

结果,我们建议治疗骨髓炎在未获得细菌培养及药敏试验结果或培养“无细菌生长”时,首选药物为先锋 V 号、庆大霉素、环丙沙星联合用药,对经济状况较差的患者,以庆大霉素、氟哌酸、氯霉素联合使用为宜。避免滥用抗生素,是医学界的共识。

青霉素、洁霉素、链霉素虽然经济便宜,但由于耐药菌株的不断增多,对未能培养出致病菌无法选择敏感药物的病例仍不宜使用,以免延误病情导致炎症加重,或因等待疗效延长使用抗生素时间导致更多耐药菌株出现。

为避免急性骨髓炎转为慢性,要求在治疗期体温降至正常后,仍应继续使用抗生素 2~3 周,才能停药,可根据病情改口服药,门诊随访。慢性骨髓炎手术切口愈合拆线出院后,我

们的体会是仍需继续口服 1~2 周抗生素,以免复发。本组 100 例患者均按以上常规处理,随访 1 年以上,其中 1 例股骨、1 例胫骨急性骨髓炎再次复发,其余痊愈。

及时的钻孔引流是治疗急性骨髓炎的必要措施。一可作细菌培养,选择敏感抗生素,二可引流排出细菌及脓液,避免产生死骨,否则虽大量长期使用抗生素也难以完全根治。本组 22 例急性骨髓炎中 18 例接受手术钻孔引流者均未复发。慢性骨髓炎病灶清除术+双管闭孔冲洗负压引流(庆大霉素 8 万单位加 500ml 盐水外用,每日 3000~5000ml;持续 10~14 天),能有效清除病灶残余细菌及炎症组织和积血,提高切口甲级愈合率,避免复发。本组 68 例中甲级愈合 60 例,乙级 6 例,丙级 2 例,疗效满意,值得采用。

(编辑:房世源)

## 腰椎间盘突出症手术疗效回顾性分析

戴忠良

(光明中医医院,上海 南汇 201300)

我院自 1994 年 2 月~1997 年 3 月共手术治疗腰椎间盘突出症 49 例,现就手术疗效作回顾性分析如下。

### 1 临床资料

1.1 一般资料 本组 49 例中男 32 例,女 17 例;年龄 26~59.6 岁,平均 36.4 岁。发病原因:腰扭伤 26 例,汽车撞伤 2 例,余无明显发病诱因但大多数从事弯腰体力劳动或有着凉受寒病史。病程最长 6 年,最短 8 天,平均 3.2 年。

1.2 临床表现 本组病例腰痛伴下肢放射痛、小腿外侧或足背部麻木 44 例。两下肢交替痛后又固定单侧痛者 6 例;腰痛伴脊柱侧弯畸形 6 例;伴间歇跛行或严重跛行各 2 例,腰痛伴骶尾部、会阴部皮感异常 1 例;直腿抬高试验阳性者 46 例。突出类型:旁侧型 47 例(左侧 16 例,右侧 31 例),中央型 2 例。诊断依据:主要根据病史、症状体征、X 线摄片及 CT 扫描。手术证实:腰椎间盘突出合并椎管狭窄或侧隐窝狭窄 9 例;合并黄韧带肥厚 3 例;破裂之椎间盘髓核组织游离于椎管内 2 例;症状重现二次手术中 1 例为椎间盘髓核组织遗留过多,另 1 例为术后疤痕粘连伴神经根管狭窄,余为单纯性椎间盘突出。突出部位:L<sub>4/5</sub>椎间盘 14 例,L<sub>5</sub>S<sub>1</sub>椎间盘 31 例,L<sub>4/5</sub>及 L<sub>5</sub>S<sub>1</sub>椎间盘同时突出 4 例。

### 2 治疗方法

患者取俯卧法,采用可调式胸腹软垫架,可使腰变直,腹部悬空,便于显露神经根与突出之椎间盘,常规作侧卧肌剥离、“开窗”式椎间盘髓核摘除 35 例,本组行半椎板切除 3 例,蝶形骨块棘间扩张融合 1 例,同时作神经根管松解 10 例。

