

讨 论

1. 成人中股骨头缺血坏死的发病率最高,实际上这并不意味着坏死病变最多发生在股骨头,而是由于身体作用于股骨头上的压力部位恰好是持重区的坏死位置。病变骨质塌陷或不完全骨折,引起疼痛。致于发生在其它骨骼的坏死病变,可以无症状,而有微循环重建和坏死骨修复的自然进程^[1]。

2. 股骨头缺血坏死发生的原因

(1)解剖因素:微血管造影显示股骨头软骨下骨内毛细血管网和终末血管弓呈180°相反方向走行。供应股骨头血运的动脉之间缺乏侧支循环^[2]。髋关节的边缘性血液供应,易受血管因素的影响^[1]。颈升动脉分支通过骨表面滑膜下进入股骨头周围软骨。股骨头内骨化中心多至5个,每个中心都有各自的动脉。因此,在一个股骨头上可同时出现多处区域性的骨质坏死病灶^[3]。

(2)血管因素:是当今研究的重点课题。Ficaf和Arlet报告的特发性股骨头坏死与下肢静脉回流障碍有关。骨内外静脉因素引起静脉瘀血,骨内压升高,血窦和小动脉受压,骨组

织坏死,提示骨内外静脉因素在本病的发病机制中起主要作用。

Theron等报告的髓坏死股骨头动脉造影见关节囊上动脉不显影或仅显示闭塞动脉残端,导致股骨头供血减少,产生缺血和骨坏死^[2]。我们对29例病人中20例典型病例的研究结果与前者报告相似,骨外动脉显示的形态异常,供血障碍是本病发病机制中的突出表现,如20个髓坏死股骨头关节囊上动脉不显影2个;变细3个;逾曲15个,血管异常部位、X线片中股骨头骨质异常部位与手术中所见股骨头骨质病变部位(股骨头上外侧)均相一致。为此,我们认为坏死股骨头病例中确有股骨头、颈骨外动脉血管形态异常和供血功能障碍。推测,它是股骨头骨质发生缺血坏死的重要因素。

参 考 资 料

1. 安跃辉. 骨坏死一病因和发病机制的现今概念. 创伤骨科学报 1988; 1: 93.
2. 李毅中. 特发性股骨头坏死的致病危险因素和发病机理. 国外医学(外科分册) 1988; 6: 344.
3. 马贵骧. 人股骨近端血液供给创伤骨科参考资料 1982; 3: 173.

新生儿产伤骨折和神经损伤的原因及预防

海南省农垦三亚医院 (572000) 龚晓玲 魏启赞

新生儿产伤所致的四肢骨折和神经损伤,临床上并非少见。此类产伤虽然经适当治疗后一般良好,但如何减少和防止此类产伤的发生,乃是一个值得重视的问题。近十年来,我们先后会诊和处理15例此类产伤患儿,现报告如下。

临床资料

本组男婴9例,女婴6例;出生时体重2.4~3.9kg;胎位:头先露3例,左枕前3例,臀位5例,横位1例,单足先露1例,单臀2例;助产方式:上提娩后肩5例,臀牵引3例,产钳1例,过度牵引2例,剖宫产3例,方式不详1例(其中6例在基层卫生单位分娩,4例由经验不足的

年轻助产人员助产,2例家庭分娩,3例胎儿宫内窘迫紧急助产);产伤部位:锁骨骨折4例,肱骨干骨折3例,股骨干骨折4例,锁骨和肱骨骨折合并臂丛神经损伤各1例,单纯臂丛神经损伤1例,面神经损伤1例;产后24小时内确诊11例,24~72小时发现者3例,1周后发现者1例。

治疗及结果

锁骨及肱骨骨折全部行胸腋绷带固定2周,股骨干骨折行下肢屈髓伸膝固定于胸腹壁(即Crede法)2例,下肢悬吊牵引(即Bryant法)2例,时间亦为2周。面瘫及臂丛神经均为不全损伤,未作特殊处理,2~3周后即出现自主恢复征象。3~6个月后随访,全部病例肢体均自

