

例, C₆₋₇ 20例, C₇~T₁ 15例, 二个间隙同时受累 27例。

本组患者诊断标准参照国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》^[1]。

治疗方法 1. 颈椎牵引: 本组患者均采用电动颈椎牵引凳坐位牵引。牵引角度在前屈 5°~30° 范围内, 根据每个患者具体病情调整, 牵引重量 4~8kg, 每日 1次, 每次 30分钟, 连续 10天为 1疗程。

2. 手法治疗: 本组患者均在牵引后作手法治疗。先在风池, 天柱, 大椎, 肩井, 曲池, 合谷穴点揉。接着在颈椎棘突两旁及肩部作指揉及滚法, 最后用双手扶住枕部及下颌部, 边向上牵引边轻轻左右旋转晃动。

3. 中药内服: 处方: 葛根 10g, 伸筋草 10g, 当归 12g, 生地 10g, 乳香 6g, 没药 6g, 桂枝 8g, 僵蚕 10g, 怀牛膝 12g, 片姜黄 10g, 黄芪 20g。若麻木明显, 加天麻、地龙; 疼痛剧烈, 加炙草乌、延胡索。每日 1剂, 10剂为 1疗程。

治疗结果 本组患者疗效标准参照国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》^[1], 经 1~3个疗程治疗, 结果为: 治愈 33例, 好转 50例, 无效 2例。

讨论 1. 本组 85例患者以 40~60岁年龄段多发, 职业分布则以教师、机关干部居多。这是由于他们长期处于坐位, 尤其是低头工作时间长, 不仅造成颈后部肌肉、韧带组织劳损, 而且屈颈使椎间盘内压大大高于正常体位, 从而加重了椎间盘和椎体的退变。好发部位在 C₅₋₆、C₆₋₇, 则与该处在屈颈状态下的高压力和 high 扭转力有密切关系^[2]。

2. 对神经根型颈椎病的诊断, 必须综合分析临床症状、体征及影像学检查, 不能单凭 X 光片中椎体退变征象诊断。因为, X 光片的椎体退变可能产生症状, 也可不产生症状。因此, 必须出现临床相应症状, 尤其要和颈脊神经定位相符合, 方可作出诊断。放射学检查必须包括正、侧、斜位片, 必要时摄动力性侧位片。

3. 本组病例采取牵引、手法及中药内服综合治疗。颈椎牵引可将狭窄的椎间隙牵开, 椎间孔扩大, 从而缓解神经根的压迫和刺激, 解除颈部肌肉痉挛, 恢复颈部正常的生理曲度。配合手法效果更佳。采用疏风、活血、舒筋、通络中药内服, 有利于改善微循环, 促进脊神经水肿的消退。

参考文献

1. 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准. 南京: 南京

大学出版社, 1994. 186

2. 赵定麟, 张文明, 李国栋. 颈椎病. 上海: 上海科学技术文献出版社, 1988. 35

(收稿: 1998-07-11)

松解牵引复位法治疗 腰椎间盘突出症

王权民, 柴秀英*

内蒙古自治区乌盟石油职工医院 (集宁 012000)

笔者自 1993年10月以来, 应用小针刀闭合性松解、腰椎牵引及手法整复治疗腰椎间盘突出症 236例, 取得显著疗效, 现报告如下。

临床资料 本组 236例中男 138例, 女 98例; 年龄 17~66岁; 病程 15天~23年; 203例经 CT 扫描, L₃₋₄、L₄₋₅、L₅~S₁ 均突出者 2例, L₃₋₄ 突出者 16例, L₄₋₅ 突出者 116例, L₅~S₁ 突出者 69例, 其中伴椎管狭窄者 63例, X 线片显示合并腰椎滑脱者 4例。

治疗方法 (1) 小针刀闭合性松解: 患者俯卧于治疗床, 在患椎上、下棘突间和横突间根部及髂腰韧带处 (患侧) 作治疗点。术者双手需常规刷洗及 1% 新洁尔灭溶液或 75% 酒精浸泡 5分钟。治疗处皮肤常规碘酒、酒精消毒。术者左手触紧治疗点, 做到准确进针, 右手持针刀分别进针, 作切开松解针法, 将横突间韧带、横突间肌、棘间韧带、髂腰韧带等切割 1~2 针刀, 约 0.8~1.6mm, 以解除、松解腰部痉挛。

(2) 腰椎持续牵引。(3) 手法整复: 患者俯卧于病床, 在患者腰、背、臀部及下肢等处, 作揉、捏、推、拿等理筋手法, 使腰背部肌肉放松, 然后分别施用斜扳法、拔伸牵抖法、连续提腿复位法。将患者被动翻身仰卧, 嘱其踢腿数次。直腿抬高一般较复位前提高 20°~30°。卧床治疗 1周, 给予相应的中、西药物, 辅助治疗。恢复期加强腰背肌的锻炼。

治疗结果 疗效标准: 治愈: 腰腿痛症状完全消失, 脊柱侧弯矫正, 生理曲度恢复, 直腿抬高试验 80° 以上, 腰部活动功能恢复正常, 能正常工作; 显效: 腰腿痛症状和体征大部分消失, 腰部活动明显改善, 功能基本恢复, 直腿抬高试验比以前增加 25° 以上; 好转: 腰腿痛症状和主要体征减轻, 腰部活动功能改善, 直腿抬高试验较前提高 20° 以上; 无效: 症状和体征、

