

佳。采用捶击治疗骨质增生性足跟痛，能促使气血流畅，改善局部的血液循环，降低足跟部的内压力，达到控制无菌性炎症反应而止痛的目的。捶击治疗增生性足跟痛具有简便而经济，既无副作用，病人又易于接受，医生易于掌握，疗程短，疗效确切等优点，值得临床推广运用。在治愈的部分病人拍片复查中显示，足跟骨骨刺仍然存在，但疼痛却已消失，故其远期疗效和治疗机理有待进一步探讨。

(收稿：1994-06-30)

颈丛阻滞用于颈椎前路手术麻醉

河北承德医学院附属医院 (067000)

曹雪儒 周恩德 田淑华 姚淑华 李建平

我院自 1985 年以来，应用颈丛阻滞麻醉施行颈椎前路手术 29 例，取得满意效果，现报告如下。

临床资料 本组 29 例中男 27 例，女 2 例；年龄 28~62 岁；颈椎间盘突出、颈椎骨折 16 例，脊髓型颈椎病 13 例；术前检查：心电图异常，ST 段压低，左室高电压，左室肥厚，不完全右束支传导阻滞 12 例；余 17 例为正常心电图。

麻醉方法 麻醉前用药：苯巴比妥钠，阿托品或东莨菪碱。本组采用双侧颈丛阻滞，方法为一针三点法。患者仰卧头转向对侧，令病人抬头，术者以左手拇、食指提起胸锁乳突肌，(病人头放下)于其后缘中点 1.0cm 处用 7 号针头刺入胸锁乳突肌及颈阔肌筋膜内(颈丛集中处)，向正中、上、下方向回吸无血液即可注药。每侧用量 8~12ml，分别阻滞耳大神经、枕小神经、颈横神经、锁骨上神经等分支。局麻药为 0.35%~0.375% 盐酸布匹卡因，总量为 15~25ml。

麻醉效果 阻滞效果完善者 23 例。4 例镇痛不全，辅以少量局麻药及静注度冷丁、异丙嗪合剂 1/2~全量后顺利完成手术。另 2 例阻滞效果虽好但因术前合并高血压，麻醉后血压升高，经给氟呱啶，芬太尼合剂 1/2~全量静注后血压基本正常。本组病人未发生任何并发症。

讨论 1. 颈丛阻滞主要阻滞耳大神经，枕小神经，颈横神经，锁骨上神经。上述神经在胸锁乳突肌后缘中点穿出深筋膜，分布于相应部分的浅层结构，穿刺点选在此处，采用一针三点法可阻滞颈丛，因此麻醉效果可靠。此法与采用颈外静脉与胸锁乳突肌交点上 1.0cm 处阻滞相比，定位准确，可避免少数

患者因颈外静脉走向异常，而致定位不准造成麻醉效果不佳。

膈神经的走行离胸锁乳突肌后缘中点较远，颈丛阻滞不会导致膈神经麻痹，故而颈丛阻滞麻醉用于截瘫患者不会影响呼吸功能。

2. 麻醉药物选择：盐酸布匹卡因具有起效时间短、浸润性强、作用时效长、阻滞效果完善等特点。因此术中不必重复用药，可避免因用药量大所致不良反应及对心脏的毒性。

3. 颈丛麻醉的优越性：颈丛阻滞麻醉患者于清醒状态下手术，术中可随时了解患者声音，上肢运动情况，为术者手术操作提供方便，避免喉返神经损伤。此种麻醉与全麻，硬膜外麻醉比较，具有操作方法简单，易于掌握，效果确切。由于局麻药对呼吸，循环功能干扰小，术中患者生命体征较平稳，尤其对并发肺部感染的截瘫患者更有其优越性。

(收稿：1995-01-24)

骨盆骨折合并髂腰肌筋膜室综合症 2 例

浙江省金华市中医院 (321000) 邵建萍

例 1，女，28 岁。车祸致右髋部剧烈疼痛伴大腿麻木半小时就诊。体检：左髋关节屈曲 45°，左髋部广泛瘀肿压痛明显，少腹部约 8×13cm 肿块，压痛，无明显移动感，大腿内侧皮肤感觉迟钝，股四头肌肌力 3 级。X 线示：左髋骨翼骨折。诊断为“骨盆骨折伴髂腰肌筋膜室综合症”。立即手术，术中见：髂腰肌筋膜室内凝血块约 300ml，髋骨翼骨折，骨膜及髂腰肌部分断裂，血肿致股神经张力较高，未见断裂，清除血肿，完善止血，冲洗后关闭切口。术后第一天起即内服活血化瘀类中药，第 4 天髋关节即能放平，一月后大腿内侧皮肤感觉正常，股四头肌肌力 5 级。

例 2，女，32 岁。外伤左臀，会阴部肿痛 1 小时就诊。骑自行车不慎被汽车所撞，左臀及会阴部剧烈疼痛。体检：骨盆压痛广泛，骨盆挤压、分离试验(+)，左大腿内侧皮肤感觉迟钝，股四头肌肌力 5 级。X 线示：骨盆左右耻骨枝骨折，左髋骨翼骨折。次日，左大腿内侧皮肤感觉明显减退，股四头肌肌力 3 级，少腹部有 8×8cm 包块，考虑为骨盆骨折，出现迟缓性髂腰肌筋膜室综合症。即予手术探查，清除筋膜室内血肿，较紧张的股神经予以松解，完善止血。术后半月神经症状消失，肌力恢复。

