

退回至肘外侧肌内或皮下,抬高针尖,在折缝上方进针,使针尖抵达并顶住桡骨小头前外或后外侧骨皮质,用力顶推拨正。或留针于折缝间,右拇指向近折端施压,使达完全复位。待复位满意后拔出钢针并摄片观察对位对线情况,如有不妥,尚可再次调整。针眼用无菌纱布包扎,屈肘 90°前臂中立位或旋后位石膏托外固定,三角巾悬吊前臂于胸前。3 周后解除外固定,进行功能锻炼。

治疗结果

本组 16 例,无 1 例出现针眼感染,术后 3 周拍片复查,骨折对位对线良好,骨折临床愈合。随访半年,肘关节功能恢复良好,无前臂旋转疼痛及肘关节功能障碍发生。

体会

桡骨头颈部骨折发病率较高,多因跌倒时肘伸直、前臂旋前位、手掌触地,暴力由桡骨下端向上传达并引起肘部过度外翻,使桡骨小头冲击肱骨小头,肱骨小头的反作用力致桡骨小头被挤压而骨折,骨折块向外侧或外后侧移位,呈歪戴帽之征象。并因桡骨头颈部外侧缘承受较大冲撞力,常发生不同程度的嵌插。致肱桡关节和上尺桡关节功能紊乱,若得不到及时治疗,易造成前臂旋转功能障碍,或引起创伤性关节炎。

钢针撬拨复位法治疗桡骨头和颈部骨折,用于临床已多年,积累了一定的经验,但也有不少失败的报道。究其失败原因:一为骨折的远近断端部分嵌插,阻碍桡骨头复位;二为桡骨头向外后方移位时伴有桡骨远侧断端向尺侧移位,致使桡骨头(近折端)不能完全复位或复位后不稳定。有的学者针对后一种情况提出,在用钢针从外向后尺侧推顶移位桡骨头(近端)的同时,再从尺骨上端后缘穿入另一钢针抵住桡骨远侧断端并向桡侧推挤。这种方法就要同时穿入两根钢针,使手术复杂化。我在总结上述经验的基础上,利用一根骨圆针从外下后方插入远近断端之间,针的扁平尖端抵达远断端面上,然后将针柄抬高向上、内、前方推撬。这样利用杠杆作用既可使嵌插分离,推挤桡骨头复位,又可将向尺侧移位的桡骨远侧断端拨向桡侧。此时,若移位的桡骨头(近端)仍未完全复位,可加用手法捺正或用钢针顶正迫其复位。

另外,术后必须立即拍摄 X 线片,观察复位情况,务必达到两断端外侧骨皮质恢复接触,否则,将有再移位的可能。

(本文承蒙安徽中医学院附院骨科丁铎教授审阅,特此致谢)

(收稿:1995-12-11)

不同角度牵引治疗腰椎间盘突出症 354 例

江苏省徐州市中医院 (221009) 刘 峰 潘晓红*

我们在李晶氏^[1]颈椎力学模型的启导下,将其原理应用于指导腰椎牵引,对 354 例腰椎间盘突出症(LDP)患者分组治疗,重点对牵引角度进行了观察对比,在临床 LDP 的治疗中获得令人满意的疗效。现分析报告如下。

临床资料

354 例 LDP 患者随机分为两组, A 组为不同角度牵引组, 178 例, 男 102 例, 女 76 例; 年龄 25~55 岁; 病程 1 周~10 年。 B 组为对照水平牵引组, 176 例, 男 95 例, 女 81 例; 年龄 25~50 岁, 病程 2 周~10 年。 所有病例均经 CT 或 MRT 证实为腰椎间盘突出。 突出物在 0.5cm 以下者 192 例, 在 0.6~0.7cm 之间者 152 例, 突出物在 0.8cm 以上者 10 例。

治疗方法

牵引床为自制可调式, A 组成角度牵引, 患者仰卧

位, 髋骨固定, 髋关节屈曲 60° 膝关节屈曲, 双脚掌着床, 牵肋骨扎带。 L₅S₁ 突出者以 30° 角牵引, L_{4,5} 突出者以 15° 角牵引, L_{3,4} 突出者以 0° 角(水平)牵引。 牵引重量以患者自觉舒适为宜, 不强求大重量或超体重牵引。 每次牵引 30 分钟, 每日牵引一次, 牵引后即行四步手法治疗^[2], 12 次为一疗程, B 组水平牵引, 其它治疗方法同 A 组。

治疗结果

疗效标准:痊愈:腰腿痛症状消失,脊柱畸形消失,运动正常,神经反射功能大部分恢复,能参加正常工作。有效:腰腿痛症状消失,脊柱畸形大部分消失,神经反射功能部分恢复,能参加轻体力工作。无效:治疗 2 疗程后,腰腿痛未减轻,脊柱畸形存在,神经反射检查与初诊无明显改变。

结果: A 组 178 例, 痊愈 145 例, 有效 27 例, 无

* 江苏省徐州市立第三医院

效 6 例, 有效率 96.63%; B 组 176 例, 痊愈 121 例, 有效 40 例, 无效 15 例, 有效率 91.48%。两组痊愈率比较 $X^2=7.65 > 6.63$, $P < 0.01$, 差异有非常显著性。有效率比较, $X^2=4.21 > 3.84$, $P < 0.05$, 差异有显著性。

