

力,增加了矫形的有效性和安全性。该方法对脊柱侧凸进行了三维矫正<sup>[3]</sup>即冠状面 Cobb 角纠正,矢状面正常化和水平面去旋转。并对脊柱与头部 - 躯干 - 骨盆 - 下肢进行轴动态分析,从而达到了脊柱生理状态的“平衡”。

无论前路松解还是后路固定,使脊柱畸形前路松解得到了即时矫形,但却是暂时的。持久保持纠正度依靠的不是内固定本身而是坚固的骨融合。所以,植骨是脊柱畸形矫形最基本内容,最终的目的是获得脊柱融合。植骨融合的基本原则: 软组织。彻底清除植骨床的软组织,并对植骨面去皮质,前路椎间植骨必须清除上、下终板,后路则需切除小关节突关节囊、关节软骨和横突上软组织; 去皮质。后路植骨去皮质,在腰椎就清除小关节突的关节面软骨,可用“V”形截骨法,然后在“V”形槽内嵌入植骨

块,同时横突后外侧植骨;在胸椎要对椎板行绞链式去皮质; 植骨。以自体髂骨为主,把植骨块剪成火柴棍大小骨条,先植松质骨后植皮质骨,凹侧植骨略多于凸侧,胸腰椎交界处植骨应略多于胸椎。融合水平选择原则: 融合应将矢状面上所有畸形节段和所有结构性侧凸包括在内,特别是将胸腰段交界性后凸畸形包括在内。融合后脊柱的平衡是由未融合的活动节段来维持,尽可能保留 3 个运动节段。

参考文献

- 1 Tencer AF, Hampton D, Eddy S. Biomechanical properties of threaded inserts for lumbar interbody spinal fusion. Spine, 1995, 20(5): 2408-2414.
- 2 Dubousset J, Shuttlebarger HL, Herring JA. The crank shaft phenomenon. J Pediatr Orthop, 1989, 9(4): 541-550.
- 3 Eysel P. Biomechanical principles of ventral and dorsal instrumentation correction in scoliosis. Orthopade, 2000, 29(6): 507-517.

(收稿日期:2004 - 06 - 08 本文编辑:连智华)

短篇报道 ·

急性坏死性筋膜炎治疗体会

邢志利,孙捷,吴春,谢玲丽,金俊健  
(台州市博爱医院骨科,浙江 台州 318050)

急性坏死性筋膜炎俗称“食肉病”,是一种少见的坏死性软组织感染,1999 年 5 月 - 2003 年 8 月期间,收治 3 例急性坏死性筋膜炎,体会如下。

例 1,女,32 岁。因“汽车撞伤双下肢 3 h 伴出血、活动受限”入院。查体:一般情况可,左小腿中段前外侧约 6 cm 皮肤挫裂伤,深达肌肉,伤口污染重。右大腿畸形、肿胀,有异常活动。X 线显示右股骨骨折。诊断为左小腿皮肤挫裂伤、右股骨骨折。急诊在连续硬膜外麻醉下行左小腿清创缝合、右胫骨结节牵引术。术后第 3 天,患者开始发热,最高 39.5℃,左小腿迅速出现广泛红肿,伤口有少量稀薄的淡黄色渗液,有腥臭味。血常规:WBC 128 × 10<sup>12</sup>/L, N 91%, L 8%。当时考虑急性蜂窝组织炎,予拆除缝线,见左小腿筋膜层广泛性水肿坏死,以伤口周围为重,肌肉无受累,色红润,弹性好。诊断急性坏死性筋膜炎。手术彻底清除坏死筋膜,并留样作细菌培养,用双氧水反复冲洗伤口,伤口暂不缝合。术后应用足量广谱抗生素。患者左小腿肿胀逐渐消退,体温回降至正常。细菌培养报告链球菌、金葡萄球菌混合感染,根据药敏调整应用抗生素,待炎症控制后左小腿伤口二期缝合。

例 2,男,43 岁。因“石块砸伤右髌部、右大腿 6 h”入院。诊断为创伤性失血性休克、右耻骨坐骨骨折、右大腿皮裂伤。入院后输血、补液,纠正休克,急诊行右大腿皮裂伤清创缝合术。术后第 4 天,患者突起高热,最高 39.8℃,血压降至 12/8 kPa,右下肢肿胀明显,皮肤苍白,感觉减退,伤口部分皮缘坏死,渗液有恶臭味。诊断为急性坏死性筋膜炎。立即手术切除坏死筋膜及伤口周围坏死皮缘,用双氧水反复冲洗伤口,

并开放伤口,2 d 后再次手术清除坏死筋膜。细菌培养示链球菌、大肠杆菌感染。根据药敏报告调整应用抗生素,并加强全身支持治疗。经治疗 1 周后,患者生命征渐趋平稳,右下肢肿胀消退,闭合伤口。

例 3,男,29 岁。因车祸致右股骨粗隆间骨折、右小腿皮裂伤。在外院已行右股骨髁上牵引、右小腿清创缝合术。术后第 5 天,出现发热,右下肢肿胀,以小腿为著,整个小腿严重肿胀,伤口有脓性渗液,并渐出现神志障碍,呼吸困难,遂转入我院 ICU 治疗。入院查体:T 39.2℃,P 124 次/min,R 42 次/min,BP 9/6 kPa,神志昏迷,右下肢可凹性肿胀明显,皮肤苍白,可见散在的大小不一的血疱,右小腿伤口及股骨髁上牵引针孔均有大量脓液渗出,有粪臭味。诊断为感染性休克、坏死性筋膜炎。积极抗休克治疗,呼吸机辅助呼吸,并立即手术清除右下肢坏死筋膜。术后 36 h,患者出现呼吸、心跳骤停,抢救无效。死亡原因为中毒性休克,多器官功能衰竭。

讨论

治疗急性坏死性筋膜炎的关键是尽早彻底切除坏死筋膜。术中应用大量双氧水反复冲洗伤口,使伤口组织氧化还原电位差升高,可有效抑制厌氧菌繁殖。切口暂不缝合,以免造成缺氧环境。充分引流,防止感染继续蔓延和扩散。有时筋膜坏死呈进行性,因此需多次手术才能彻底清除。术后合理联用足量有效抗生素控制感染。可以用高压氧辅助治疗,以纠正局部组织缺氧和代谢障碍,促进肉芽组织再生。

(收稿日期:2004 - 11 - 02 本文编辑:李为农)