

支, 肺气肿及肺心病等肺部疾患者6例, 合并高血压及冠心病者5例, 合并单侧上肢骨折5例。

### 治疗方法

1. 对患者术前应作全面检查和必要的处理。控制合并症, 治疗复合伤。有移位的均应进行复位, 术前进行下肢牵引2~4天。

2. 自制螺纹针用直径4mm, 长250mm, 斯氏针加工螺纹即成。另备内径4.2mm, 长60mm套管1根, 以及手摇钻, 骨锤等。手术在X线电视荧光屏动态观察下进行。

一般采用局麻。第一进针点定在股骨头中点经股骨距上缘连线与股骨干外侧骨皮质交点。在该点相应皮肤用尖刀戳一1cm孔眼, 并切开深层阔筋膜。将螺纹针连同套管插入切口直达股骨外缘, 摇钻夹紧针尾, 边旋进边倾斜, 使针尖目标穿越股骨距上缘直插股骨头部, 至股骨头关节面0.5cm为止。注意在旋入过程中, 有突然空虚感觉, 可能是穿透到股骨颈的前后方, 应作X线侧位透视, 明确后调整方向再进。在第一进针孔上方2cm和4cm处, 同法旋进第二、第三根螺纹针。后两针基本相互平行, 且与第一针交叉。将针尾端在距离骨皮质1.5cm处剪断并埋于肌肉组织中。切口各缝

一针。术毕摄正侧位X线片。患肢术后穿防旋鞋, 置于轻度外展位。

### 治疗效果

本组无术中意外, 多数病人在1~2天后即可坐起, 开始轻度屈伸髋膝关节活动, 4~7天后即可缓慢下地行走。一周就可拆线出院。拔针时间视骨性愈合情况而定, 一般为8~10个月。拔针也只需在局麻下将摇钻夹紧针尾, 反时针方向旋出即可。本组病人随访时间均在二年以上, 一般为每三个月左右摄X线片, 作临床检查和功能评定。

结果: 优良为47例, 占87%。

主要并发症: 1. 髓内翻畸形; 2. 骨折线分离, 骨折延迟愈合或不愈; 3. 内固定针松动; 4. 针尾处软组织疼痛。

体会: 1. 本方法的优点是操作简便, 损伤小, 出血少, 手术时间短(平均只需40分钟), 无需复杂麻醉, 对患者身体素质要求不高, 能较早活动, 尤其适用于基层医院。

2. 螺纹针内固定的疗效, 稳定型骨折优于不稳定型骨折。对于骨质明显疏松的不稳定型骨折, 股骨距部位严重破碎的粗隆间骨折, 则应改用鹅颈钢板等其它固定方法。

## 椎体骨软骨症临床分析

吉林市骨伤医院 (132001) 高桂芝

椎体骨软骨病系椎体原发骨核的骺板在形成过程中血运断绝发生细胞坏死。1925年首先由Calve报告, 故又称Calve氏病。本病较少见, 近年临床中见到5例, 分析如下。

患儿, 男, 10岁。患儿在平衡木操练时不慎摔下, 当时无明显症状, 两月后发现其右肩较左肩高耸, 自诉腰背疼痛。实验室检查血常规及血沉均正常。1985年6月胸椎正侧X片见T<sub>10</sub>椎体塌陷密度增高, 左侧椎旁线稍增宽, 侧位片椎体扁平畸形, 前1/3部呈一薄片致密影, 边缘光正, 前缘超出相邻椎体, 外院曾考虑为胸椎结核而行抗痨治疗, 一个月后因症状

消失而停止治疗, 1986年2月胸片示椎体较前增厚、上下缘新骨隆起, 有骨质修复征象。1989年7月复查, 患椎已基本修复为正常厚度, 仅有轻度双凹变形, 前后径与相邻椎体等长。X线诊断: 椎体骨软骨病。余四例从略。

本组患者均在12岁以下, 为少年及儿童, 男女比例无大差异。因为报告中该病有累及两个以上椎体, 本组病例则为单发。本病因尚未完全明了。多数人认为可能继发于外伤或维生素缺乏, 先天性发育不良、内分泌失调、骨化过程中的混乱等。但近年文献多认为本病不全都是缺血性坏死, 而是一类多种疾病引起的病