讨 论

LDP 患者的临床症状多是由于突出物所致腰椎管和(或)神经根管狭窄而引起, 因此, 减轻或消除这种狭窄是改善 LDP 患者临床症状的根本措施, 牵引的作用即在于此。使牵引的最大有效应力作用于所要牵引的椎间隙, 使椎间距有效的增大。是提高临床疗效, 缩短治疗时间的关键。本牵引方法即是为此设计的。

李氏^[1]采用光弹性实验方法对颈椎力学模型进行分析并给出了牵引角度与最大应力位置的关系: 0° 角

牵引时最大应力位置在 $C_{4,5}$, 15° 角牵引时最大应力位置在 $C_{6,7}$, 30° 角牵引时, 最大应力在 C_7T_1 , 由于颈椎和腰椎具有相似的解剖结构, 因而也就具有相似的生物力学特性, 在这种原理的启导下, 将不同角度的牵引方法应用于 LDP 的治疗中, 并对治疗结果进行统计学分析, 肯定了成角度牵引方法的优越性。通过本方法的临床应用, 认为 LDP 的牵引治疗, 应重视牵引角度问题。

参考文献

1. 李晶, 等. 颈椎牵引的力学实验及临床应用. 中华理疗杂志, 1992; 3: 133.
2. 刘峰, 等. 倒挂牵引结合四步手法治疗腰椎间盘突出症机理探讨. 按摩与导引 1993; 3: 13.

(收稿: 1995-06-21)

碱化药液关节内注射治疗膝创伤性滑膜炎

贵州省凤冈县人民医院 (564200) 胡 军 郑满红 任黔军 冯 松*

自 1991 年 10 月~1994 年 11 月, 采用碱化药液关节内注射治疗膝关节创伤性滑膜炎 68 例。经临床观察疗效满意, 报告如下。

临床资料

本组共 68 例, 男 15 例, 女 53 例。女性中以体型较胖、身材较矮的家庭妇女为多。年龄 36~54 岁, 病程 2 月~5 年。均因膝肿胀、疼痛、活动受限, 但不发热, 而求治。检查: 患膝关节肿胀, 浮髌试验阳性。屈膝受限, 无韧带损伤体征。关节穿刺液为浅黄色半透明粘性液体, 镜检 WBC $1\sim 3/HP$ 、蛋白(±), 细菌培养阴性。本组病例均未发现异常 X 线征象。

治疗方法

患者仰卧, 患肢伸直位。常规消毒皮肤, 铺无菌洞巾。用 9 号或 12 号注射针头, 在髌骨内(或外)上缘与中线成 45° 夹角, 针尖指向髌骨中心刺入。尽量抽出关节内积液, 再把先配制待用的碱化药液 15ml (5% 碳酸氢钠 5ml、强的松龙 50mg、氟美松 5mg、VitB₁ 0.1、VitB₁₂ 0.5mg、2% 利多卡因 4ml 混合液 PH7.16)。注入关节腔内。4~5 分钟后, 被动活动膝关节, 使药液在关节腔内扩散。嘱患者积极有效的进行股四头肌锻炼和练习抬腿动作, 每周注药 1 次, 3 次为 1 疗程。

治疗结果

显效: 经 1~2 次治疗, 膝关节肿痛消失, 活动度

恢复正常, 24 例。有效: 经 1~2 疗程, 膝关节肿痛减轻, 日常生活能自理, 活动过度时可引起膝关节炎, 38 例。无效: 经 2~3 疗程, 膝关节肿痛和活动功能改善不明显, 6 例。

讨 论

膝关节创伤性滑膜炎发生的原因包括外伤和慢性劳损致滑膜血管扩张、充血、产生大量渗出液。血浆、血细胞外渗, 同时滑膜细胞活跃, 产生大量粘液素。这样, 关节内渗出物增多, 腔内压力增大。有实验证实, 膝关节腔内压升高, 腔内氧分压下降^[1]。若患病后, 未得到及时处理, 关节内渗出物相继增多, 腔内压继续升高, 氧分压再度下降的恶性循环。代谢产物堆积, 滑膜组织出现非感染性炎症反应。膝关节肿胀, 活动受限。再则组织受外伤、劳损和循环障碍(因关节积液增多, 使关节腔内压力增高、关节囊肿胀而引起)等伤害性刺激的作用损伤组织可直接释放内源性致痛物质。当受到伤害性刺激时, 组织释放氢离子增多, 局部 PH 值降低。当 PH 值低于 6 时, 即可引起疼痛。而在损伤性炎症过程中, 组织的 PH 值可比这个数值更低^[2]。

本组 68 例, 将膝关节积液尽可能抽净后, 把碱化药液注射入关节腔内, 可直接使局部得到碱化。降低氢离子浓度。减轻对局部神经的刺激作用, 缓解或解除膝关软组织(肌肉、滑液囊等)的痉挛, 改善其血液循

* 贵州省长寿长乐集团