### 3 治疗结果

随访 1 个月~3.2 年。术后症状完全缓解,恢复原工作 41 例(占 83.7%);腰部仍时痛尤以劳动过度后加重,但经休息后症状可消失,不影响原工作 4 例(占 8.2%);经常腰痛并伴有下肢麻木感,不能恢复原体力劳动 2 例(占 4.1%);术后症状重现 3 例(占 6.1%)。二次手术 2 例,另 1 例因拒绝第二

次手术经保守治疗好转后自动出院。

### 4 讨论

4.1 术前定位 术前应根据临床资料进行综合分析,明确腰椎间盘突出症的病理类型,是膨出、突出、脱出还是游离型,存在椎管或神经根管狭窄与否,对可疑椎管内占位性病变更特殊情况最好作 MRI 加以排除。做到正确定位,避免开错部位。本组有 4 例腰椎骶化或移行椎,CT 扫描定位与 X 线摄片定位有误,笔者认为虽然 CT 扫描优于腰椎碘油造影,但也不能忽略常规 X 线摄片的重要性。因为 X 线摄片能够在排除其他病变的前提下,还可以定位,必要时可术前 X 线电透镜下用注射针头定位,注射美蓝液标记,是一种既简便且可靠的方法。

4.2 严格掌握手术适应症 对于明确诊断为腰椎间盘突出症的病人,首先应采用非手术的中、西结合治疗,只有当保守治疗无效又具明显手术适应症时,才予考虑手术问题。这也符合当今临床诊断腰椎间盘突出症后约 10%~20%的病人需经手术治疗<sup>[1]</sup>的报道。但需指出的是,一旦手术指征确立,必须掌握有利时机,对惧怕手术及经济问题或对并发症顾虑重重的患者,要认真做好思想疏导,使之消除心理障碍。否则,由于病人的拒绝而延误了有利治疗时机而导致预后不良。

4.3 手术方式 手术方式应考虑尽量减少对脊柱结构及其周边软组织的破坏,要处理好手术的彻底性和脊柱的稳定性。笔者同意李稔生等<sup>[2]</sup>的观点,尽量采用开窗法术式,术后反应小,感染少,恢复快。在彻底清除病灶的同时,有必要探查相邻上、下两个椎间隙。对年龄大、病程较长、反复发作且有间歇性跛行的病人,应将增厚的黄韧带、脂肪垫一并切除,更不能遗留对侧侧隐窝、神经根管狭窄的松解。总之,要彻底解除压迫脊髓或神经根的一切可能性因素才能有效地防止复发。本组有 1 例 3 年前在外院作手术后在原部位复发,二次手术证实椎间盘髓核组织遗留过多。

**4.4 注意事项** 据有关资料表明:手术创伤所致的炎性渗出是瘢痕形成的关键因素,血肿只加重了瘢痕的致密程度<sup>[3]</sup>。所以,操作过程中动作要轻柔,切忌粗暴,对粘连较为严重的脊髓或神经根的剥离,应由正常组织起始仔细剥离,力争将手术损伤降至最低限度。对活动性出血,尽可能用双极电凝止血,明胶海绵压迫止血也起一定作用,对骨屑或其他异物术毕一定用生理盐水冲洗干净。对复杂的椎间盘手术,因其创伤大,暴露时间长,有院内感染的危险性,可在切口处应用抗生素,必要时置负压引流,本组 3 例置管最长留置 38 小时拔管,无 1 例感染发生。所有病例均于术前一天应用抗生素,术后除抗炎、止血外,选用地塞米松抗粘连,丹参液活血通络,再投以安全性高、药效显著的非类固醇消炎镇痛剂,这些措施对术后周围软组织水肿及无菌性炎症的消退与减轻术后创伤反应,确能起协同作用。鉴于我院服务对象大部分为农村患者,由于多种原因往往在决定手术时已并存腰肌劳损、脊柱侧弯

