

位容易，维持固定较困难，多主张手术治疗。早年我院治疗此类脱位采用切开复位，交叉克氏针内固定及修复肩锁关节囊及韧带的术式，由于没有重建喙锁韧带，克氏针拔除后受肌肉的牵拉不少患者出现半脱位现象。后来我们采用上述术式的基础取自自身阔筋膜张肌重建喙锁韧带取得了满意效果，但该方法手术切口长，创伤大，近 5 年来经改用碳纤维人工韧带重建喙锁韧带取得了更理想效果，随访本组 14 例优良率达 100%。

碳纤维是一种以碳链为主的高分子化合物。自 Jenkins 提出后相继有人运用。其最大优点在于患者免受自身取筋膜之苦，故逐渐被临床医师广泛使用重建多种韧带及肌腱损伤。但仅用碳纤维重建喙锁韧带治疗重度肩锁关节脱位，术后早期仍有发生再移位之忧，故我们主张肩锁关节处尚须彻底消除疤痕或瘀血块予以解剖复位后用克氏针内固定，待碳纤维人工韧带类腱性组织形成后（约 8 周）方拔除克氏针。

本方法适用于 Allman II°、III 脱位。手术操作简便，方法可靠，术后无须外固定，可早期进行功能锻炼，经随访疗效满意，远期疗效更理想。

(收稿：1996 - 03 - 01)

青蒿鳖甲汤加味 治疗术后非感染性发热

樊景博

黑龙江中医药大学 (150040)

我们采用青蒿鳖甲汤加味治疗手术后非感染性发热 41 例，现报告如下。

临床资料 本组 41 例中男 15 例，女 26 例；年龄 29~72 岁。腰部手术 23 例，髋部手术 12 例，股骨手术 6 例。临床表现：于较大手术后 1 周仍有低热，而手术局部及全身各系统查不到感染灶，化验室检查白细胞及中性粒细胞正常范围。发热规律是上午体温正常或高于正常 0.2~0.3℃，午后发热在 37.5~38℃ 之间。下午 9~11 时至最高，以后逐渐下降，每日如此反复，常兼有口燥咽干，舌红少津，脉细数等证。

治疗方法 青蒿鳖甲汤组成：青蒿 15g，鳖甲 25g，生地黄 20g，知母 10g，丹皮 15g。如伴有面色白、少气无力的加党参、黄芪、白术。如面色无华，唇、舌淡的加当归、阿胶、桑椹。

煎服方法：每付煎两遍，取汁 450ml，每日 3 次，

每次 150ml 温服，阿胶冲化后同时服用。

讨论 手术后 3、4 日内常有吸收热，尤其是创伤较大的手术。但一般持续时间不会更长。如 4、5 日后仍有发热、体温在 37~38℃ 之间，临床及化验室查不到感染征象，同时兼有口燥咽干，舌红，脉细数，手足心热，可诊断为非感染性发热。

非感染性发热多见于较大的手术后，而且术前患者体质较弱。本组 41 例均为较大的手术，如髋关节假体置换术，三翼钉内固定术，股骨粗隆间、股骨干骨折内固定术，髓核摘除，腰椎滑脱椎体融合术等。女性多于男性，男女比为 1:1.7。年龄也偏大。非感染性发热可能与这些因素有关。

笔者开始接触本症，因认识不清，虽然没有查到感染灶，化验结果也不支持，亦技术后的感染（其中包括考虑为常见的呼吸系统及泌尿系统感染）治疗。连续使用抗菌素，效果不明显时不断加大剂量或更换种类，但都不能减轻症状使体温恢复正常。发热往往持续数周，甚至 1、2 个月。

手术后非感染性发热的症状和体征用中医辨证可诊为阴虚发热。青蒿鳖甲汤是治疗阴血亏虚之剂。所以用该方治疗手术后非感染性发热比较恰当。使用时可根据临床症状，在原方的基础上稍加变通，就能获得满意效果。

(收稿：1998 - 06 - 11)

腓肠肌外侧头籽骨 滑囊炎 21 例

李志强 谢宜印 桑梅芳 胡喜霞 张玉芳

河南省安阳市第三人民医院 (455000)

腓肠肌外侧头籽骨滑囊炎报告甚少，我院从 1986 年 10 月~1994 年 5 月共收治 21 例，经综合治疗取得满意疗效，现报告如下。

临床资料 在 21 例中男 10 例，女 11 例；年龄 16~52 岁；急性发病 19 例，慢性 2 例；单侧腿发病 19 例，双侧腿 2 例；优势腿（即惯用腿，较对侧有力的腿）发病 18 例，在双侧发病的 2 例中也以优势腿为重。诊断重点：(1) 病前均有急慢性膝关节过度、过伸活动劳损病史，如登山、爬坡、上楼等；(2) 患膝呈渐进性膝后疼痛加重并向小腿放散，患肢酸沉疼无力、跛行、行走困难，以上楼爬坡时为重。患膝检查：无红肿，膝后压痛以腓肠肌外侧头为中心并向小腿中部放散，患肢皮肤感觉及皮温正常，无定位体

