

动自如。显效: 膝关节疼痛感消失, 屈伸位活动时膝关节仍有疼痛感或膝部不适感。无效: 治疗前后症状无明显改善。

3.2 治疗结果 本组病例均在两个疗程内治愈, 其中, 一个疗程治愈 58 例, 本组病例经 6~12 个月随访无复发。

4 讨论

膝关节由腰、骶丛神经所支配, 其皮肤感觉节段位于腰 3 至骶 2 的脊髓节段。膝部感觉支配的神经: 前方为股神经前皮支; 后部为股后皮神经; 外侧为股外侧皮神经、腓总神经; 内侧为闭孔神经、隐神经。作者认为, 本病的发生主要是由于腰、骶神经丛遭受到各种理化因素的刺激或损伤, 形成一定的致痛源, 膝关节可能作为一种“感应器”或“中聚站”, 疼痛刺激通过神经丛及其网络神经纤维的传导作用于膝关节, 然后再通过对应的神经回路将疼痛刺激反馈回大脑皮质, 从而出现临床症状。而伤害刺激通过神经纤维传导的途径与传导的距离, 可能与刺激的强度及致痛物质的释放“数量或种类”有关, 当刺激超过一定的强度时, 作为“中聚站”的膝关节组织内的神经纤维痛感受器不能及时将刺激沿回路上传, 就可能出现膝关节以下的神经刺激症状。

研究表明^[1]: 所有脊柱结构都富于神经分布, 而且都是多节段重叠性的, 多种脊柱的组织结构都可直接或间接地引起疼痛, 由于脊柱组织的紧密性和其神经分布的丰富和重叠, 因此在临床上难以明确区分其致痛组织; 另一方面神经纤维在

功能上具有神经活动的聚合现象^[2], 当某一神经纤维受到损伤后, 由于神经纤维化学物质的作用, 可使相邻神经受到损伤, 在临床上可以出现多种不同的症状, 或表现为患者对疼痛性质及部位的模糊感、不稳定性。不良的姿势及损害可导致神经根受到不同程度的机械压迫, 这里所指的压迫就程度而言还不能导致神经功能的损害, 因此在临床表现中未出现明显的神经根损害症状, 但多次、反复及低压水平的压迫, 可致神经根的营养供应损害, 神经组织缺氧、缺血, 都对神经功能有着直接的影响。压迫导致神经纤维发生水肿, 压迫解除后, 水肿将逐渐的消失; 压迫还可导致神经根传导功能的障碍, 临床上可出现感觉、运动缺失等症状。

针刺作为本病的一种有效的治疗方法, 通过刺激损伤局部及其周围组织深部的各类感受器, 不但能使局部的神经纤维、神经末梢得到兴奋, 加快了受损神经纤维的功能修复; 还能使痛信息沿神经纤维传导到脊髓, 激活了与内源性痛觉调制系统有关的结构和中枢神经递质系统, 使伤害性刺激的传入信息受到抑制, 从而产生治疗效果。

参考文献

- [1] 侯树勋, 吴闻文. 腰痛机理的新认识. 中华骨科杂志, 1995, 15(2): 110.
- [2] 万选才, 杨天祝, 徐承焘. 现代神经生物学. 北京: 北京医科大学中国协和医科大学联合出版社, 1999. 281-286.

(收稿: 2000-02-25 编辑: 李为农)

三联固定法治疗胫腓骨不稳定性骨折

齐平坤 张永兴 张卫国

(长清县中医院, 山东 长清 250300)

我院用跟骨牵引+小夹板+半开放管型石膏联合固定治疗胫腓骨干不稳定性骨折, 效果良好, 现介绍如下。

1 临床资料

本组共收治病人 31 例, 男 22 例, 女 9 例; 年龄 19~60 岁; 均为闭合性胫腓骨中下 1/3 处骨折; 斜形骨折 6 例, 螺旋形骨折 20 例, 轻度粉碎骨折 5 例。

2 治疗方法

患者入院后, 在局麻下行跟骨牵引。小腿置布朗氏架上, 牵引重量 4~6kg。每日用手提 X 线机透视。3 日内, 骨折位线有明显改善时, 在 X 线机监视下行手法复位, 小夹板或小夹板+纸垫垫固定。患肢仍置于布朗氏架上, 维持跟骨牵引。定时床头透视位线, 必要时调整。2 周后, 松去跟骨牵引重量, 由助手双手牵引跟骨克氏针, 在小夹板外再加用半开放长腿石膏管型固定。

