疼痛明显。本组病例经 X 线片及 CT 扫描,均有股骨头密度改变及囊性变。其中 6 例有股骨头外形轮廓改变,头髋变扁且破裂,出现轻度塌陷。

2 治疗方法

成骨通络丸治疗儿童股骨头缺血性坏死的实验研究系福建省中医药中西医结合科研项目,课题编号:9705。成骨通络丸由漳州市中医院制剂室研制生产,生产批号:20000513,由川芎、当归、鳊鱼头(干粉)、赤芍、鸡血藤、巴戟天、骨碎补、续断、茯苓、泽泻各 100 g,熟地 80 g,血竭 3 g,自然铜 150 g 等药

组成,按国家规定的中成药工艺流程制成丸剂。口服,每日 3 次,每次 10 g,3 个月为 1 疗程。皮牵引,重量 2~3 kg,屈髋 20°,外展 15°,牵引时间 1~3 个月。下地行走时 3 个月内禁止跑、跳等剧烈运动。

3 治疗结果

38 例均获随访,随访 1~5 年 12 例 13 髋,5 年以上 26 例 28 髋。根据髋关节功能和 X 线改变作为疗效评价依据。优:患髋疼痛、跛行消失,髋关节运动灵活,X 线显示股骨头恢复正常,随访无复发。良:患髋疼痛、跛行消失,X 线片示股骨头破坏较治疗前明显改善,随访半年内病情稳定,无反复;可:疼痛、跛行明显减轻,X 线片示股骨头骨质破坏有所改善,但停药后半年内病情时有加重反复;差:疼痛、跛行明显,X 线片示股骨头变扁、塌陷或囊性变。随访 1~5 年的 13 髋中,优 7 髋,良 4 髋,可 2 髋。随访 5 年以上的 28 髋中,优 20 髋,良 6 髋,可 1 髋,差 1 髋。

4 讨论

保守治疗儿童股骨头骨骺缺血坏死,只要尽早诊断,及时规则治疗,髋关节的功能都能得到恢复,形态也得到修复和模造,能取得手术治疗所希望的疗效,完全可以最大限度减少出现病残儿童。

(收稿:2002-08-21 编辑:李为农)