

贴床面,首先放松膝关节,双手稳定大腿,用力摆动小腿。如果无力摆动,则用健侧小腿跟腱部压在患侧踝关节前部,有规则地用力向后按压以使膝关节屈曲,力量大小以膝关节产生轻微酸胀而无明显疼痛为度,活动范围在中期基础上每周增加 5~10°为宜。也可配合理疗、薰洗等法。如果此期尚不能撤除牵引,即按中期进行训练,活动范围可适度加大。

4. 离床期(第 8~10 周):此时经 X 线片证实断端已有大量骨痂生长,骨折线模糊,可以让患者作负重练习。扶患者下床,让其双手抓住床头,作下蹲、起立运动,以伤肢不出现疼痛为度。还应嘱病人持拐杖行走,让伤肢逐渐受力,这对于加强股四头肌力量和促进膝关节功能进一步完善起着重要作用。在通常情况下通过以上功能推拿,膝关节功能常能维持到满意的程度。患者很快能生活自理,重返工作岗位。有些体质差,创伤愈合缓慢者,可适当减轻强度,延长推拿时间。

治疗结果

1. 疗效标准 优:膝节能主动伸直或可以过伸,屈曲 131°~140°;或与健侧活动范围一致,下蹲时小腿后侧能贴近大腿后侧,有时下蹲稍感膝前区酸楚不适;良:能主动伸直膝关节,或膈窝部稍感不适,屈曲 121°~130°,屈膝时膝前区有酸胀感;一般:主动伸膝较正常差 10°~20°,被动伸膝可接近正常,屈曲 101°~110°,但膝关节周围及小腿发胀,酸楚不适。或膝前区有轻度肿胀,经理疗或薰洗后可消退;差:膝关节活动范围小于 90°,患者难于下蹲,并有胀痛,膝关节肿胀。

2. 治疗结果 298 例中,膝关节功能达优者 227 例,良 45 例,一般 13 例,差 12 例,另 1 例因合并色素绒毛结节性滑膜炎而发生膝关节僵硬。

讨论

我们通过对股骨髁上及胫骨结节牵引患者进行观察,发现骨折虽然愈合,但膝关节功能恢复常需很长时间的理疗、锻炼,且往往遗留不同程度的膝关节僵硬、疼痛,下蹲困难。以往在临床上我们只注重骨折、脱位的治疗而忽视对伤员膝关节功能锻炼的具体指导,许多伤员也片面依赖药物、牵引等治疗,认为伤肢的功能锻炼有碍于骨折、脱位的愈合,甚至担心骨折再移位而拒绝锻炼和功能推拿,从而也影响了治疗效果,因此功能推拿前的心理准备十分重要。

膝关节僵硬并非骨牵引的后果,而是由于功能性废用所致,根据中医治疗骨伤疾病医患结合,动静结合的原则,我们对骨牵引伤员分期进行膝关节功能推拿。首先必须调动患者的主观能动性,采取自主收缩股四头肌为主,保持股四头肌弹力以防止股四头肌萎缩。随之推拿髌骨,提捏腓绳肌等达到间接牵伸关节囊及滑膜皱折部分,促进膝关节的血液循环和淋巴回流,增加关节液的吸收。这样可以避免持续浆液纤维性渗出造成膝关节粘连,防止滑膜皱折水肿、增厚而失去弹性,达到维持膝关节功能。循序渐进采取上述防治措施,才能达到无创、少创以维持膝关节功能,缩短卧床及创伤愈合时间。

(收稿:1996—02—06)

中药健髓汤离子透入治疗股骨头缺血性坏死 104 例

黑龙江省中医研究院(哈尔滨 150036)

张秀华 滕雨红 曲红伟

我院自 1993~1996 年 5 月共收治股骨头缺血性坏死 104 例,通过中药健髓汤离子透入疗法,取得了较满意的结果,现报告如下。

临床资料

本组 104 例中,男 76 例,女 28 例;年龄 11~74 岁,平均 42.5 岁;病程 1 个月~6 年,平均 1.5 年;有明显外伤史者 16 例,使用皮质激素者 40 例,过量饮酒者 16 例,其他原因者 32 例;单侧发病 34 例(左 21,右 13),双侧发病 70 例。

X 线分期:根据 Ficat 对股骨头缺血性坏死的 X 线

四期分型法,本文 104 例 174 个髋中,I 期 8 个(左 5,右 3),II 期 126 个(左 70,右 56),III 期 36 个(左 14,右 22),IV 期 4 个(左 2,右 2)。

诊断:根据病史、临床症状、体格检查和影像学检查,结合一些诱发因素等进行诊断。

治疗方法

药物制备:取透骨草 25g 牛膝 30g 乳香 15g 没药 15g 细辛 5g 附子 15g 水蛭 15g 补骨脂 20g,加水 1000ml,先武火煎 20 分钟,再用文火煎 30 分钟,滤取药液 500ml 装瓶备用。