讨论 骨盆骨折合并髂腰肌筋膜室综合症的主要诊断依据：骨盆骨折，出现少腹部有一较大的血肿，下肢有皮肤感觉、腱反射、肌力的改变。其主要机理：骨盆骨折后，出血渗于髂腰肌筋膜室内，形成血肿，使该室内单位面积中的压力增高，压迫股神经、闭孔神经等，出现相应的神经分布区域的皮肤感觉减退，肌力的减弱及腱反射的改变。神经的完全受压，在时间上，缺血 30 分钟即发生感觉异常或过敏，缺血 12~24 小时即发生不可逆性损害。故一旦出现髂腰肌筋膜室综合症，必须及时诊断和治疗，以解除室内神经的受压，否则将会遗留残疾。用手术切开筋膜室减压，清除血肿，结扎活动性出血，术后应用活血化瘀类中药，以冀化除残余瘀血，效果确著。

(收稿：1994-10-11)

置管注药治疗慢性骨髓炎 16 例

贵州省普定县中医院 (562100) 王大有

采用硬膜外导管置管留管注药与一期完成彻底病灶清除的治疗方法治疗慢性骨髓炎 16 例，经 8~12 月随访，均获成功，报告如下。

临床资料 16 例系住院病人，男 10 例，女 6 例；年龄 4~55 岁；病程 6 月到 22 年；16 例患者中除 1 例 L₅ 椎体骨髓炎无外伤史外，余均有外伤感染史，病变部位计上肢 2 例（肱骨桡骨各 1 例），下肢 10 例（股骨 4 例，胫骨 2 例；腓骨 3 例，跟骨 1 例）。

治疗方法 病人住院后，首先作分泌物的细菌培养及药敏试验，选用有效的抗生素静脉或肌肉途径给药，作好术前各项辅助检查及必要准备，而后根据骨病变的所在部位，X 线片表现来决定手术的方法。

手术时清除死骨、脓肿、肉芽组织、瘢痕、瘻道，凿去硬化骨，然后用温盐水冲洗创面干净，再用 0.1% 新洁尔灭纱布压迫髓腔片刻，取下后再用温盐水冲洗，最后在病灶内安置预先准备好的硬膜外导管，导管也可用剪刀剪开 2~3 个小侧孔，导管的数目可根据骨病变的范围置 1~3 根，伤口内再放青霉素 8~16 万单位或其他抗菌素，关闭手术切口，用绷带压迫包扎或行石膏托固定。

治疗结果 本组 16 例，经 8~12 个月随访，均全治愈，随访中见导管留置达 40 天以上的有 6 例，有 25~40 天的有 8 例，半月以上的有 2 例，在推药过程中发生管腔塞的有 3 例，用细钢丝（导管内芯）疏通

后继续推药，5 例滑脱后重新置管（用硬膜外穿刺针带入）。术后伤口一期愈合者 10 例，延迟愈合有 6 例，伤口愈合时间在 10~50 天，平均为 25 天。

讨论 硬膜外导管管壁光滑，管径较细，又有内芯做疏通，作者应用此法治疗骨关节结核及慢性骨髓炎，未发现有因管腔阻塞或滑脱而终止推注药物的现象，而且都取得良好的效果，故认为此法比用庆大霉素骨水泥球链填塞法和传统的闭合灌注——吸引疗法有优越性。

(收稿：1995-04-10)

手法复位治疗骨盆骨折合并骶髂关节脱位 48 例

山西省运城市人民医院 (044000) 郭永吉

我院自 1988 年~1993 年，共收治骨盆骨折合并骶髂关节脱位病人 48 例，均采用手法复位，获得满意疗效，现报告如下。

一般资料 本组 48 例均为住院病人，男 36 例，女 12 例；年龄最小 7 岁，最大 71 岁；车祸伤 39 例，土方压伤 6 例，坠落伤 3 例；左侧脱位者 29 例，右侧脱位 19 例；伤后距入院时间 1 例为伤后第三日入院，其他 47 例均伤后当日入院治疗。

治疗方法 病人平卧，全麻，用宽布带由背部绕过两侧腋窝下固定于床头。一助手双手握住脱位侧小腿，将下肢略外展，并持续用力向远端牵引。术者站在同侧，两手按住髂嵴上缘处，当牵引 2~3 分钟后，用力向远端推按，在合力的推、牵下，听到咔嚓响声，同时手下有震动感时即告复位。

术后处理：复位前打好股骨髁上牵引针，复位后将床尾略抬高，患肢伸直位牵引 4~6 周（可不用牵引架），牵引重量均为体重 1/10 左右（稳定性较好者，可用皮牵引）。

治疗效果 本组 48 例，骶髂关节和骨盆环复位均完全接近正常者 2 例，达 4/5 以上者 39 例，4/5 以下（接近 4/5）7 例，无一例失败。出院后 1~2 年随访 6 例，均已完全恢复正常体力劳动。

体会 采用本法的优点是：1. 复位在病床上施行，一般不搬动不变动体位，不翻身、不弯腰、不屈腿，避免引起再损伤。2. 在全麻下复位，肌肉、骨骼、韧带都比较松弛，容易达到满意的复位。3. 复位快、效果好，一般都可使骶髂关节完全复位，骨盆环基本复原。4. 病人痛苦小、牵引重量轻、时间短。

(收稿：1994-07-19)