

坠落伤 3 例, 车祸 64 例; 74 例均为髋关节后脱位, 其中 6 例伴髋臼后缘小块骨折。

整复方法

患者俯卧于床上, 患侧平行于床边, 患肢悬垂于床下, 髋关节屈曲约 90°。术者一手紧握患肢小腿踝上部, 使膝关节屈曲至 90°, 同时, 术者膝部压在患肢腘窝稍下方, 逐渐用力下压, 此时踝部为力点, 膝下为支点, 髋部为重点, 形成一个较大的杠杆力。与此同时, 术者另一手向下按压脱位的股骨头, 手腿一起, 稍施力量即可感到或听到一个明确的复位响声和股骨头的滚动感。

单纯 TPDH 手法复位后, 可用皮肤牵引固定患肢于轻度外展位, 约 2 周后疼痛和关节创伤反应即可消退, 逐渐开始髋关节功能锻炼, 待 3~4 周股四头肌和髋部肌力恢复正常后即可扶拐步行, 但 2~3 月内患肢不宜负重, 以免缺血的股骨头因受压而塌陷。伤后每隔 3 个月拍片一次, 证明股骨头血运供给良好, 无股骨头缺血性坏死, 方可弃拐逐步恢复正常活动。

本组有 6 例属 Steoart 和 Milgord 提出分类标准的 I 型, 即髋关节后脱位伴髋臼小块骨折⁽²⁾。但因骨折片很小, 闭合复位良好, 只是复位术后牵引固定时间延长至 4~6 周。

讨 论

传统的 Allis 法和 Bigelow 法多需要麻醉而且尚需

1~2 名助手协助方能完成, 既费时又费力, 病人也比较痛苦。Stimson 法仅靠肢体重力复位, 只适用于老年及体质瘦弱者, 且成功的机会也比较少。对于肌肉发达的中青年患者则更不适用。而改良的 Stimson 法, 在利用肢体重量复位的基础上, 强调用术者的膝下方压在患肢腘窝下方, 同时术者一手向上提拉患肢踝部, 使术者膝下成为支点, 患肢踝部为力点, 髋部为重点, 形成一个较大的杠杆力。同时术者的另一只手向下按压脱位的股骨头, 达到复位的目的。由于符合生物力学原理增加了复位力量, 因此改良的 Stimson 法对于肌肉发达的中青年外伤性髋关节后脱位也同样适用, 扩大了 Stimson 法的应用范围。

本组 74 例外伤性髋关节后脱位, 采用 Stimson 改良法均一次复位成功, 不用任何麻醉, 既省力又不需要助手协助或任何器械, 患者无痛苦又无复位并发症发生, 说明本法是一种值得推广的新方法。

参考文献

1. 史明起. 髋关节复位的一种新方法. 中华外科杂志 1983;4:203
2. Steoart MJ Milford. Fracture—dislocation of the hip on end—result study. J Bone Joint Surg (Am) 1954;36:315

(收稿: 1994-09-02)

狭窄性腱鞘炎两种疗法比较

中日友好医院(北京 100029) 王桂业 梁立 孟官维 奚达

狭窄性腱鞘炎是一种常见病, 多发病, 包括桡骨茎突腱鞘炎及屈指肌腱鞘炎(扳机指)。1985 年 10 月至今采用针刀药疗法治疗本病 134 例, 用局封治疗 108 例, 取得了不同的治疗效果, 现做临床总结如下。

临床资料

疾病确诊后按接受不同的治疗方法分成 A、B 两组。A 组为针刀药治疗组, B 组为局封治疗组。因 B 组病例未能完成治疗者 10 例及失访 28 例, 剩余者 108 例, A 组病例为 134 例。

1. 性别: A 组 134 例中男性 43 例, 女性 91 例; B 组 108 例中男性 35 例, 女性 73 例。

2. 年龄: A 组中 30 岁以下者 4 例, 31~40 岁者 10 例, 41~50 岁者 46 例, 51~60 岁者 57 例, 61~70 岁者 17 例; B 组相应为 5、15、36、46、6 例。

3. 病程: A 组 1~3 月者 5 例, 4~11 月者 47 例, 1

~2 年者 72 例, 2~3 年者 8 例, 3 年以上者 2 例; B 组相应病程分别为 19、46、43、3 例。

治疗方法

针刀药组(A 组): 在患者疼痛明显处常规消毒, 盖无菌孔巾, 找出局部疼痛及肿胀明显处为针刀刺入点。在此点用 2% 利多卡因局麻, 再将针刀在此点刺入, 重要一点是针刀的刀口线与肌腱平行刺入达肌腱腱膜外层。顺着肌腱走行, 行纵行切割纤维鞘, 而后横行剥离肌腱腱鞘直到活动患指无弹响, 则为切割成功, 剥离结束后在此处注入 0.3~0.5ml 强的松龙+2% 利多卡因 1ml, 盖上无菌纱布。注意在剥离时医生一定用左手拇指找到腱鞘狭窄处并固定好, 再将针刀直接刺入狭窄处, 予以切割及剥离。这样准确性高, 效果好, 防止因剥离不准确损伤周围正常软组织及关节囊等。防止局部着水及经常作患指屈伸活动, 3 天后取下无菌纱布, 本