半开放管型石膏, 就是使小腿小夹板固定处的前半开放的长腿管型石膏。小夹板与后半管型石膏之间要有一定的空间, 以便于检查紧固小夹板, 这只要在打管型石膏时, 在小夹板后面及后部两侧加用适当厚的衬垫即可。

6 周后拍片复查, 去石膏及牵引针, 维持小夹板固定至 12 周或拍片见较多的骨痂时, 解除小夹板。

3 治疗结果

对线良好, 对位解剖复位者 20 例, 侧方移位一皮质者 11 例, 均无成角及旋转移位。随访时间 2~10 个月, 平均 6 个月。骨折愈合时间为 8~12 周, 平均 10 周。膝踝活动功能均恢复良好, 无克氏针眼感染, 无压疮, 无骨折延迟愈合。

4 讨论

胫骨的中下 1/3 交界处, 是三角形和四方形骨干的移行部, 比较细弱, 为骨折的好发部位。由于血管分布特点, 局部血液循环较差, 骨折多为螺旋形、斜形或轻度粉碎性, 为不稳定性骨折。手法复位虽不难, 但单纯外固定往往难以维持。反复复位不但浪费愈合时间, 且易引起骨不连。

跟骨牵引可对抗小腿肌肉痉挛或收缩的力量, 纠正骨折端重叠、成角、旋转畸形。骨牵引 3 天内, 位线情况已明显改善, 此时在 X 线监测下手法复位, 小夹板或小夹板+纸垫外固定, 通过布带对木板的传导力和纸垫对骨折断端防止或矫正成角畸形和侧方移位的效应力, 多可获得解剖复位或良好的位线。患肢小夹板外固定后仍置于布朗氏架上, 维持骨牵引。此时适当的功能锻炼, 不但可促进愈合, 而且通过肌肉的舒缩活动能使骨折移位的消极因素转变为维持固定、矫正残余畸形的积极作用。

经过 2 周的牵引,骨折端已有纤维连接,但仍属不稳,此时拔除骨牵引,折端易回缩,在小夹板外再加用半开放管型石膏并和克氏针连为一体,不但可起到维持牵引的作用,还可增加整体的稳定性^[1]。

如果牵引 2 周后,解除小夹板,更换石膏管型并和克氏针连为一体,由于骨折稳定性差,在操作过程中极易发生角畸形甚至错位。在保留克氏针的同时,保留小夹板外固定,再辅加半开放管型石膏外固定,就可有效地避免操作过程中的节外生枝^[2]。

之所以应用半开放管型石膏,是因为既要起到对抗牵引的作用,又要便于观察,调整小夹板。

该方法的优点在于自始至终以轻柔的操作,平稳的过渡,有效地维持了良好的位线,从而减少了组织再损伤,为骨折愈合创造了条件。2 周即可安全地去除床头牵引,出院治疗。

应用本方法应注意观察,调整小夹板,防止压疮。本方法的应用似有罗列重复之嫌,但对于胫腓骨不稳定性骨折,为了增加治疗的成功率,仍不失值得一试。

参考文献

- [1] 毕树雄,高惠英.两针石膏固定治疗胫腓骨骨折.中国骨伤,1999,12(1):36.
- [2] 曾凯生,陶建华.骨牵引及管型石膏固定治疗胫腓骨干不稳定性骨折.中国骨伤,1999,12(1):49-50.

(收稿:2000 06 08 编辑:李为农)

• 短篇报道 •

严防破伤风误诊为伤骨科疾病

徐遗根 刘锁华 江志俊
(金坛市中医院,江苏 金坛 213200)

破伤风在早期仅有某些前驱症状时,诊断比较困难,此时应提高警惕,以免延误诊断!笔者就伤骨科 1996~1998 年间,因腰腿痛、下颌关节酸痛的 2 例患者,由于及时发现、及时诊治,从而挽救生命的病例报告如下。

