

使局部炎性物质吸收、消除软组织和神经根炎性水肿作用。通过硬膜外导管将药物直接注入到椎间盘突出部位,使受压迫刺激的神经细胞起到直接营养修复作用。

4.3 药物治疗机制 首先药物直接作用到病变局部,降低疼痛感受器敏感性,有效地阻断了痛觉的传导通路,达到即刻止痛的目的;同时阻断了疼痛的恶性循环,解除了障碍部的反射性肌肉挛缩和血管收缩;改善了血液循环状态,促进了自然治愈力。消除神经根受刺激后引起的无菌性炎症,改善神经营养,抑制反射性交感营养不良^[2]。短时快速推入硬膜外腔的药液可形成一过性高压液体团。起到“液性剥离”作用,使粘连松解。在椎间盘突出时,可促使髓核及破裂的纤维环

向腹腔内侧移位,缓解了椎间盘突出物对脊神经根的压迫作用。全部病例导管留置均为 9 d,导管入口处隔日消毒换药 1 次,导管头用无菌敷料包好并固定在皮肤上,全部病例均未出现感染。

4.4 注意事项 ①要严格遵守无菌技术操作原则以预防感染;②要谨防穿破硬膜,绝对避免脊髓损伤;③女性月经期慎用,否则可延长经期,停药后自愈。

参考文献

- 1 支满霞. 硬膜外腔注药治疗顽固性腰腿痛. 中国骨伤, 1993, 6(1): 28.
- 2 刘桥义. 硬膜外腔注药治疗腰痛. 中国矫形外科杂志, 1994, 1(1): 39.

(收稿: 2003-01-28 修回: 2003-05-16 编辑: 连智华)

· 短篇报道 ·

L 梯形加压钢板治疗股骨转子间骨折

王亚军¹ 张满江¹ 孙树东¹ 李成秀² 孙莉¹ 赵凡¹ 韩冰¹

(1. 吉林大学第二医学院, 吉林 长春 130041; 2. 梅河口市医院)

1996-2001 年以来采用 L 梯形加压钢板治疗股骨转子间骨折 65 例, 疗效满意, 介绍如下。

1 临床资料

本组 65 例, 男 28 例, 女 37 例; 年龄 28~80 岁, 平均 62.2 岁。按着 Evans 分型标准: I 型 4 例, II 型 9 例, III 型 23 例, IV 型 29 例。

2 治疗方法

患者入院后先行患肢皮牵引, 积极治疗并存症, 并存症多或较重患者, 应请内科会诊并协助治疗。牵引 3~10 d 后行手术治疗。采用连续硬膜外或腰-硬联合麻醉。患者仰卧位, 在 C 型臂 X 线机透视牵引下复位, 维持在患肢外展内旋位。取股骨大转子外侧切口, 显露股骨大转子和股骨上段, 于大转子下方 3 cm 左右沿股骨颈轴线钻入 1 枚克氏针作为导针, C 型臂 X 线机定位确定方向及进针长度合适, 在股骨大转子下 3 cm 处外侧凿一 1.5 cm×0.3 cm 骨槽, 将预先测量选择合适的 L 梯形加压钢板轻轻击打入股骨头, 按 AO 内固定原则, 经钢板钉孔近端向股骨头拧入 1 枚松质骨螺钉, 远端拧入 4 枚皮质骨螺钉, 若有小转子骨折, 将小转子复位后用 1 枚皮质骨螺钉通过或不通过钢板固定。术中 C 型臂 X 线机透视确定骨折复位良好, 钢板固定牢固, 切口置一胶管行负压引流。平均手术时间 60~90 min, 输血 400~600 ml。

3 治疗结果

本组 65 例均无术中并发症。其中 4 例术后 2~4 d 发生患肢深静脉血栓, 经过祛聚、溶栓等治疗患肢逐渐消肿。术后 3 d 可以坐起, 1~2 周可扶拐非负重功能练习, 5~12 周可逐渐进行负重功能练习, 平均 3~4 个月骨折愈合。全部病例中 60 例得到随访, 3 例患者已死亡, 2 例因地址变动而失访, 随访时间 8 个月~6 年。3 例出现髓内翻畸形。根据王福权[陆裕朴. 实用骨科学. 北京: 人民军医出版社, 1991. 652-660]的髓部骨折评定标准: 优 40 例, 尚好 16 例, 差 4 例。

4 讨论

L 梯形加压钢板依据 AO 内固定原则, 钢板与螺钉作用, 使骨折块间持续加压, 钢板强度适中, 避免了一定程度的应力遮挡效应, 钢板取出后无再骨折发生。L 端对骨组织的切割作用小于角状钢板。良好的复位及复位后早期维持稳定性是治疗股骨转子间骨折成功的关键。股骨转子间骨折的稳定, 主要取决于其后内侧结构是否基本保持完整, 而后内侧结构的破坏及移位应视为不稳定性骨折。生物力学实验表明, 股骨转子间骨折后内侧骨皮质缺损的范围越大, 对于骨折稳定性的破坏也越明显[中华骨科杂志, 1996, 16(4): 204-206]。本组 3 例发生髓内翻畸形, 就是由于术中小转子复位固定不良, 造成后内侧骨皮质完整性破坏, 支撑作用减弱所致。

(收稿: 2002-08-20 编辑: 李为农)