

解复位固定后髋关节的稳定性,如示欠稳定时,则使用牵引装置,将股骨头向前下方牵引,可进一步加强髋关节的稳定性。复位后股骨头位置偏高,可通过牵引装置的牵引作用,使股骨头向下移位。对髋关节间隙较宽者,可通过缩短横杆,使股骨头与髋臼间距缩短,加之头臼之间存在经常性的较大幅度的(屈伸)研磨活动,可使复位后头臼之间有内翻的臼唇及关节囊等嵌夹物逐渐挤出,而达到同心圆复位。

5. 关于复位前牵引与内收肌切断的问题,本组 3 岁以上在复位前 1 髋行胫骨牵引,6 髋行皮牵引,其中股骨头缺血性坏死 1 髋。我们认为本固定器附有牵引装置,一般病例复位前不必牵引。术前牵引仅适用于手法复位困难者。我们对年龄超过 18 个月者,除 5 例外,在复位前均需做内收肌切断,5 例中股骨头缺血性坏死 1 髋。我们赞同 Wein e<sup>(2)</sup>、吴守义<sup>(3)</sup>的观点,复位前切断内收肌有利于降低股骨头缺血性坏死率。

6. 解除外固定后的半脱位问题,先天性髋关节脱位复位成功,解除外固定行走后,有少数病例虽近期效果满意,但 X 线片还是存在关节间隙增宽,股骨头偏外股骨头被髋臼覆盖不全的问题,对这部分病例,我们采用延长蛙式位固定时间或夜间使用蛙式位固定,垫高健侧鞋底,使骨盆向患侧倾斜,以增加髋臼对股骨头的包容。经初步观察,取得一定疗效。

**参考文献**

1. 周永德,吉士俊.先天性髋关节脱位疗效评定标准.中华小儿外科杂志 1994; 3: 89.
2. Weiner DS, et al Congenital dislocation of the hip. J Bone Joint Surg (Am) 1977; 59: 306.
3. 吴守义,等.先天性髋关节脱性.中华外科杂志 1980; 18: 387.

(收稿: 1995-06-21; 修回 1996-04-26)

## 腰源性腹痛治疗与体会

河北省邯郸医学高等专科学校附属中医院 (056029) 纪学民 段阳全

腰部损伤后,代偿腹肌疼痛,在临床上较为常见,为了使医务人员不造成误诊,更好地了解腹肌疼痛原因和治疗原则,现总结如下:

**一般资料**

本组 46 例中男 25 例,女 21 例;年龄 23~55 岁;病程 5 个月~2 年;46 例中治愈 37 例,显效 8 例,好转 1 例。

诊断: 1. 腰部损伤史,个别病人有受凉史; 2. 腰痛后而引起腹部疼痛,疼痛多见于腹外、内斜肌,腹直肌部位。其性质以酸胀痛多见,个别病人可出现阵发性疼痛; 3. 检查时,可在上述疼痛的部位有明显压痛,腹肌变硬,有时可触及条索状物; 4. 抗阻力试验阳性; 5. 除外、内、妇科疾病等。

**治疗手法**

1. 点揉镇痛法:病人取仰卧位,医者立于患侧,医者用一手拇指指腹在该肌痛点作点揉,逐渐用力,镇定片刻。

2. 弹拨法:继上卧位,医者用一手拇指指腹在该肌上进行弹拨,以病人能忍耐为度。

3. 捋顺法:最后医者用拇指指腹固定在该肌一端,用另一手指指腹沿该肌走行自下而上进行推压,捋顺数次。

在治疗该肌同时,要对原发病灶进行治疗。

**体 会**

1. 腰源性腹痛在腰部损伤的病人中较为常见,如果只注意了腰部症状而忽视了腹部症状,势必造成疗程延长,故应引起同道注意。

2. 手法治疗过程中,要求手法指力要达到肌肉、筋膜的深部和病变的具体部位,而不在肌肤的表面。指力要求由浅入深,由轻到重,从而可达到松解肌肉痉挛,痉松痛解。

3. 在诊断腰源性腹痛时,一定要注意与内外、妇科疾病鉴别,以免引起误诊。

4. 在治疗腹痛时,定要对原发性腰痛病灶明确诊断(指损伤性腰痛)。施以正确手法治疗,否则,继发性腹痛不易缓解或治愈。

(收稿: 1995-03-24)