1 病例介绍

例 1,夏某某,男,65 岁,农民,住址:本市茅麓乡夏庄 5 队。患者长期从事重体力劳动,1996 年 3 月 1 日因劳累后而感腰痛,并放射到两下肢疼痛,腰部活动受限,咳嗽、打喷嚏时腰腿疼痛加重,无畏寒发热现象。于 3 月 4 日来我院伤骨科门诊求治。摄腰椎 X 线正侧位片示:L₁~₅椎体前缘骨质增生,生理弧度消失,腰椎间隙普遍狭窄。报告为:①腰椎退行性变;②建议作 CT 检查,排除腰椎间盘突出症。门诊拟:肥大性脊柱炎收住院。

入院后查体:T:36.4℃,P:78 次/分,R:20 次/分,BP:15/11kPa。急性病容,神清,发育正常,营养一般,抬入病房。检查合作,全身皮肤、巩膜、粘膜无黄染和出血点,浅表淋巴结不肿大。头颅无异常发现。颈部:有抵抗感。胸部:心肺正常。腹部:软,肝脾未触及。脊柱强直,呈板腰,腰肌较紧张,L₄~_{S₁} 两侧均有压痛,直腿抬高试验:R60°,L60°。屈颈试验(+),挺腹试验(+),林纳氏征

(+),跟、膝腱反射正常。三大常规、肝功能、胸透、心电图均在正常范围。3 月 5 日去市人民医院作腰椎 CT 检查,报告:L₃~_{S₁} 椎间平扫,L_{4,5} 椎间盘膨出,脊膜囊略有受压,L₅S₁ 椎间盘正常,椎体及小关节有骨质增生。CT 印象:①L_{4,5}椎间盘膨出;②腰椎退行性病变。

患者入院后作腰腿痛常规处理:睡木板床,作骨盆牵引、舒筋活血、止痛等对症处理。入院 3 天,发现患者夜间腰腿痛难忍,烦躁不安、呻吟不休,并感两大腿肌肉抽跳。3 月 7 日查房时,发现患者年纪虽然 65 岁,两大腿肌肉特别坚硬,呈持续性收缩,人又不能平睡,吃东西时张口没有平时大。经再三追问病史,患者和家属想起半月前在当地乡村医生处作右足小趾“鸡眼”切除,术后患者照常劳动,浇水泥制品,两足一直浸泡在潮湿的球鞋内。伤口有过感染,右足小趾上有 0.5cm×0.5cm 的疤痕。科内立即组织会诊、讨论,一致认为是破伤风!不是一般的腰腿痛病。并请外科会诊,立即调整治疗方案:①调整安静的隔离暗房,一级护理。②用 T.A.T 3 万国际单位加入 5% 葡萄糖溶液 500ml 中静脉滴注,每日一次。3 月 7~13 日 T.A.T 均用 3 万国际单位,14~21 日减量,改用 1.5 万单位。③0.5 灭滴灵 100ml,一日 2 次静滴。④青霉素 640 万 M,丁

胺卡那 0.4 加入 5% 葡萄糖盐水中静滴,每日一次。⑤冬眠灵、非那根片各 25mg,一日 3 次,口服。

患者用药 2 天后症状就有明显好转,于 3 月 26 日痊愈出院。至今随访一直很好。

例 2,费某某,女,62 岁,农民,白塔乡联湖 12 队。入院:1998 年 7 月 3 日。T:37.5℃,P:88 次/分,R:22 次/分,BP:21/12kPa。病史摘要:患者因双侧下颌关节酸痛,口不能张,来伤骨科门诊求诊,由于例 1 的教训,门诊医生再三详细追问病史,患者和家属一开始否认一切外伤史,身体一直很好,后来患者想起半月前农忙栽秧时不慎右手拇指指甲被麦残根戳伤,指甲发炎,当时未重视,未打 T.A.T。患者在门诊作青霉素和 T.A.T 试验时就发生抽搐,即收入院治疗,于 7 月 24 日痊愈出院。

2 讨论

腰腿痛、下颌关节炎等虽然是伤骨科的常见病、多发病,但一定要详细询问病史,认真仔细地检查,要与腰椎结核、骨肿瘤、炎症等疾病作好鉴别诊断,同时还更需要与流行性脑膜炎、颊颌部的局部病变、疫病,手足搐搦症、子痫、狂犬病等作好鉴别。现在破伤风虽然不常见,但我们一定要提高警惕,严防漏诊误诊!

(收稿:2000 09 08 编辑:李为农)