

后的传统固定方式多不能同时满足稳定、早期功能锻炼(含旋转前臂)、方便换药拆线三个条件。且传统石膏固定必须超过肘关节,维持 6 周,并定期摄 X 片以判定有无再移位^[2]。这对肘关节的伸屈功能及前臂旋转功能恢复极为不利。但是对骨骺尚存的少年儿童,又不可轻率采用克氏针及钢丝绑扎。采用异形小钢板固定,不但可适用于干骺端,而且甚至可用于中上段的固定,具有抗成角、抗旋转、可早期活动各相邻关节,基本不需坚强外固定,方便拆线换药等多重作用,且远近期效果均佳,故值得推广。

由于钢板本身很薄,除了能完全包埋在骨膜之内,还可在桡骨下段背侧和尺骨下段尺侧皮肤软组织较少

的位置固定。这样就解决了以往桡骨远段钢板需置于掌侧^[1]和尺桡骨下 1/3 须置于前侧面^[3]的问题,避免切口选择困难及切口内复杂的重要神经血管损伤的顾虑,且钢板置于张力侧更符合生物力学理论。

参考文献

1. 王亦璁, 孟继懋, 郭子恒. 骨与关节损伤. 北京: 人民卫生出版社, 1980: 422
 2. JOHN A · OGDEN, 柳用墨等译. 儿童骨骼损伤. 北京: 人民卫生出版社, 1987: 238
 3. 王桂生. 骨科手术学. 北京: 人民卫生出版社, 1982: 238
- (收稿: 1998-03-24)

三联松解术矫治脑性瘫——前臂旋前畸形

河南省洛阳正骨医院正骨研究所 (471002)

李凤春 万富安 石福明 刘西京 杜志军

前臂旋前畸形是脑性瘫的常见临床表现之一。我们自 1990 年 3 月~1995 年 5 月采用三联松解术矫治此种畸形 11 例 (20 侧), 效果满意, 现报道如下。

临床资料

本组 11 例, 男 7 例, 女 4 例; 年龄 5~43 岁; 双侧发病 9 例, 单侧 2 例; 均合并有不同程度的屈腕、拇内收和鹅颈指畸形。其中重度畸形 (旋前 60°以上) 3 例, 中度畸形 (旋前 45°~60°) 6 例, 轻度畸形 (20°~45°) 2 例。X 线显示均无骨质结构异常, 但有尺桡骨交叉现象。

治疗方法

患者取仰卧位, 置患肢于侧台上, 臂丛神经阻滞麻醉或全麻后, 常规消毒术野, 铺无菌巾, 止血带充气 200~350mmHg。

于前臂中段前外侧作第一切口, 长约 7cm, 依次切开皮肤, 浅、深筋膜, 向两侧牵开皮瓣, 从肱桡肌和桡侧腕屈肌之间进入, 寻找并保护桡动、静脉及桡神经浅支并将其牵向内侧。找到旋前圆肌的扁腱状肌止, 切断剥离后使之自行回缩。然后用骨膜剥离器潜行剥离骨间膜在桡骨上的附丽部, 上至桡骨结节下方, 下至旋前方肌上方, 彻底松解挛缩之骨间膜。

再于前臂下 1/4 前外侧作第二切口, 长约 3cm, 依次切开皮肤, 浅、深筋膜, 注意保护浅静脉和桡神经浅支; 向掌侧牵开拇长展肌腱, 拇短伸肌腱, 沿切口纵形切开骨膜, 从骨膜下剥离旋前方肌在桡骨下 1/4 的肌

止, 使其自行回缩。注意保护桡动、静脉。然后在手术台上旋转前臂, 观察松解是否彻底, 至松解效果满意后, 松止血带, 彻底止血, 逐层关闭切口, 无菌包扎, 长臂石膏夹板固定前臂于旋后位。

术后第 7 天开始白天去掉石膏夹板, 加强前臂旋后功能锻炼, 晚上仍用石膏夹板保护。术后 10~12 天拆线, 4 周后去掉石膏夹板, 加强旋转活动。

治疗结果

以上 11 例病人在我院均行三联松解术, 其中得到随访者 9 例, 随访时间 8 个月~4 年, 平均 18 个月。自拟疗效评定标准为: 前臂旋后可达 60°以上者为优; 45°~60°者为良; 30°~45°者为可; 30°以下者为差。治疗结果优 5 例, 良 3 例, 可 1 例, 无差病例。

讨 论

脑性瘫的前臂旋前畸形, 是由于肌力失衡, 旋前圆肌、旋前方肌、骨间膜的长期痉挛和挛缩所致。其中旋前圆肌的挛缩仅产生前臂的弹性旋前畸形, 而旋前方肌的挛缩则产生前臂的固定旋前畸形。后者对前臂旋前畸形的形成和改善起着举足轻重的作用, 这可以从以下四个方面得到证实。

1. 旋前方肌位于尺桡骨的远端, 没有适当的旋后肌与之相拮抗, 所以当桡骨下 1/3 骨折 (旋前圆肌止点以下) 时, 近折端因旋前圆肌的肌力有旋后肌相拮抗而处于中立位, 远折端因只受旋前方肌的牵拉而旋前, 故手法整复时要取中立位^[1]以克服之。

