

效 6 例, 有效率 96.63%; B 组 176 例, 痊愈 121 例, 有效 40 例, 无效 15 例, 有效率 91.48%。两组痊愈率比较 $X^2=7.65 > 6.63$, $P < 0.01$, 差异有非常显著性。有效率比较, $X^2=4.21 > 3.84$, $P < 0.05$, 差异有显著性。

讨 论

LDP 患者的临床症状多是由于突出物所致腰椎管和(或)神经根管狭窄而引起, 因此, 减轻或消除这种狭窄是改善 LDP 患者临床症状的根本措施, 牵引的作用即在于此。使牵引的最大有效应力作用于所要牵引的椎间隙, 使椎间距有效的增大。是提高临床疗效, 缩短治疗时间的关键。本牵引方法即是为此设计的。

李氏^[1]采用光弹性实验方法对颈椎力学模型进行分析并给出了牵引角度与最大应力位置的关系: 0° 角

牵引时最大应力位置在 $C_{4,5}$, 15° 角牵引时最大应力位置在 $C_{6,7}$, 30° 角牵引时, 最大应力在 C_7T_1 , 由于颈椎和腰椎具有相似的解剖结构, 因而也就具有相似的生物力学特性, 在这种原理的启导下, 将不同角度的牵引方法应用于 LDP 的治疗中, 并对治疗结果进行统计学分析, 肯定了成角度牵引方法的优越性。通过本方法的临床应用, 认为 LDP 的牵引治疗, 应重视牵引角度问题。

参考文献

1. 李晶, 等. 颈椎牵引的力学实验及临床应用. 中华理疗杂志, 1992; 3: 133.
2. 刘峰, 等. 倒挂牵引结合四步手法治疗腰椎间盘突出症机理探讨. 按摩与导引 1993; 3: 13.

(收稿: 1995-06-21)

碱化药液关节内注射治疗膝创伤性滑膜炎

贵州省凤冈县人民医院 (564200) 胡 军 郑满红 任黔军 冯 松*

自 1991 年 10 月~1994 年 11 月, 采用碱化药液关节内注射治疗膝关节创伤性滑膜炎 68 例。经临床观察疗效满意, 报告如下。

临床资料

本组共 68 例, 男 15 例, 女 53 例。女性中以体型较胖、身材较矮的家庭妇女为多。年龄 36~54 岁, 病程 2 月~5 年。均因膝肿胀、疼痛、活动受限, 但不发热, 而求治。检查: 患膝关节肿胀, 浮髌试验阳性。屈膝受限, 无韧带损伤体征。关节穿刺液为浅黄色半透明粘性液体, 镜检 WBC $1\sim 3/HP$ 、蛋白(±), 细菌培养阴性。本组病例均未发现异常 X 线征象。

治疗方法

患者仰卧, 患肢伸直位。常规消毒皮肤, 铺无菌洞巾。用 9 号或 12 号注射针头, 在髌骨内(或外)上缘与中线成 45° 夹角, 针尖指向髌骨中心刺入。尽量抽出关节内积液, 再把先配制待用的碱化药液 15ml (5% 碳酸氢钠 5ml、强的松龙 50mg、氟美松 5mg、VitB₁ 0.1、VitB₁₂ 0.5mg、2% 利多卡因 4ml 混合液 PH7.16)。注入关节腔内。4~5 分钟后, 被动活动膝关节, 使药液在关节腔内扩散。嘱患者积极有效的进行股四头肌锻炼和练习抬腿动作, 每周注药 1 次, 3 次为 1 疗程。

治疗结果

显效: 经 1~2 次治疗, 膝关节肿痛消失, 活动度

恢复正常, 24 例。有效: 经 1~2 疗程, 膝关节肿痛减轻, 日常生活能自理, 活动过度时可引起膝关节炎, 38 例。无效: 经 2~3 疗程, 膝关节肿痛和活动功能改善不明显, 6 例。

讨 论

膝关节创伤性滑膜炎发生的原因包括外伤和慢性劳损致滑膜血管扩张、充血、产生大量渗出液。血浆、血细胞外渗, 同时滑膜细胞活跃, 产生大量粘液素。这样, 关节内渗出物增多, 腔内压力增大。有实验证实, 膝关节腔内压升高, 腔内氧分压下降^[1]。若患病后, 未得到及时处理, 关节内渗出物相继增多, 腔内压继续升高, 氧分压再度下降的恶性循环。代谢产物堆积, 滑膜组织出现非感染性炎症反应。膝关节肿胀, 活动受限。再则组织受外伤、劳损和循环障碍(因关节积液增多, 使关节腔内压力增高、关节囊肿胀而引起)等伤害性刺激的作用损伤组织可直接释放内源性致痛物质。当受到伤害性刺激时, 组织释放氢离子增多, 局部 PH 值降低。当 PH 值低于 6 时, 即可引起疼痛。而在损伤性炎症过程中, 组织的 PH 值可比这个数值更低^[2]。

本组 68 例, 将膝关节积液尽可能抽净后, 把碱化药液注射入关节腔内, 可直接使局部得到碱化。降低氢离子浓度。减轻对局部神经的刺激作用, 缓解或解除膝关节软组织(肌肉、滑液囊等)的痉挛, 改善其血液循