征, 膝关节主被动屈曲活动均可达 120°, 超伸活动受限且可诱发膝后疼加剧并向小腿放散, 膝关节中立位踝关节抗阻力背伸试验上述症状加剧。患膝 X 线片正侧位均显示腓肠肌外侧头籽骨出现与膝后疼痛部位相吻合。

治疗方法 用醋酸强的松龙注射液 25mg 加 1% 普鲁卡因 2ml, 封闭腓肠肌外侧头籽骨滑囊。将患肢石膏外固定屈膝 45°, 踝跖屈 25° 位。2 周后去石膏, 穿高跟鞋 1 周。口服非甾体类药物如消炎痛、布洛芬等。

治疗结果 本组 19 例急性发病患者, 经上述治疗后治愈。2 例慢性发病患者, 因拒绝接受石膏外固定治疗, 按上述药物局部封闭后, 穿高跟鞋 4 周, 口服上述药物后, 4 周治愈。

讨论 在膝部的籽骨中除髌骨外尚有一小豆骨位于腓肠肌外侧头前面, 借助于夏贝氏纤维附着于腓肠肌肌腱及膝关节后侧韧带, 小豆骨的出现率约为 10%~30%, 其中 70%~80% 属双侧性^[1]。本组病例患膝 X 线片均显示腓肠肌外侧头籽骨存在, 且与膝后疼痛部位相吻合。某种诱因如膝后遭受外力, 腓肠肌的剧烈活动或慢性劳损均可造成小豆骨周围的急性慢性滑囊炎症发生并沿腓肠肌向小腿放散。本病的预防在于避免腓肠肌剧烈有害活动及积累性慢性劳损。本病一经确诊治疗不难, 但漏误诊率高, 有待于提高对本病的认识。

参考文献

1. 郭世绂. 临床骨科解剖学. 第 1 版. 天津: 天津科学技术出版社, 1992. 799

(收稿: 1996 - 03 - 01)

推按攀悬治疗 胸椎小关节紊乱症

许 彪 梁增业

广西省柳州市第一人民医院 (545001)

1990 年以来, 笔者治疗门诊胸椎小关节紊乱症病

人 20 例, 近期疗效满意, 介绍如下。

临床资料 20 例中男 6 例, 女 14 例; 年龄 21 - 41 岁, 病程: 1 周内 12 例, 半年内 6 例, 1 年以上 2 例。有外伤史 8 例, 无明确外伤史 12 例。

症状与诊断 本病临床症状主要是背痛、在深呼吸、咳嗽、打喷嚏时疼痛加重, 低头、弯腰、转侧功能受限。部份病人伴有胸痛、胸闷、肋间痛, 天气变化疼痛亦明显。患者椎棘突偏歪, 隆起, 压痛、椎间隙狭窄或增宽。X 线胸椎者多属正常, 少数病人椎体骨质增生, 排除胸椎结核, 肿瘤。

治疗方法 1. 推按法: 患者俯卧床上, 两手伸直并拢两侧身旁, 腹部垫一软枕, 背部呈 (胸椎上段低于胸椎下段) 斜坡状。医者立于患者左侧, 双手掌重叠贴于患椎棘突, 令患者全身放松同时用力推按、即可听到“咔嚓”响声、示意交锁关节已复位。取出软枕、辅以背部按摩 5 分钟, 术毕。

2. 攀悬法: 患者立于单杠下, 双手高举、紧握单杠, 两膝关节稍屈曲足部离地腾空悬吊, 时间长短依上肢耐力程度而定、上、下午进行, 每次持续 10 分钟, 天天坚持。

治疗结果 优: 症状完全消失, 活动功能恢复正常, 6 例; 良: 症状基本消失, 功能恢复基本正常, 12 例; 好转: 症状, 活动功能有所改善, 2 例。

讨论 脊椎胸段较颈、腰椎活动度为小而不宜损伤, 但由于胸椎周围软组织较薄弱, 背部在前屈位受外力撞击, 或弯腰提物, 姿势不正, 致胸椎产生突然性的侧向扭转或牵拉, 使胸椎小关节交锁、或长期工作、生活的不良姿势亦可使胸椎软组织劳损、在稍受外力作用而小关节错位、压迫胸椎附近的软组织产生临床症状、手法按推能使交锁小关节得到复位、运用猴戏中的攀悬法, 通过脊柱前后纵韧带的张力作用, 能促进椎旁软组织炎症的吸收, 气舒瘀散, 血液循环恢复正常, 症状消失, 疗效巩固。本疗法简单、见效快, 无痛苦, 是乐于被病人接受的好方法。

(收稿: 1996 - 08 - 19)