2. 在尺骨保持固定的情况下, 前臂的旋转轴是由桡骨小头中心点到尺骨茎突基部。沿此轴心, 桡骨小头在上尺桡关节处作“自转”运动, 而桡骨远端则在下尺桡关节处围绕尺骨头作“公转”运动, 桡骨轴线运动轨迹为一圆锥。而旋前方肌附着点位于该圆锥的基底部, 故其旋转力臂最大, 因此产生的旋转力距也最大。

3. 过去一般认为旋前方肌的旋前作用较弱, 但张殿明^[2]从肌电图证实: 在维持前臂完全旋前时, 旋前圆肌与旋前方肌的活动都加强, 但旋前方肌的电位更活跃。

4. 旋前方肌位于前臂远侧 1/4, 紧贴尺桡骨前面, 起于尺骨下 1/4 掌侧, 止于桡骨下 1/4 掌侧^[3]。为一方形小肌, 伸展度差, 一旦挛缩则产生固定畸形。

脑性瘫的畸形是不能完全治愈的。手术目的是尽可能多地矫正/改善畸形, 减少缺陷, 把前臂放在功能位, 从而增加病人腕、手的技能, 以适应日常生活, 适应社会, 使生活得更富于乐趣。既往医者多采用 Sakellarides 所设计的旋前圆肌肌腱转移术来矫正前臂旋前挛缩畸形, 在矫正畸形的同时, 提供了旋后肌的力量^[4]。但其仅松解了因旋前圆肌挛缩而产生的弹性畸形, 却未纠正因旋前方肌挛缩而产生的固定畸形。故畸形的矫正是不彻底的, 且易产生反弹现象。这种反弹现

象就是: 单纯松解旋前圆肌时, 虽然前臂可被被动旋后, 但外力解除后, 又马上弹回旋前位。而松解旋前方肌后, 这种反弹消失, 且旋后幅度大大增加。我们从畸形产生的根本原因和临床实践出发, 设计了三联松解术, 即彻底松解旋前方肌、旋前圆肌和骨间膜在桡骨上的附着部, 使其自行回缩, 与其他软组织粘连愈合, 弹性畸形和固定畸形均得以彻底解除, 不仅矫正了前臂的旋前畸形, 同时又降低了旋前肌力, 恢复肌力平衡, 防止畸形复发。若旋后肌发育不良或缺如时, 可同时把尺侧腕屈肌肌止点移位到桡骨中下段后外侧, 以增加前臂的旋后肌力。我们采用本法矫治病 11 例, 达到了上述手术目的, 效果颇为理想。

参考文献

1. 天津医院骨科. 临床骨科学 (1) 创伤. 第 1 版. 北京: 人民卫生出版社, 1973; 213
2. 张殿明. 前臂主要回旋肌的肌电. 解剖学报, 1963; 6: 267
3. 郭世级. 临床骨科解剖学. 第 1 版. 天津: 天津科学技术出版社, 1992; 499
4. A·H 克伦肖主编, 过邦辅等译. 坎贝尔骨科手术大全 (上册). 第 1 版. 上海: 上海翻译出版公司, 1991; 192

(收稿: 1996-08-19)

推拿加药物熏洗治疗腰肌劳损 63 例

大庆石油管理局公共汽车公司中心卫生所 (163312)

王绍军 李 凤 李雅梅 刘振根 张红梅 果 莉

笔者运用推拿加药物熏洗疗法治疗腰肌劳损 63 例, 与单纯使用 CDB-1 超短波理疗治疗 35 例进行疗效对照, 现将结果报告如下。

临床资料

本组 98 例中男 56 例, 女 42 例; 年龄 36~68 岁; 病程 6 个月~2 年者 73 例, 2 年以上者 25 例。主要诊断依据: 结合临床均有无明显诱因的慢性疼痛, 自觉腰部酸胀痛, 不能过久卧床及活动, 在疼痛区有固定压痛点, 并有单侧或双侧骶棘肌痉挛症。

治疗方法

1. 推拿加药物熏洗治疗组 63 例: (1) 腰背部松解法: 患者取俯卧位, 医者首先用拇指分别点压肾俞、气海俞、关元俞、昆仑、阿是穴、委中穴。每穴点按半分钟, 然后推拿脊柱及两侧膀胱经, 上下往返推擦 10~20 次。再反复施按法于腰背部, 肩部, 臀部及下肢后侧约

10 分钟, 再用拇指由上至下弹拨脊椎两侧肌肉, 横擦两侧骶棘肌, 以腰部有轻松感为宜。最后用拍打手法拍打肩背部, 从而使肩背部进一步放松。(2) 按压腰骶部法: 患者俯卧位, 医者立于患者一侧, 将患者靠近医者一侧下肢屈膝, 踝部置放于另一侧伸直下肢腘窝处, 医者一手抓住屈膝关节向上抬, 同时另一手掌根部用力同频率按压同侧腰骶部 5~6 次。然后医者换到另一侧站立用上述同一方法重复操作一遍。(3) 斜扳腰椎法: 患者取侧卧位, 嘱患者上侧下肢屈髋, 屈膝, 医者立于患者对面, 两手分别扶按上侧肩部和臀部, 然后两手反方向用力推拉 5~10 次。患者再变化到另一侧卧位, 医者换到另一侧站立, 用上述同样方法再次斜扳另一侧腰椎 5~10 次。(4) 牵抖腰部法: 患者取仰卧位, 医者立于患者足底一侧, 医者双手紧握患者双踝部, 然后进行上下牵抖 10~20 次。(5) 直立倒背法: 患者与医者背