3.2 关于借助 MRI 影像判断脊髓受压程度 本文首次提出 HCD 的脊髓受压指数(I),旨在分析突出的间盘与脊髓的关系来判断脊髓受压的程度。笔者认为突出的间盘、硬脊膜、髓质均为软组织,其柔性大于椎体,一般理解,突出的间盘越大,对脊髓的压迫越明显,但是,软硬膜间尚有距离,且因人而间距不同,仅凭间盘突出的大小或对硬膜的压迫不能充分反映对髓质的压迫程度。对脊髓而言,突出的间盘首先接触、压迫硬脊膜,如果突出较大会依次压迫蛛网膜下腔,软脊膜及髓质。受压指数通过受压前后软硬膜间距之比,来反映脊髓受压程度,比起单纯的突出间盘大小,更能精确表示脊髓受压的实质。I 值可以用在群体横向比较,对判断牵引效果及手术指征具有定量性意义。

另外,髓质较柔软,受压时可凹陷,还可能垂直向椎管后方移位,这些空间结构变化,能否影响软硬膜间距的测量呢?笔者认为突出间盘对脊髓的影响关键是髓质前方软硬膜间距的大小,其间距越小,髓质受压机会越多,临床症状越明显。而前述的那些空间结构变化均为继发性变化,作为一般性测定可暂不予考虑。

3.3 牵引对其它结构的作用

3.3.1 椎间隙的变化 本实验发现伸展牵引时,后缘间隙变化比前缘明显,尤其在间盘缩小组后缘间隙呈缩小趋向。屈曲牵引时前后缘无明显差异。按一般推理,伸展颈椎时,前缘增大,后缘缩小。屈曲时则相反[3],但此实验无论哪种牵引方式均未见到前缘增大或缩小的明显趋向。考虑与椎间盘病变后,间隙运动规律已发生改变有关。

3.3.2 对伴有变性椎间盘的作用 实验发现凡变性的椎间盘突出大小、脊髓受压指数及椎间隙的变化均无明显改变,多保持原有状态。考虑变性时,髓核脱水、纤维化弹性下降、钙化等使可动性变差,因此临床上对伴有椎间盘变性的治疗,牵引效果多不理想,此时宜考虑其它疗法。

参考文献

[1] 潘之清. 实用脊柱病学. 济南:山东科技出版社,1996. 507-508.
[2] 南登昆. 康复医学. 北京:人民卫生出版社,1993. 27.
[3] 党耕町译. 颈和肩臂痛. 北京:人民卫生出版社,1992. 15.

(收稿:1999-04-23 修回:2000-03-20 编辑:李为农)

短篇报道·

金葡液预防四肢开放性粉碎性骨折骨不连

梁鹿章 郭耀兴 刘勇 叶建华 孔禄生
(解放军 196 医院,广东 湛江 524039)

1992 年 12 月以来,采用金葡液术后骨折端局部注射,预防其发生骨不连,并设同期对照组,结果满意,现报告如下。

1 临床资料

1992 年 12 月～1997 年 9 月四肢开放性粉碎性骨折住院病人 124 例。男 99 例,女 25 例。年龄 15～60 岁;骨折部位:股骨 52 例,胫骨 39 例,肱骨 26 例,尺桡骨 7 例。其中多发性骨折 24 例,伴其他脏器损伤 19 例。伤后至入院时间:2～24 小时。

2 治疗方法 按患者入院时单双日分为治疗组 71 例,对照组 53 例。患者入院时按常规给予清创,用钢板内固定,外辅以石膏托固定。钢板选用按骨折部位选用 4～10 孔的加压钢板或普通钢板。有 4 例患者骨折范围较长,采用双钢板固定。治疗组在术后 2 周,伤口拆线后,骨折端注射金葡液,每次 1 支规格为 400μ/2ml,间隔 5～7 天注射 1 次,连用 6 次为 1 疗程,多用 1～2 个疗程。对照组按常规方法治疗。术后 1～2 周均行 X 线片复查,了解骨折对位情况。然后间隔 4～6 周,X 线复查,了解骨折愈合情况。

3 治疗结果

本组病人随访 9 个月,骨折端仍感疼痛,有异常活动,假关节形成,X 线照片检查未发现骨痂生长为骨不连。治疗组 71 例,骨不连 6 例,占 8.6%;对照组 53 例,骨不连 22 例,占 41.5%。两组比较 $\chi^2 = 18.84$, $P < 0.01$。

4 讨论

四肢开放性粉碎性骨折在清创后采用坚强内固定已达共识,良好的操作技术,器材及广谱抗生素的应用,使创面伤口一期愈合已成为可能,但骨不连的发生率仍高。采用常规方法治疗的对照组,骨不连发生率为 41.5%,虽经二期手术植骨治疗,骨折均能愈合,但关节功能影响明显。采用金葡液的治疗组在术后 2 周伤口拆线后,于骨折端局部注射,方法简便,临床效果满意。由于骨不连的发生率低,本组病人随访观察术后恢复较理想,术后优者占 70.4%,与对照组有显著性差异。

(编辑:李为农)

© 1994-2006 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net