* 贵州省长寿长乐集团

环。同时利多卡因在碱性环境中, 可使其潜伏期缩短, 作用时间延长, 组织穿透力增强。这样, 患肢就能在有益的环境下, 积极的、自主有效的进行抬腿练习和股四头肌锻炼。由此, 既能促进膝关节局部血液循环, 改善组织的低氧环境。加之在行关节内注射药物时, 均为尽可能抽尽关节内积液, 充分减小关节腔内压, 从而缓解了关节腔内压升高与氧分压降低的恶性循环。故促进滑膜组织水肿的消退, 减少渗出和促使关节积液的吸收及关节内毒性物质的排泄。又可增强肌力和关节的

平衡稳定, 防止股四头肌的萎缩或粘连、关节韧带的松弛和畸形等并发症。

参考文献

1. 韩西, 等. 膝创伤性滑膜炎的实验与防治研究. 骨与关节损伤杂志 1994; 9 (1): 46.
2. 徐兆基, 等. 药物 PH 值对疼痛治疗的影响. 中华麻醉学杂志 1990; 疼痛治疗专刊 14.

(收稿: 1995-06-21)

小儿肱骨外髁骨折翻转移位并矢状面旋转

广州市越秀区正骨医院 (510030) 吴健雄

笔者自 1990 年共收治小儿肱骨外髁骨折翻转移位并骨折块矢状面旋转的患者 15 例, 用闭合手法整复, 效果良好, 介绍如下。

临床资料

本组 15 例中, 男 12 例, 女 3 例; 年龄 5~10 岁; 就诊时间最短伤后 1 小时, 最长 5 天; 来院诊治前曾整复的 9 例, 未经整复的 6 例。

治疗方法

患者卧位, 两助手分别握患者前臂及上臂, 使肘稍内翻拔伸牵引, 术者在骨折处揉捏, 使瘀血祛散。触摸骨折块, 先纠正骨折块的前后移位, 继而使骨折块在矢状面逆时针方向旋转 90°, 再用右拇指把骨折块的上端向内下推压入肘关节内, 左拇指顶着骨折块下端, 向上内推压, 再屈伸肘关节, 若肘活动良好时骨折块无活动, 即整复成功。用一块曲板, 两块侧夹板固定骨折块, 骨折块向前移位的屈肘 60° 固定, 向后移位的伸肘固定。一个月后拆夹板, 进行功能锻炼。

治疗结果

达解剖复位 10 例, 基本复位但骨折稍外或前或后

移位的 5 例。治疗结果全部功能恢复理想, 随访 1 年 5 例, 1 年 8 个月 5 例, 3 年 5 例, 未见肘功能障碍及肘外翻。

讨 论

小儿肱骨外髁骨折翻转移位往往伴有矢状面旋转, 这是由于伸肌在后, 其牵引外髁向外下翻转时还有向后作用力, 使骨折块发生在矢状面而旋转, 即出现骨折块外侧在后, 内侧在前。在 X 片上可证明这种矢状面旋转: 原本外髁骨化中心在正位片是三角形, 在侧位片是圆形, 翻转移位后若无矢状面旋转, 正位片骨化中心也应为三角形, 若其变为外髁正常侧位片的圆形, 说明骨化中心发生矢状面旋转, 而且骨折块侧位片见到骨折块最小锐角在前面, 说明骨折块发生顺时针旋转。这矢状面旋转在外髁骨折翻转移位中往往被忽视, 导致术者在未纠正骨折块矢状面旋转前就把骨折块翻回去, 使骨折块仍处于纵轴旋转状态, 即骨折块内侧仍旋向前使肘关节不能活动, 导致整复失败。所以我们要重视外髁骨折翻转移位后发生的矢状面旋转的情况。

(收稿: 1995-07-21)

骨盆骨折合并腹膜后血肿 20 例

山东省威海市文登中心医院 (264400) 邓忠虎

腹膜后血肿是骨盆骨折的常见并发症, 由于腹膜后血肿无特征性临床表现, 少数病人极易误诊为腹腔脏器破裂而行剖腹探查。我院自 1990 年~1995 年收治 20 例, 15 例行剖腹探查, 5 例保守治疗痊愈。现就对其诊断、误诊原因及治疗进行探讨。

临床资料

1. 本组 20 例中男 17 例, 女 3 例; 年龄 10~52 岁;

交通事故 15 例, 高处坠落 5 例; 伤后至入院时间 2 至 4 小时; 损伤部位: 腰腹部 6 例, 下腹部 14 例。

2. 临床表现: 全部病例均有腹痛, 呈持续性伴恶心呕吐, 并有腹胀, 腰背部疼痛以及腹肌紧张、压痛、轻微反跳痛, 肠鸣音弱。肝区叩痛 5 例, 脾区叩痛 4 例, 肾区叩痛 11 例。入院时脉搏在 80~90 次/分, 血压不高于 12/8KPa。20 例拍片均有骨盆骨折, 6 例合并腰椎