组病例均行一次针刀药治疗。

局部封闭组(B组):在疼痛,肿胀最明显处找到注射点,常规消毒,直接注射强的松龙 0.5ml+2%利多卡因 1ml。每周一次,共行三次。

治疗结果

1. 痊愈:局部疼痛及压痛点消失,运动功能正常,劳动及日常生活活动患指时无任何不适。

2. 明显好转或好转:疼痛及压痛明显减轻,或症状基本消失,但在劳动或生活中活动患指时稍有疼痛。取得以上一,二两项效果视为有效。

3 无效:症状如前或主诉症状加重,但临床检查无明显体征改变者。结果见表 1

表 1

	针刀药疗法 A 组	局封疗法 B 组
痊愈	122 例	34 例
好转	11 例	35 例
无效	1 例	16 例
加重或复发	0 例	23 例
计	134 例	108 例

针刀药疗法组有效率为 $\frac{133}{134} \% = 99.2\%$,局封疗法组有效率为 $\frac{34 \pm 38}{108} \% = 63.9\%$ 。

讨论

狭窄性腱鞘炎是一种无菌性炎病,好发部位常在桡骨茎突及掌指关节近端处的腱鞘,该处腱鞘位于骨凹及韧带构成的骨韧带隧道内,在正常时就很狭窄,桡骨茎突处腱鞘有外展拇长肌及伸拇短肌腱通过,掌骨头处有屈指浅肌及屈指深肌,屈拇长肌腱通过,再加上此部位活动较多,常因挫,拉伤,受凉,慢性劳损等外因使局部狭窄的腱鞘出现炎症。早期发生充血,水肿,局

部出现肿胀,引起疼痛及活动受限,时间久了,则形成慢性炎症改变,腱鞘壁组织增生,肥厚,鞘内狭窄,肌腱呈结节状或葫芦状限局性增粗,粘连,活动时则出现弹响声。

针刀药疗法治疗狭窄性腱鞘点是将针刀刺入腱鞘狭窄的最明显处,用它将腱鞘行纵行切开,横行剥离粘连处以达到局部松解,充分减压,疏通及松解粘连作用,注入药物以改变慢性炎症过程,所以效果好,治愈率高。本组 134 例,仅 1 例无效,取得 99.2% 的有效率的结果。针刀剥离后局部再注射强的松龙防止再粘连效果更好。针刀药疗法应注意以下几点:①寻找出局部准确的压痛点,也称为伤灶,做为进针刀的部位。②掌握伤灶与进针的深浅度,准确无误地将针刀刺入伤灶处,切开纤维鞘层即可,切莫误伤肌腱,否则影响肌腱活动。③掌握好进针时的方向及手法:进针时应将针刀刃口线与损伤肌腱的走行方向平行,其手法要据病人的具体情况给予纵行切割或横行剥离,范围要适当。④避免损伤其他组织。⑤行针刀药疗法时应力求稳,准,轻柔。

局封疗法是单纯将强的松龙+利多卡因注射在伤灶处。主要作用是止痛、消炎,减轻局部水肿及充血,改善粘连,所以该疗法在腱鞘炎早期,肌腱未形成粘连肥厚的能收到一定疗效,到了晚期,腱鞘增厚,肌腱严重粘连用此法疗效差,只能减轻一些症状。腱鞘炎的局封疗法最好将药注射到腱鞘内,而且需 2~3 次才好。

本组病例按接受不同的治疗方法分成 A、B 两组, A 组为针刀药疗法组, B 组为局部封闭疗法组。收到了两种不同的治疗效果。A 组的有效率为 99.2%, B 组的有效率为 63.9%。经统计学分析处理后(P<0.01),说明两组的效果差异不是机会等因素引起。A 组疗效明显优于 B 组,值得提倡本病用针刀药疗法治疗。

(收稿:1995-07-21)

中西医结合治疗少年股骨头缺血坏死

河北省沧州中西医结合医院(061001)

赵德春 吴文元 韩光普

我院于 1987 年 10 月~1995 年 7 月对少年股骨头缺血坏死,采用滑膜切除,钻孔减压、带旋髂深血管髂骨植骨配合中药内服、局部中药离子透入等中西医结合治疗、获得满意效果。

临床资料

本组 50 例病人中男 31 例,女 19 例;年龄 7~13 岁;左侧 28 例,右侧 22 例;病史 1~5 年;据临床表现,按照 cdt-terdll 的分类和治疗标准,属于 II 期 7 例,III 期 31 例,IV 期 12 例。所有的股骨头坏死的诊断均为病