透入方法：采用北京产 GA—1A 低中频治疗机治疗。取纱布垫两块，用药液 25ml 浸透后贴敷于患处，将治疗机正负极板分别放在两块药垫上，用沙袋固定妥善后开机治疗，每天治疗 1 次，每次 30 分钟，1 个月为 1 个疗程，每 2 个疗程间隔 1 周。每个患者治疗 1~3 个疗程。

治疗结果

疗效标准及治疗结果：优：疼痛基本消失，步态稳定，疾走时有跛行，“4”字试验（-）或（+），功能接近正常，可恢复轻工作，X 线片显示有骨质修复现象，14 例；良：疼痛明显好转，步态较稳定，走路时轻度跛行，“4”字试验征减少（+~++），功能好转，生活自理，X 线片显示骨质稍见修复或未见明显进展，78 例；可：症状减轻，“4”字试验征减少（+），生活尚能自理，7 例；差：症状体征无改变或病情加重，5 例。优良率为 88.5%。

讨 论

祖国医学认为：股骨头缺血性坏死多因先天不足，肝肾亏虚或有所伤，致使局部气血瘀阻，经脉不通，骨质失去正常的气血温煦和濡养而酿成。

中药离子透入是根据离子在电场的作用下能在溶液中移动的原理，利用透入机使药物有效成份直达病所，提高局部药物浓度，使其充分发挥治疗作用。透入机两个电极板通电后产生电刺激和热效应，起到温经通络作用，使局部血管扩张，改善血液供应和营养，加上药物作用提高了组织细胞生存能力，促进骨组织再生过程。

健髓汤用乳香、没药活血行气，祛瘀生新，辅以水蛭加强活血化瘀之效；细辛、附子温经通络止痛，补骨脂补肾壮骨；透骨草、牛膝引药入骨。诸药共奏活血化瘀、补肾壮骨之功效。

（收稿：1996—06—06）

小针刀与电针治疗梨状肌综合征对比观察

解放军第 303 医院（广西南宁 530021）

崔金先 段国广 毛琳

将 133 例梨状肌综合征病人随机分组，分别运用小针刀或电针治疗，并对两组的治疗效果进行了对比观察，报道如下。

临床资料

小针刀治疗组 73 例：其中男 52 例，女 21 例；年龄 20~65 岁；病程 15 天~3 年 2 个月；5 例病人为双侧病变，其余均为单侧。

电针治疗组 60 例：其中男 36 例，女 24 例；年龄 8~75 岁；病程 10 天~2 年 8 个月；均为单侧病变。

治疗方法

1. 小针刀治疗组：患者侧卧治疗床上，健侧在下，患侧在上，健侧腿伸直，患侧腿屈曲，身体略向前倾斜，使患膝部着床。找准梨状肌压痛点在压痛点进针刀，刀口线与梨状肌纵轴平行，针体和臀部平面垂直，按进针的定点、定向、加压分离和刺入的四步规程进针。当刀锋刺入皮下后，继续摸索深入，如患者诉有电击感、刺痛感即将刀锋稍上提，移动 1~2mm，继续进针刀，待患者诉有酸、胀感时，说明针刀已达梨状肌病变部位，先纵行疏通剥离 2~3 次，继而横行剥离 2~3 次，如有硬结可切开剥离，整个手术过程要注意无菌操作，术后在针刀孔处压迫 1~2 分钟，以防针孔出血，后贴上创

可贴保护皮肤。每次小针刀治疗后，术者以拇指与梨状肌纤维方向垂直作左右分拨 2 分钟，然后再顺肌纤维方向上下按压理顺梨状肌 2 分钟，以达分筋、理筋作用，最后患者俯卧床上，作 2~3 次牵拉试验。小针刀治疗组，5 天治疗一次，一般治疗 2~3 次即可。

2. 电针治疗组：取环跳、承扶、委中、承山、昆仑等穴，刺入得气后接通电针导线，选用疏密波刺激，以局部肌肉轻微收缩为度，每次治疗 20 分钟，12 次为一疗程，疗程结束休息 7 天可行第二疗程，一般治疗 1~2 疗程，最多 3 个疗程。

治疗结果

疗效标准：痊愈：臀部及其下肢疼痛等症状消失；检查梨状肌压痛消失，直腿抬高试验和梨状肌牵拉试验阴性，下肢功能正常。显效：臀部及其下肢疼痛等症状基本消失；检查梨状肌尚有轻度压痛，直腿抬高试验和梨状肌牵拉试验阴性。进步：症状和体征较治疗前均有改善。无效：症状和体征无改善。

治疗结果：两组病例经不同方法治疗后，小针刀组 73 例，痊愈 45 例，显效 19 例，进步 4 例，无效 5 例；电针组 60 例，痊愈 25 例，显效 14 例，进步 16 例，无效 5 例。在两组中，小针刀组有效率为 93.9%，电针组