

或小夹板外固定，多不致再移位。关键在于石膏的塑型，纸压垫置放的部位。我们在采用石膏固定时，以患者右侧为例，术者立于患者左前方，左腕桡侧托其前臂掌侧中部，右手中指置于患手掌侧（相当于近端横纹水平，大鱼际部抵于患侧桡骨茎突处，三点加压用力使桡骨茎突旋前，固定患腕关节掌屈10~15度，并适当向尺侧倾斜，待石膏干后放松之。若以小夹板外固定，塑型后的背侧板远端应稍有旋前趋势，则比在茎突处置放纸压垫要好，绷带捆扎松紧适宜即可。外固定的时间多不宜超过四周。较长时间的关节固定与制动，将会产生不同程度的不良后果。包括慢性水肿，肌萎缩，关节僵硬及废用性骨质疏松。这些后果有其形态学、生物力学及生物化学方面的原因。诸如形态学方面的变化：可伴有节内纤维脂肪结缔组织的增殖，在纤维脂肪结缔组织和关节软骨之间即有粘连形成，并在长期压缩的关节软骨面产生溃疡。软骨下骨组织内亦有纤维血管增殖，这种反应性组织可侵蚀软骨下骨组织及邻近的骨小梁。因此，长期固定的关节变得僵硬无力，活动恢复困难。固定解除以后即便活动有所恢复，关节软骨病损仍可经久不愈。

生物力学的改变则更为明显：由于长期固定的关节均有僵硬及粘连形成，关节屈伸活动所需要的力矩往往明显增加，有人曾提出其力矩增加可达12倍之多。韧带因其胶原纤维的排列紊乱而变的不够坚强，其可延展性也相应增加，无法很好承受张力。如果韧带的附着点有破骨细胞性骨吸收，那么影响则更明显。其结果使韧带在较低的负荷下即可断裂。某些易伸性组织如滑膜及关

节囊的柔韧性受影响，因而在变化的负荷下，其形态无法随关节活动而变化。

生物化学方面的变化可表现纤维结缔组织胶原量的逐渐减少，蛋白聚糖的变化使基质的间距及润滑性能明显减弱。

这里强调的是固定腕关节的掌屈角度。我们认为，固定腕关节于掌屈10~15度范围较为合理，此点非常重要。

实验研究表明：桡骨Colles骨折患者腕关节在屈曲20度时，腕管间隙内液压可达27mmHg，屈曲40度时，腕管间隙内液压可达47mmHg，屈曲角度越大，压力越高，当压力高达40mmHg时可发生正中神经的某些功能丧失，压力达50mmHg时，手部的感觉和运动则完全丧失〔2〕。由此可见，腕关节屈曲30~40度范围是关键性极限。我们在临床观察中也发现，腕关节过掌屈可出现手指麻木，感觉和运动障碍，肿胀多日不消，末稍循环欠佳。过度掌屈的腕关节，改变了伸屈肌腱的张力，严重影响术后功能锻炼，给愈后带来很多麻烦。

参考文献

- (1) 过帮甫等译。骨与关节损伤。第一版。上海科技出版社，1984：366~369。
- (2) 马贵骧译腕关节功能解剖。创伤骨科参考资料。北京积水潭医院，北京市创伤骨科研究所，1982；(2)：115。
- (3) 张沪生。Colles骨折病人腕关节位置与腕管内压力。国外医学创伤与外科基本问题。上海市医学科技情报研究所。1985；(2)：127。



针灸治愈痼疾五更泄

秦皇岛市按摩康复医院针灸科 张育红

五更泄多发于老年。多因脾肾久虚，失其温煦，气虚不固，运化失常，清浊不分，故致大便溏泄次数不定，里急后重等症。笔者于1983年治愈一例痼疾五更泄患者，病例如下。

患者：刘××，男，68岁，工程师，于83年4月2日初诊，主诉：大便溏泄次数多，腹胀不适。病史近40年，初因患阿米巴痢疾未彻底治愈而致病。

问诊：除大便溏泄外，并见手足不温，畏寒喜暖，肢软无力；查：舌淡苔白略黄，脉沉细弦紧，以脾肾两脉为明显。每早必泻，泻前均感小

腹下坠，腹胀痛，肠鸣，里急后重，其他未见异常现象。

治则：温肾壮阳，健脾止泻，治疗取穴：天枢、中脘、气海、足三里、公孙、内关、百会、阴陵泉、肾俞、脾俞、八髎、局部穴加灸，重点灸脐中，针用补法，长时间留针，分组治疗。经过五个月的按疗程治疗，终于泻止，解除了他近四十年的病痛。

本病例为一典型的痼疾顽症，以“虚则补之，寒则留之”为治则，故取得了竟让人出乎意料的效果。