DOI:10.16016/j.1000-5404.1995.02.035

之侧位片能同时显示前后联合,应优先摄侧位片。本组8例术中癫痫发作者均为Conray造影者,6例空气造影中1例发生远隔部位硬膜外血肿,穿刺道血肿与脑室穿刺不顺利有关。

2.2.3 由于大型定向仪更为精密,应选择使用大型定向仪。本组使用小型定向仪者18例,9例出现并发症,而使用大型定向仪的16例中仅有4例。当然,小型定向仪均为早期使用,并发症的发生还与造影剂,靶点的破坏方法及手术者经验有一定关系。

2.2.4 从术后CT及随访结果看,破坏灶以5 mm～10 mm为佳,复发者基本为破坏灶较小者。结合文献[3,7],我们认为在不造成神经功能缺失的前提下,尽可能将破坏灶做的稍大一些,以提高效果。由于现靶点验证技术尚不成熟,故在射频破坏靶点时,应采用低温度短时间,勤观察的方法,必要时可多点破坏。为术中准确观察,术前应禁用抗震颤药物。

关键词 Parkinson病/外科手术

中图法分类号 R745.7

参考文献

1 Schaltenbrand G, Wahren W. Atlas for stereotaxy of the human brain. Chicago Year Book Medical Publisher Inc, 1977:27

2 姚家庆,戴蘅茹,张作楷等.脑内一些灰质结构的立体定向解剖学.北京:科学出版社,1983:91

3 吴声伶,易声禹,袁顺书等.脑立体定向手术治疗震颤麻痹.中华神经外科杂志,1989;5:111

4 刘道宽,吴永麟.帕金森氏病治疗的展望.中华神经精神科杂志,1993;26:371

5 常 义,许建平.帕金森氏病外科治疗与评价.功能性和立体定向神经外科杂志,1994;7:54

6 袁树斌,胡威夷,陈礼刚等.CT定位治疗锥体外系疾病初步探讨.功能性和立体定向神经外科杂志,1993;6:34

7 Matsumoto K, Shichijo F, Fukami T. Long-term follow-up review of cases of Parkinson's disease after unilateral or bilateral thalamotomy. J Neurosurg,1984;60:1033

(收稿:1994-12-30;修回:1995-03-23)

胫骨干骨折不愈合41例病因分析

Analysis in causes of 41 cases of non-union of tibial shaft fractures

王大勇 (第三军医大学西南医院骨科) 630038

骨折不愈合是常见的骨折后期并发症之一,多见于胫骨和股骨。近年来,由于有关骨愈合基础理论的研究,以及相关学科的发展和对骨折不愈合认识的提高,在治疗方法改进与疗效提高方面均取得了重要进展[1]。由于在解剖结构上,小腿支架由主要承重的胫骨和主要参与维持踝关节稳定的腓骨组成,以及胫骨干前内侧紧邻皮下,缺乏肌肉组织覆盖等特点,当小腿骨折后若不能给予正确的一期处理,就极有造成胫骨不愈合的可能。我院自1986～1993年收治胫骨不愈合共41例,本文拟对其病因进行初步分析,以期为临床治疗提供参考。

1 一般资料

本组胫骨干骨折不愈合41例中,男30例,女11例。年龄:20岁以下14例,20～40岁16例,41岁以上11例。致伤原因:压轧伤23例,撞击伤10例,坠落伤8例。开放性骨折38例,闭合性骨折3例。骨折部位:上1/3 9例,中1/3 19例,下1/3 13例。

38例经手术治疗。其中行内固定者17例。术后采用跟骨牵引、石膏或小夹板固定者19例,术后用半环槽外固定架固定者2例。3例行手法复位外固定。曾经1次治疗者31例,2次治疗者9例,3次治疗者1例。41例患者受伤后均无明显骨缺损。

本组骨折不愈合的诊断标准为具备以下三个条件者[1]:①无临床愈合征象。假关节活动,或在有内固定物存在时无局部压痛和轴向叩击痛。②X线片没有连续性骨痂通过骨断端间隙。③骨折后7个月仍未愈合。本组患者中,在27例同时存在局部感染和/或软组织缺损,其中8例有骨缺损。其治疗方法是:除1例为再次钢板内固定加植骨外,余40例均采用半环槽式外固定器加压固定,同时切除腓骨干2～4 cm。对并存的感染、软组织缺损作清创、局部皮瓣转移和植皮术,同期覆盖创面。8例有骨缺损者中,3例缺损在3 cm以上,其中1例为取腓骨段移植,2例在骨折端加压固定同时行胫骨上干骺端截骨延长。41例患者经过上述方法治疗4～6个月后,均渐出现骨性愈合。

