

床上，测量第7颈椎棘突至第5腰椎棘突部分的脊椎长度，依此确定拉距，拉力采用40~60kg。固定病人两腋部、骨盆。根据病人的体质、病情程度，确定牵引次数，拉距由小逐渐加至规定拉距。按下慢速、停留等按键。同时，医者双手重叠，依次快速按压患者胸椎、腰椎，反复进行，此时多能听到关节弹响声，大部分的驼背畸形能得到纠正。然后，医者采用弹拔、叠按，揉法作用于患者腰背部，使之放松。为了减轻病人痛苦，可采用间歇牵引方法。术毕，解除固定，用担架将病人抬回病房，卧床休息约6小时。

3. 刮痧疏经法^①：采用水牛角制成的刮痧板，刮痧活血剂，循经刮拭。

治疗结果

1. 疗效评定标准：临床治愈：疼痛及压痛消失，功能活动恢复正常。显效：腰骶、胸部、颈部及各关节疼痛，压痛明显减轻，脊椎及关节活动范围基本正常。好转：腰骶、胸部、颈部及各关节僵痛不同程度减轻，脊椎及关节活动范围较前改善。无效：症状和体征无改善。

2. 治疗结果：63例中，治疗期最长4个疗程，最短1个疗程，随访时间最长4年，最短3个月。临床治愈14例，显效29例，好转18例，无效2例。总有效率96.8%。

讨论

1. 祖国医学认为，AS属骨痹、肾痹的范畴。正如《素问·痹论》所云：“肾痹者，善胀，尻以代踵，脊以代头”。肾为水脏而寓元阳，督脉总督一身之阳气，究其

原因本病乃先天禀赋不足或后天失养，督脉失固，卫阳空疏，屏障失调，致使风寒湿邪乘虚而入。肝主筋，肾主骨，肝肾精亏，不能温煦筋骨，使筋骨骨弱而留邪不去，久则邪痹经络，深浸入骨而为病。治疗当以温补肝肾，壮元阳补督脉，养血祛邪，活血通络为主。病久邪伏较深，又当配以虫类搜风剔络之品。全方以补为主，兼顾祛邪，使阴充阳旺，筋骨强健，自可驱邪外出，使关节滑利。

2. 脊椎僵硬是本病的重要体征，若病久失治，可发生不同程度的脊椎畸形，轻者为平腰及胸椎后凸增加，重者可发生驼背畸形。在机械牵引的同时，予以推拿手法，可解除腰背肌痉挛，增加关节的活动幅度，调整脊椎的生物力学平衡，促进局部血液循环，消除软组织充血水肿，改善皮肤和肌肉的营养状态。当驼背畸形尚未发展到骨性强直的时候，牵引及按摩，可将大部分的驼背畸形纠正，可有效地预防和治疗畸形，减少病残。

3. 在颈腰背部及关节周围，循经选择有效穴位进行刮痧，对缓解或解除局部疼痛、软组织痉挛，减轻牵引按压时引起的痛苦，有显著疗效，还可大大缩短疗程。

参考文献

- ① 郭巨灵. 中西医结合治疗类风湿关节炎. 天津: 天津科学技术出版社, 1984. 297
- ② 吕季儒. 吕教授刮痧疏经健康法. 西安: 陕西科学技术出版社, 1993. 410

(收稿: 1997-04-21)

尼龙线皮下潜行缝合法治疗髌骨骨折128例

节晓光

(贵阳中医学院第二附属医院, 贵州 贵阳 550003)

我院采用尼龙线皮下潜行缝合法治疗髌骨骨折, 收到满意疗效。现将资料完整的128例, 整理报告如下。

临床资料

本组128例中男74例, 女54例; 年龄24~76岁; 右膝81个, 左膝47个; 髌骨骨折类型(均为闭合性): 横断型95例, 粉碎型33例; 骨折块分离情况: 原位15例; 0.5~2cm 58例, 2~4cm 47例, >4cm 8例; 膝关节腔内积血情况: <10ml 121例, 11~40ml 152例, >40ml 55例。

治疗方法

1. 患者取平卧位, 患肢膝部术野常规消毒铺单。不用止血带。将消好毒的尼龙线分成等长的两段, 分别

穿入大三角针内备用(注意尼龙线应用非有机类溶液消毒, 如用0.5~1%新洁尔灭液浸泡1小时)。

2. 在髌骨上下端中点处, 各作一进、出针标记。用三角针从此上/下端的标记处刺入皮肤, 先作绕髌骨一侧(内/外)之皮下半弧形的潜行缝合, 直至髌骨下端中央标志点穿出皮肤。同法完成另外半个绕髌弧形的潜行缝合。两个半弧形缝合的尼龙线头、尾, 应分别会合于髌骨上下端中点处。除去三角针, 留下皮外线尾长约5~8cm, 准备打结。完成每一侧之绕髌半弧形皮下潜行缝合, 可根据三角针的长度来调整针的行程及决定针距, 一般2~3针即可, 内、外侧相等。