畸形、下肢肌萎缩或神经根长期受压血运障碍其本身功能低下甚或跛行等,以上诸多原因导致术后相当一段时间某些症状得不到彻底缓解。针对这些情况术后继续投以地巴唑、ATP、B<sub>1</sub>、B<sub>12</sub>等营养神经药物以调节和改善神经传导,促进神经功能恢复。一周左右待创伤反应过后即早期指导病人床上抬腿和伸屈髋、膝关节活动,渐进佩带腰围下床活动并腰背肌训练,增强腰肌力量,减少对脊柱负重的压力。另外,医生的正确指导与病人的积极配合和出院后的随访同样重要。

#### 参考文献

- [1] 胡有国. 腰椎间盘突出症. 第 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 1995. 282.
- [2] 李稔生. 1741 例腰椎间盘突出症和腰椎管狭窄症手术疗效. 中华骨科杂志, 1993, 13(3): 108.
- [3] 王欢, 郝立波, 王海义. 血肿在硬膜外瘢痕粘连形成中作用的探讨. 中华骨科杂志, 1998, 18(3): 161-163.

(编辑: 李为农)

## • 短篇报道 •

# 阳和汤加味配合手法治疗肩周炎

王勇

(仪征市中医院, 江苏 仪征 211400)

笔者自 1994~1996 年间采用阳和汤加味内服配合局部手法治疗肩周炎 97 例, 取得较满意疗效, 报告如下。

### 1 一般资料

本组 97 例中男 29 例, 女 68 例; 年龄 34~62 岁。左肩 57 例, 右肩 38 例, 双肩者 2 例。病程 1.5 月~2 年, 平均 9 月。曾接受其它方法治疗者 23 例, 未进行任何治疗者 74 例。

**临床症状** 全部病人皆主诉患肩疼痛, 多为阵发钝痛、持续性隐痛或刺痛。昼轻夜重, 甚或影响睡眠。患肢外展高举、外旋及背手皆明显受限。

### 2 治疗方法

全部患者采用阳和汤加味内服。组

方: 当归 10g, 熟地 20g, 麻黄 3g, 肉桂 4g (后下), 白芥子 12g, 炮姜炭 6g, 黄芪 20g, 甘草 5g。内寒凝滞者加细辛 4g, 炙川草乌各 5g, 羌活 10g; 气血瘀阻者加干地龙 9g, 片姜黄 10g, 苏木 10g; 肝肾亏损者加鹿角胶 10g (烊化), 炒杜仲 12g, 补骨脂 10g。水煎服, 1 日 1 剂, 5 天为一疗程。

**手法治疗** 患者采取正坐位, 医者一手托患肢肘关节于外展位, 另一手以拇、食、中三指为主对肩部行拨筋法, 重点是三角肌束及附近的冈上肌、胸大肌筋膜, 约 3~5 分钟。然后在肩部疼痛明显处行法, 边边使肩关节向各个方向运动, 约 3~5 分钟。接着点按局部穴

位, 以阿是穴、肩、肩外俞为主, 约 2~4 分钟。最后在患者能忍受的情况下, 作直臂患肩顺时针大范围的摇法, 约 10 次即可。功能锻炼: 指导患者持之以恒地打太极拳及甩肩、爬墙等锻炼。

### 3 治疗结果

**疗效评定标准** 痊愈: 肩部无痛, 肩关节活动范围正常或基本正常, 恢复原来正常工作。显效: 肩部活动偶痛, 但肩关节活动度数小于正常。有效: 肩部时有隐痛, 肩关节活动范围较前有所改善。无效: 临床症状及体征无变化。本组 97 例中痊愈 51 例, 显效 25 例, 有效 17 例, 无效 4 例。

(编辑: 李为农)

## • 读者 • 作者 • 编者 •

### 本 刊 声 明

凡在本刊上发表文章的作者, 其著作权受著作权法保护, 凡转载其作品者, 必须征得作者本人和本刊的同意。不经本刊授权, 任何组织或个人不得将本刊每期的题目、摘要、全文在 Internet 网上及其它媒体发布。如有发布, 一经查实, 本刊保留追究一切法律责任的权利。

《中国骨伤》编辑部