2 讨论

从本组资料来看,在造成胫骨干骨折不愈合的因

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

素中，年龄、伤因和部位等均无明显关系，而主要是感染和骨折固定方式及部位不当两种因素。

2.1 感染

由于胫骨干前内侧缺乏肌肉软组织覆盖，一旦伤口感染势必侵及骨折端。在骨折愈合过程中，感染会引起过度充血，增加骨折端的坏死与吸收，破坏血管再生与骨痂形成；骨折断端的吸收又可形成较大的骨折间隙，造成骨缺损，使骨折修复过程完全中断。本组38例开放性骨折虽均经急诊清创和骨折固定处理，却仍有27例发生感染和/或软组织缺损，占本组胫骨不愈合的65%。分析发现，其感染原因除与伤情有关外，更多情况是清创不够认真和未能一期覆盖创面（如没采用减张切口、局部皮瓣转移等）而造成。另一方面，感染又常是因为未能牢固固定骨折断端，而成为固定不良的后果。本组27例感染患者中，10例发生于用四孔钢板或Ender氏针固定后，17例发生于跟骨牵引、石膏或小夹板固定后。因此，要减少感染发生，提高开放性胫骨干骨折的治愈率，在一期处理时应重视清创术，运用适当方式覆盖创面，并采用能牢固固定骨折，而又不加重软组织损伤的方法，其中以外固定架为最适宜。

2.2 固定方式及部位

任何骨折固定，若未能达到牢固控制骨折断端对位和保护正在形成的新生血管及嫩弱的骨痂，剪切应力将促使骨折区域产生纤维组织，破坏骨折愈合的正常进程，结果可导致骨不连。本组胫骨不愈合中，有22例在一期治疗时采用的固定方式是跟骨牵引、石膏甚至小夹板；在采用钢板内固定10例中，2例发生断裂，5例松动和弯曲；在髓内针固定7例中，2例为Ender氏针固定胫骨，5例为克氏针穿腓骨髓腔固定。跟骨牵引、石膏或小夹板均难以有效控制不稳定性骨折，尤其在开放性骨折的治疗过程中。内固定松动或断裂后则失去对骨折端的固定作用，其松动或断裂的原因与内固定物选择不当、手术技术不合要求（如螺丝钉未穿透对侧骨皮质或螺钉钢丝直接固定到骨折断端）、及内固定物质量差等有关。在胫腓骨骨折后，如何对待腓骨骨折断端？本组资料中有5例采用克氏针髓腔固定腓骨进行治疗者，7个月后腓骨完全骨性愈合而胫骨却发生不连接；2例一期就采用半环槽外固定者，因未切除一段腓骨，而造成同样的后果。临床上我们发现腓骨的骨生成能力和速度常优于胫骨，当腓骨复位或愈合后，即产生一种“支撑”作用，使胫骨断端难以紧密相贴而得生理性应力。因此，用髓腔内固定腓骨来维持或稳定胫骨骨折端，以求胫骨愈合的方法是不可取的；反之，应消除腓骨的“支撑”作用，避免腓骨过早愈合。方法是采取使腓骨断端错位或切除一小段的方法，使胫骨骨折端能有良好的接触，才能为其愈合提供条件。

关键词 胫骨骨折/并发症；骨不连

中图法分类号 R683.42

参考文献

1 李起鸿，主编. 骨外固定原理与临床应用. 四川科学技术出版社，1992：107

2 李起鸿. 严重开放性骨折的骨外固定治疗. 四川医学，1988；5：277

（收稿：1994-12-19；修回：1995-03-23）

247例急性肾衰的临床分析

Clinical analysis on 247 cases of acute renal failure

张 璟 廖立生 （第三军医大学新桥医院肾内科）630037

急性肾衰（ARF）是内、外科常见的急症。随着医疗技术的进步，尤其是透析技术的应用，其预后大为改观。目前文献以透析与病死率的研究为多，少见有关原发病对ARF病死率影响的分析；透析时机与少尿期之间关系亦少见报道。本文对我院1983年1月～1993年1月住院的ARF患者247例进行分析，旨在探讨原发病及不同治疗方法对预后的影响，以及透析的迟早与少尿期的关系。

1 资料与方法

1.1 临床资料

247例ARF患者与为我院1983年1月～1993年1月住院确诊病例。其中男性140例，女107例。年龄5～88岁，平均37.76±11.17岁（$\bar{x} \pm s$）。入院时血肌酐（Scr）平均为785.04 μmol/L、尿素氮（BUN）平均为33.04 mmol/L。非少尿型56例，少尿型191例。

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net