3. 将髌骨上下端之缝线头、尾分别各打一个单结, 术者及助手同时用力收紧一端的皮下尼龙线, 边收紧, 边整复骨折, 直至骨折断端完全对合, 皮下摸不到髌骨表面明显地高低不平, 电视 X 光机显示骨折复位满意后, 即将下端再打双重结扣死, 然后在上端尼龙线收紧的状态下, 反复屈伸膝关节数次, 整复磨造髌骨关节面。最后, 三重或四重结扎两端尼龙线, 剪除多余的尼龙线头, 用小弯钳将线结及头埋入该端的皮下。术毕, 创口不必缝合, 无菌敷料加压包扎即可。

治疗结果

1. 疗效评定标准: 优: 术中骨折复位满意, X 线片髌骨关节折面无分离张口征, 无台阶形成, 髌骨前折面上之张口 < 0.2cm。良: 术中骨折复位可, X 线片髌骨关节折面上有 < 0.2cm 之台阶形成或有 < 0.2cm 的张口分离。髌前部折面张口 > 0.2cm。差: 术中复位不理想, X 线片髌骨关节折面上张口分离 > 0.5cm 或台阶 > 0.3cm, 需改用其他方法治疗者。

2. 结果: 本组 128 例均采用上述方法治疗, 结果: 优级 85 例, 良级 34 例, 差级 7 例。总优良率为 94.54%。

讨论

1. 本手术是通过尼龙线潜入皮下, 直接将包缠在髌骨周围的股四头肌筋膜、髌韧带等软组织约束在特定的范围内, 共同使髌骨受到重建的约束, 使之得以复位和固定, 而达治疗目的。

2. 本手术成功的关键之一是任何一个进、出针点都要求精确地在相应的同一皮肤孔道内。如有困难, 可

用尖刀片或小弯头文氏钳将皮孔稍作扩大。以避免收紧潜行尼龙线时, 造成皮肤及过多的皮下组织下陷。手术成功与否的关键之二是进针的深度问题。我们认为以在髌骨侧位中轴线上或稍偏此线深面一点为宜。若过线中轴线前部受束力过大, 则髌关面受力小, 关节面出现“张口”裂开现象。反之, 髌骨前面则出现张口。若进针深度上下端不在髌骨中轴线的同一水平上, 则会出现妨碍膝关节功能的“台阶征”, 甚至造成手术失败。本组资料表明, 只要髌骨关节面对位良好张口 < 0.5cm, 台阶 < 0.2cm, 髌骨前面张口大小, 对膝关节日后的功能影响不大。但对 > 1cm 者, 为防髌骨关节面出现翻转, 可于髌前部作与骨折线垂直的间断缝合数针或髌前小圆形缝合纠正之。

3. 本术所用的尼龙线, 由于其本身的理化特性, 使之在高温、消毒液中浸泡时间过长、扭曲、折叠等因素影响下, 其质量和韧性等都会受到损害, 造成易断线等情况。应特别注意。术毕, 下台前多被动伸屈膝关节, 除了可磨造髌骨关节面以外, 还能对其强度等进行检验, 不发生断裂者可下台, 反之则应撤出, 重新换尼龙线缝合。

4. 膝关节内积血肿胀是造成髌骨闭合复位的主要障碍之一。可于折线中央顺折线用小尖刀作一长约 1cm, 深达膝关节腔之切口, 将积血及阻碍复位的小骨块等从此口中清除, 再收紧尼龙线, 使骨折复位固定。

(收稿: 1996-11-13)

椎间盘复位机加手法治疗腰椎间盘突出症

杨雷刚¹ 杨云刚² 刘作毅³ 文怀兴⁴ 杨秀明⁴

(1. 陕西颈腰痛研究所, 陕西 西安 713100; 2. 咸阳市第二人民医院, 陕西 咸阳;

3. 兴平市人民医院, 陕西 兴平; 4. 西北轻工业学院机械系, 陕西 西安)

自 1984 年以来, 我们应用椎间盘复位机辅助手法推拿^①, 治疗腰椎间盘突出症 213 例, 取得满意疗效, 现报告如下。

临床资料

本组 213 例中男 129 例, 女 84 例; 年龄 23 ~ 57 岁; 病史 4 天 ~ 12 年; 有明显外伤及扭腰史 131 例, 无外伤、呈渐进症状者 82 例, 其中生活不能自理 68 例; 椎旁压痛 176 例, 伴患肢放射痛 145 例, 棘突、棘上韧带压痛 96 例; 患肢直腿抬高试验 < 30° 16 例, 30° ~ 45° 86 例, 45° ~ 60° 9 例, > 60° 19 例; 膝反射减弱 64 例, 跟腱反射减弱 68 例,

腰椎正侧位 X 线片 165 例腰部生理曲度变直, 128 例脊柱代偿侧弯, L₄₋₅ 椎滑脱 9 例; 213 例均经 CT 或 MRI 确诊, 其中: 单节段突出 115 例, 双节段或多节段突出 98 例; 突出物 < 2mm 36 例, ~ 5mm 129 例, ~ 8mm 33 例, > 8mm 15 例, 平均 5.1mm。213 例均排除脊柱结核、肿瘤及其它疾患。

治疗方法

1. 力学牵整法:

(1) 椎间盘复位机: 分手动、电动两型, 由两种牵引带(骨盆带、胸背带), 纵轴牵引测力装置、横向整