主活动正常，神经损伤症状消失，无明显功能障碍者。

讨 论

1. 产伤骨折和神经损伤的原因：

(1). 胎位异常：如头位时胎肩过宽，助产时娩肩困难，常易发生锁骨骨折；过度牵引又常常可致臂丛神经牵拉伤；单臀或足先露牵引下肢时常易发生股骨骨折。(2). 助产方式不当：助产过程中如过度旋转或用力过猛，强行牵拉肢体或牵引方向不当，均可造成产伤骨折或神经损伤。本组一例锁骨骨折并臂丛神经损伤即为臀位产时助产人员用力勾取锁骨上窝时发生。(3). 新生儿骨骺发育远未成熟，骨质多较脆弱、纤细、菲薄。据测定：锁骨中段的厚度一般仅为0.3cm，^[1] 股骨中段的厚度仅为0.6cm^[2]，如果胎儿过大、胎位不正、骨盆狭窄，

或助产时用力不当或过大，掌握分娩时机不当，均可造成产伤骨折。(4). 助产人员的技术因素，为造成新生儿产伤骨折和神经损伤的常见原因。

2. 产伤骨折和神经损伤的预防措施：

(1). 加强助产人员的专业理论知识和技术基本功的培训；(2). 摸清胎位，掌握分娩原则和时机，选择合适的助产手法；(3). 严格掌握剖宫产的手术适应征，熟悉剖宫产时胎儿娩出手法；(4). 加强围产期检查，了解和掌握胎儿和胎位情况，选择适当的分娩方式。

参 考 文 献

1. 胡家骆. 新生儿锁骨骨折的防治. 实用妇产科杂志 1990; 1(6): 56.
2. 殷宗琦. 产伤所致的新生儿骨折. 中国农村医学 1984; 1(4): 46.
3. 宣桂林. 产伤骨折. 中华小儿外科杂志 1987; 8(6): 356.

刮痧、拔罐治疗腰椎骨质增生

河南省郑州矿务局总医院 (452371) 周世杰

笔者自1990年5月以来，运用民间广为流传的刮痧、拔罐疗法治疗腰椎骨质增生症48例，效果满意，现报告如下。

一 般 资 料

48例患者均门诊病人，男31例，女17例；年龄37~63岁，平均43.6岁；病程4个月~13年，平均2年零3个月；X线平片：腰椎有不同程度骨质增生，以第3、4、5椎体前缘唇样增生最多，约占85%左右。病人均有典型临床症状和体征。腰部僵硬，活动受限者29例，腰骶部酸困乏力者26例，腰痛者34例，腰腿痛者36例(左侧23例，右侧10例，双侧3例)，下肢疼痛麻木者25例，腰膝痿软无力者27例。

治 疗 方 法

先在腰椎棘突两旁涂以真龙牌正红花油，然后用右手持5分面值硬币，蘸正红花油与皮肤成45°角，于腰椎两旁按由上而下、由内向外的顺序，轻轻搔刮，并均匀用力，干时再蘸再刮。每次3~5分钟，或以局部出现红紫色斑点、斑块，或出现梅花样斑块为度。然后取中号火罐，用闪火法在患处拔罐，并适当在刮痧部位皮肤上来回推动2~5次。每5~7天刮痧一次，隔天拔罐一次。刮痧三次为一疗程，疗程中间休息3~5天。

注意拔罐时间不可太久，以防形成张力性水泡，若有水泡形成可用消毒三棱针刺破，外涂龙胆紫以防感染。下次刮痧时，需待水泡结痂脱落后再进行。

疗 效 观 察

1. 疗效标准：痊愈：临床症状及体征消失，半年内无复发；好转：临床症状明显减轻，或3个月内有复发者；无效：症状体征无改善，或症状逐渐加重。
2. 治疗结果：本文病例治疗次数最短2次，最长10次，平均5.6次。大部分患者均接受1~3个疗程治疗，共治愈19例，好转26例，无效3例，总有效率为93.7%。

体 会

祖国医学认为此疾属痹证范畴，多因风寒湿邪滞于经络，痹阻气血，气血运行不畅，不通则痛。用刮痧刺激病变部位皮肤，使其呈充血状态，促进新陈代谢和血液循环，以减轻病灶局部充血、水肿。且用正红花油局部搔刮，有祛风除湿，散寒止痛，活血化瘀，疏通气血作用。拔罐可疏通经络，减轻局部炎症反应，消除病灶部位充血状态，改善其微循环。气血调，经络疏通，风湿除，寒邪祛，气机升降有序，气血周流全身。本法虽不能消除增生的骨质，但可消除骨刺所致症状。