理X线征象,其中以嗜酸性肉芽组织为较常见的病因。本病常无自觉症状,或遇轻微外伤后,有腰酸背痛,限制性驼背,不能维持正常体位,局部压痛,活动受限,少数有跛行,偶有神经症状,又称少年驼背症。本病的诊断有赖于X线检查及临床结合,不同时期的X线表现有所不同。早期:发病数周内椎间隙变窄,椎体呈轻度楔形或梭形改变,少数椎体中心部有密度减低区,局部压痛活动受限。中期:数月内椎体边缘毛糙欠规则,继而病椎密度致密,变扁平,宛如一平置硬币状,以2/3部位明显,椎体横径及前后径变长,超出相邻椎体的边缘,椎间隙正常或增宽,有人认为椎弓根及附件不受侵犯,但在我们5例之中有2例椎弓根受

累;追随观察一段时间后破坏的椎弓根部很快恢复正常。本病在破坏期,一侧或二侧椎弓根可以有部分破坏。恢复期由于儿童期化骨核再生力旺盛,经过一年或二年后,病椎化骨核周围厚层软组织逐渐化生,重建骨质,椎体上下缘新骨形成,再过更长时间待椎体成型完毕,病椎可恢复到正常厚度的三分之二,或近于正常,有的则残留轻度双凹变形。脊柱后凸畸形可随之纠正或消失。

椎体骨软骨病易与椎体结核相混淆,我们的病例最初疑似结核就有两例,但椎体结核常示椎间隙变窄,多有椎体破坏及椎旁寒性脓肿形成,倘能密切结合临床及X线所见及追随观察就不难识别。

## 手法按摩薄型石膏托固定治疗新生儿马蹄内翻足

福建省漳州市中医院 (363000) 金时恩

先天性马蹄内翻足的发生率约1—4%。作者自85年开始,采取手法按摩后以薄型石膏托固定的方法治疗,获得良好效果,现将19例介绍如下。

### 一般资料

19例患者32足畸形,男13例21足,女6例11足,双足畸形13例,右足畸形4例,左足2例;出生一周以内就诊7例10足,2周以内就诊6例11足,3周以内4例7足,出生22天以上2例4足。

### 治疗方法

1.按摩:家属坐位怀抱患儿。以右足为例,术者先以轻揉手法自腘窝处从上向下揉捏顺按腓肠肌至跟腱,反复进行2分钟。然后以左拇指按关节以食、中两指勾、推跟骨结节向趾外侧,矫正跟骨的内翻与下垂;再以右手拇指置足背跗舟骨处,其余四指置足底,捏住前足,并以食指近节指骨及掌指关节顶住第一跖骨,合力将前足推向外展外翻位,保持10~20秒,然后放松,反复进行15~20分钟,逐渐加

大外展外翻程度,达到矫枉过正。如第一次不能到位也不必强求。

2.固定:每次按摩后,屈膝90°,助手固定保持最大矫正位。

(1)胶布固定:先在髌骨上方及足背各置一棉垫,然后用纱布绷带松松缠绕足至大腿中段以保护皮肤。取2条宽2.5cm胶布条,一条贴自足背向内侧绕过足底向外向上拉紧,贴在小腿外侧并经过髌骨上棉垫转向内下贴于小腿内侧;另一条贴自跟骨内侧,绕过跟骨底向外上拉紧,同样贴在小腿外侧并绕经髌骨上贴于小腿内侧,以维持按摩后的矫正位。

(2)石膏托固定:取4—6层石膏绷带作下肢长腿前后托。足部的石膏绷带,前托与足背等宽,后托比足略宽2—3cm,以能向两侧卷起为度,这样,足部石膏托能良好塑型。长度下达趾端,上达大腿中段,屈膝90°位,不易脱落。操作时,先铺石膏前托,后置后托,垫好棉纸。以绷带缠绕塑形,绷带不可抽紧,轻轻地卷上即可,石膏凝固前,注意维持肢体的固