

- management of lumbar disc herniation. Spine, 1998, 23(1): 67-73.
- [18] Delauche C MC, Budet C, Laredo JD, et al. Lumbar disc herniation. Computed tomography scan changes after conservative treatment of nerve root compression. Spine, 1992, 17(8): 927-933.
- [19] 叶锐彬, 周吉祥, 余文彬. 腰椎间盘突出症 35 例非手术治疗前后电子计算机断层摄影分析. 中西医结合杂志, 1990, 10(11): 667-669.
- [20] 张显崧, 章莹, 汪青春, 等. 腰椎旋转手法治疗腰椎间盘突出症的机理(用 20 例 MRI 成像分析). 中医正骨, 1993, 3(3): 5-7.
- [21] 谢利民, 于银, 肖灵, 等. 腰椎间盘突出症推拿前后 CT 扫描量化分析. 中国中医骨伤科, 1994, 2(3): 1-4.
- [22] 章莹, 汪青春, 张显崧, 等. 手法治疗腰椎间盘突出症的生物力学研究. 中国骨伤, 1992, 5(2): 7-9.
- [23] 马达, 蒋位庄. 脊柱旋转手法治疗腰椎间盘突出症的实验研究. 中国骨伤, 1994, 7(2): 7-9.
- [24] 张显崧, 章莹, 汪青春. 中医手法治疗腰椎间盘突出症作用机理研究. 中国骨伤, 1994, 7(增刊下): 12-14.
- [25] Pickar JG, McLain RF. Responses of mechanosensitive afferents to manipulation of the lumbar facet in the cat. Spine, 1995, 20(22): 2379-2385.
- [26] TI: Gal J, Herzog W, Kawchuk G, Conway PJ, Zhang YT. Movements of vertebrae during manipulative thrusts to unembalmed human cadavers. J Manipulative Physiol Ther, 1997, 20(1): 30-40.
- [27] Lee M, Kelly DW, Steven GP. A model of spine, ribcage and pelvic responses to a specific lumbar manipulative force in relaxed subjects. J Biomech. 1995, 28(11): 1403-1408.
- [28] 侯筱魁, 黄凡, 戴克戊, 等. 斜搬时腰椎后部结构的动态观察和生物力学分析. 中华骨科杂志, 1993, 13(1): 15-17.
- [29] 周游. 腰椎间盘突出症治疗两种主要方向力的作用机理分析. 中国中医骨伤科, 1995, 3(4): 19-21.
- [30] 宋献文. 中医推拿治疗腰椎间盘突出症疗效分析和治疗机制的研究. 天津医药杂志(骨科副刊), 1962, 6: 50-53.
- [31] Qischults U. Courses of conservatively treated acute lumbar root compression syndrome. A computer tomography controlled study. Dtsch Med Wochenschr. 1986, 111: 1549-1550.
- [32] Teplick H G. Spontaneous regression of herniated nucleus pulposus. Am J Radiol. 1984, 145: 3711-3714.
- [33] Crieve G P. Manipulation. Physiotherapy. 1975, 61: 11-15.
- [34] Zhao P. Correlation Study on Infrared Thermography and Nerve Root Signs in Lumbar intervertebral Disk Herniation Patients. J Manipulative Physiol Ther. 1993, 16(3): 150-154.
- [35] 赵平, 冯天有. 椎体位移与腰椎间盘突出症. 中国中医骨伤科, 1993, 1(1): 21-24.

(收稿: 1999-12-14 修回: 2000-03-10 编辑: 李为农)

• 短篇报道 •

近排腕骨切除治疗陈旧经舟月骨周围脱位

于夕兰 王敦状 林月华

(文登整骨医院, 山东 文登 264400)

我们自 1978 年应用近排腕骨切除术治疗经舟月骨脱位 35 例, 效果满意, 现总结如下:

1 临床资料

本组 35 例, 其中男 22 例, 女 13 例; 年龄 23~53 岁, 术前病程 30 天~9 个月, 平均 3.5 月。

2 手术方法

臂丛神经阻滞麻醉。应用上臂气囊止血带做腕掌侧纵“S”形切口, 依次切开各层, 注意保护正中神经及肌腱, 清除关节内瘢痕, 切除舟骨、月骨及三角骨, 保留豌豆骨(因其对桡腕关节的活动功能无甚影响)仔细清除碎骨片。放松止血带, 伤口内仔细止血, 修复好腕周围韧带, 术后石膏外固定于腕背伸 15°, 三周后解除石膏, 配合中药外洗、功能锻炼。

3 治疗结果

本组 35 例中, 随诊 29 例, 随诊时间

6 个月~8 年, 平均 5.4 年, 20 例为优势手, 9 例为劣势手, 所有病例疼痛均消失。应用电测角器测量腕关节主动的掌屈、背伸、尺偏、桡偏, 分别占健侧的 61.8%、72.6%、45.2%、64.3%, 手指的屈曲力平均为 29.5kg。

4 讨论

陈旧性经舟月骨周围腕脱位治疗比较棘手, 应用最多的是腕关节融合术, 此手术创伤较大同时使腕关节丧失功能。切开复位已基本放弃因为腕关节内韧带及关节囊已经瘢痕化而变得挛缩, 即使切除所有瘢痕, 原来固有的韧带也不可能得到修复, 导致腕关节不稳或活动疼痛而失去治疗意义。

将近排腕骨切除只是将一个两轴关节变成了一个活动空间更大的单轴关节。从生物力学上分析, 其活动范围不会受多大的影响。头状骨与桡骨间的运

动是滑动和转动, 这种运动对桡骨远端的压力负荷刺激是适当的。所以术后不易发生骨关节病。舟、大多角骨和三角韧带是维持两排腕骨的纽带, 如果损伤。则近排腕骨转向远排腕骨的力线弧就中断, 从而出现腕中关节不稳。而经舟月骨周围脱位, 这两条韧带均被撕裂断, 手术修补十分困难。将近排腕骨切除。则消除了这种疾患。不会引起前臂肌肉松弛, 况且术后第二天即可在石膏内进行肌肉的伸缩训练。术后三周即可行功能锻炼, 近排腕骨切除是将一个有病变的, 活动疼痛的关节切除, 代之以头状骨为中心的排腕骨与桡骨远端组成的关节。本手术操作比较简单, 术中注意勿伤及头状骨近端及桡骨远端关节面, 术中应将腕周围韧带修复好, 以保证腕关节稳定。

(编辑: 李为农)