

来稿摘登

闭合复位小切口内固定治疗股骨颈骨折200例临床观察

辽宁营口市中医院 (115000) 王奎

我院从1970年~1991年底,采用闭合复位,小切口内固定治疗股骨颈骨折200例,随访136例,疗效满意,现报告如下。

临床资料

一般情况:本组共200例,其中男123例,女77例;年龄:50岁以下12例,51~60岁76例,61~75岁108例;76岁以上4例,平均年龄63.5岁。

骨折类型:1.按骨折线的部位分类:股骨头下骨折35例,占17.5%,股骨头颈部骨折18例,占9%,股骨颈中部骨折78例,占39%,股骨头基底部骨折32例,占16%,粉碎骨折6例,占3%,混合型骨折(骨折线斜穿关节囊内的)31例,占15.5%;2.按骨折线的方向分类:外展骨折8例,均有不同程度移位,占4%;内收骨折192例,占96%。3.按骨折后就诊时间分类:新鲜骨折:0~7天152例,占76%;8~25天40例,占20%;陈旧骨折:26~40天8例,占4%。

治疗方法

本组病人因多数为内收型骨折病人,移位较大,复位后骨折断端不稳定,故采用X线下闭合复位,小切口内固定治疗。

1.复位:我们采用改良惠特曼(Whitman)氏复位法,在硬膜外麻醉下,患者仰卧于X线床上,一助手牵引患肢足部,另一助手固定骨盆,术者立于患侧,双手先固定患肢,指挥助手做屈髋 $25^{\circ}\sim 35^{\circ}$,屈膝 $60^{\circ}\sim 90^{\circ}$ 持续强力牵引,并逐渐外展、外旋患肢,伸直患肢,后伸髋关节 15° 左右,再使患肢内旋 $10^{\circ}\sim 15^{\circ}$,如经X线证实复位成功便可在持续牵引下,固定患肢进行手术,如复位不满意,则必须依移位情况重新复位。

2.手术方式:于大粗隆下1cm向远端纵行切开皮肤,切口长3~5cm,切开阔筋膜,分

离开肌肉纤维,剥离骨膜,暴露股骨粗隆下部分,打入内固定器。

3.内固定器材:用三翼钉固定38例,占19%;用三棵骨圆针内固定138例,占69%;用三根螺纹钉固定20例,占10%;鱼鳞钉固定4例,占2%。

4.西药:术后给病人常规使用3~7天抗菌素外,再不用其它药物。

5.中药:本组病人在接治伊始,即在活血逐瘀同时补肾固本,用六味地黄丸、金匱肾气丸、虎潜丸等给病人坚持服用。初期用麝香接骨丹、骨折挫伤散;中期配服三七伤药片、沈阳红药等。

6.功能锻炼:采用动静结合的方法,在骨折断端保持稳定的有效固定下,鼓励病人适当运动,采用螺纹钉固定的病员可在术后1周,不负重离床活动。

疗效分析

判定标准:优:骨折基本愈合,骨折端达到解剖对位或接近解剖对位,仅在一个骨皮质以内者;良:有轻度移位,但不超过 $\frac{1}{4}$ 者,且骨折端已显示临床愈合者;可:骨折端移位不超过 $\frac{1}{4}$ 者,力线尚可,成角不超过 15° 者;未愈合:骨折端无愈合迹象者。

治疗结果:优者118例,占59%,良者39例,占19.5%,可者21例,占10.5%,未愈合22例,占11%。

讨论

1.股骨颈骨折,闭式手法复位,小切口固定术,损伤小,痛苦少,愈合好,患者乐于接受,值得提倡。提高手术技巧,优选固定器材很有必要,我们认为螺纹钉比骨圆针固定要好。

2.中药对促进股骨颈骨折愈合、预防缺血性坏死有一定裨益,但还需进一步筛选,发掘有效药物,并经动物和临床研究探讨其机理。

3.本组病人骨折不愈合,股骨头坏死情况

与近期国内外报导相同,约30%左右,因此适当扩宽和掌握人工关节置换术,带肌瓣骨移植也是避免上述遗患的重要手段之一,前者适应年龄较高者70岁左右,后者适宜中青年的头下骨

折。

4.对于高龄、头下及头颈型,陈旧性股骨颈骨折不要勉强使用本法,因其具备所有骨折不愈合因素。

中药药酒拔罐等综合治疗腰椎间盘突出症20例

天津市河西区第四医院(300204) 陈建岭

1989年~1991年,笔者采用中药药酒拔罐及微波促愈仪照射,配合手法,治疗腰椎间盘突出症20例,取得了较好疗效,现报告如下。

一般资料:男11例,女9例;年龄:26~58岁,平均39岁;病程:1月以内12例,3月以内8例;病因:无明显腰部外伤史为11例,既往有腰部外伤史为8例;突出部位:L₄-L₅16例,L₅-S₁4例;受累肢体:均为单侧,左侧13例,右侧7例。

治疗方法:

1.中药拔罐:患者俯卧位,暴露腰部及下肢皮肤,将中药药酒擦于间盘突出部位及肾俞、大肠俞、膀胱俞、委中、承山、环跳等穴位。药酒面积为5~10cm。用闪火法将火罐拔在穴位上,留罐15分钟取下。

2.微波促愈仪:将辐射头直接照射在间盘突出部位及环跳穴,每部位照射20分钟。使用输出功率为40W,以皮肤稍有温度为宜。使用中照射部位有针扎感或疼痛加剧时,此现象为照射病灶准确,可提高疗效。

3.手法治疗:①穴位按压:用拇指或肘部按压拔罐部位,每部位由轻至重按压3分钟左右,以患者所能耐受为宜。②手掌推揉法:用手掌沿脊柱两侧由上至下推拿肌肉,每分钟20次左右,推拿后再用揉法沿患侧脊柱反复揉10次左右即可。③牵引摆动法:患者仰卧位双手紧

握床头,全身放松,医者紧握双踝关节由小至大重量牵引,牵引期间摆动,牵引时间为5~10分钟。摆动不需要听到响声。施本法后嘱患者平卧位休息10分钟左右即可下地。④治疗时间:每日1次,12次为1疗程,一般2~3疗程后有明显好转。

疗效标准与结果:优:症状消失,功能正常;良:症状明显好转,功能基本正常;好转:症状明显好转,功能部分恢复;无效:症状减轻,功能不恢复。结果:优1例,良10例,好转6例,无效3例。好转率为70%。

讨论:1.中药拔罐:中药药酒拔罐后起到温经通络,消肿解痛作用。此疗法操作简便,效果较好。

2.微波促愈仪:微波波长为12cm,其穿透组织深达5cm左右。由于腰部组织较厚,一般仪器较难达到较深部位,故我科应用天津产“TTWP”型促愈仪效果良好。在治疗上利用该机所释放的微波能量使富于水分的组织能较多吸收,而使神经根受压产生的水肿易于消退,从而减轻疼痛。

3.手法治疗:患者因疼痛剧烈,在治疗中难与配合,经上述治疗后,肢体疼痛明显好转,但在手法上不可用强手法,利用患者的配合和手法中感觉而达到理想效果。

颅底骨折并脑脊液鼻漏的治验心得

吉林省中医中药研究院(130021) 胡妍 钟理 指导:胡黎生

多年来笔者学习继承导师胡黎生的诊治经验,运用中医药治疗颅底骨折并脑脊液漏,日

久不愈者,收到满意疗效,现将典型验案报告如下。