功能改善不明显。236 例中，经 2 年来对远期疗效及近期疗效观察，治愈 198 例，显效 24 例，好转 9 例，无效 5 例。总有效率为 97.88%。

讨论 小针刀闭合性松解，可使腰部肌肉及椎间肌肉、韧带的痉挛、粘连松解，椎间关节的挛缩松解。以松制痛，为调整腰椎内平衡创造条件。腰椎牵引能使椎间隙增宽 1.5~2mm，由于牵引时椎间隙增宽及所形成的负压，加之推压偏移棘突，可缓解纤维环外层和后纵韧带的张力，促使突出的髓核还纳，松解神经根压迫和刺激，从而达到消除病因之目的。手法的治疗作用：(1) 推动还纳，解除嵌压，恢复髓核原形。(2) 镇痉止痛。(3) 松解粘连。(4) 纠正腰椎后关节紊乱。(5) 重新调整脊柱功能单位的力线分布，促进脊柱内外力学平衡的逐渐代偿和重建，从而改善症状和体征，达到治愈目的。

(收稿：1996- 01- 06)

经皮钢针治疗跟骨舌状骨折

王天旭 白玉 何映山

河南省郑州市骨科医院 (450052)

我科应用经皮钢针撬拨方法，治疗跟骨舌状骨折 20 例，共 24 足，复位满意，现报告如下。

临床资料 男 15 例，女 5 例；年龄 26~53 岁。右侧 12 足，左侧 8 足，双侧 4 足。按 Essex-Lopresti 氏^[1]分类，跟骨舌状骨折 5 足，19 足。伤后至复位时间 3 小时~8 天。

治疗方法 手术在 X 线增强仪下进行，股神经加坐骨神经麻醉。患者健侧卧位。常规消毒铺无菌巾，伤肢屈曲 90 左右。松弛腓肠肌。透视下将一枚斯氏针，沿舌状骨块的纵轴打入。当接近跟骨关节面时，再打入第二枚斯氏针，由舌状骨块下方的骨块远端进至骨折线。术者一手握住足背，使踝关节尽量跖屈，进一步使跟腱松弛。另一手把持两枚钢针尾部，用力向下牵引，同时将针尖向后撬拨。当感觉到骨擦音后，透视观察 Bohler 氏角是否恢复正常，跟骨关节面及轴位骨折是否解剖复位。若不满意可调整进针的深度继续撬拨，若复位满意，将双枚钢针继续打入至距骨或舟骨。针尾外露。无菌敷料包扎。石膏固定踝关节于跖屈位。2 周后更换功能位石膏。4 周后去除石膏，进行功能锻炼。8 周后 X 线片证实骨折愈合后拔除钢针，负重行走。

治疗结果 本组 20 例，有 17 例 23 足获得 8 月~3 年的随访。其中 2 例，3 足，于伤后 4 周去除石膏同时拔除钢针，过早负重使复位后的 Bohler 氏角 30°；发生 10°~15° 的缩小，行走时稍痛。余 15 例 20 足 Bohler 氏角 25°~40°；跟骨关节面平整，轴位片示骨折内外侧皮质有 3mm 以内的移位，无自觉症状。优良率 87%。

讨论 按 Essex-Lopresti 分类法，跟骨骨折涉及距下关节有两种类型。一种为塌陷型，另一种即舌状骨折。在侧位像上，其骨折线多呈“人”字形。跟骨的后关节面及后上半部下陷进入跟骨体内。结节部向上翘起，使 Bohler 氏角变小，甚至呈负角。在治疗中，Essex-Lopresti 介绍一根钢针复位法^[2]。我们认为复位力量不够，钢针易弯，骨块易碎，不能控制旋转。因此，我们对这种类型的骨折，在舌状骨块的下方骨块另加一枚钢针，纠正了以上的不足。但在实际操作中还要注意以下几点：(1) 当舌状骨块薄小时，骨锤打入钢针有使骨块劈裂的可能，可改为骨钻钻入；(2) 钢针进入的角度要精心计算，要使钢针的角度在撬拨复位成功后，恰好进入距骨，避免重复进针；(3) 当手握两枚钢针复位时，要食指和拇指控制一枚钢针，余三指控制另一枚钢针，使其受力均匀，增加复位时的撬拨力和牵引力；(4) 复位时，患肢屈膝，踝关节跖屈，充分松弛跟腱。

参考文献

1. 王亦聰, 孟继懋, 郭子恒. 骨与关节损伤. 北京: 人民卫生出版社, 1980. 752
2. 过邦辅编译. 坎贝尔骨科手术大全. 上海: 上海翻译出版公司, 1991. 787

(收稿：1997- 08- 11)

离体污染碎骨块原位再用 4 例

袁晓达 孙立新 王春

辽宁省营口市经济技术开发区医院 (115007)

我们在治疗开放性胫腓骨骨折中，有 4 例粉碎性骨折块离体并污染，被医生或患者陪护人收集，经清创消毒后原位再用成功。

临床资料 患者均为男性。粉碎离体骨块全为胫骨骨折脱出体外并与肢体失去任何联系，最大骨块约 4cm×6cm，最小约 2cm×3cm，最多离体骨块为 2 块；骨折有 3 例为车祸所致，1 例为石板砸伤；3 例为外伤