

入钢钉，第一枚钉应沿着股骨矩行进，钉的前端达股骨头软骨下0.5cm，其余的钢钉在第一枚的外侧呈扇形展开，在插入过程中出现问题时可将钉退出，矫正方向后再进行，钉之数量以填满骨髓腔为宜，一般用3枚，骨髓腔细小的插2根钉，对骨质疏松者或髓腔特别大时可插4~5枚，将钉尾的平头平稳地刚好留在骨窗外，将股内侧肌置于Ender钉插入处之上，缝合筋膜及皮肤，不放引流，摄髋关节正侧位片或录像存档。本组所有病例术中未输血。

结合中医辨证，按骨折早、中、后三期用药，早期以活血化瘀，消肿止痛，中期以接骨续筋为主，后期用舒筋活络，通利关节，益气养血之剂。

术后处理：均用皮牵引防外旋，一周后去牵引，对于体健和Ender钉位置良好者，术后48小时可坐起，2~4周后扶拐下地部分负重，8~10周X线片证实骨折出现愈合可弃拐活动。

治 疗 结 果

术后一周拆线，无一例感染。全组病例得到随访，随访时间9~45个月（平均26.6月），干颈角125~135°之间21例，140~150°之间者9例，骨折愈合时间根据骨小梁通过最早为术后8周，最迟为术后16周，未发生延迟愈合及不愈合。

本组有2例分别于术后1周和16周发现针尾退出，术后1周退出者立即再次插入，但于4个月后又发现针尾滑出，在膝部形成软组织滑囊炎，两侧均有膝前疼痛，膝关节屈曲功能轻度

障碍。患肢外旋者2例，缩短2cm1例，轻度跛行。

疗效：骨愈合良，无髓内翻或外旋畸形，功能恢复正常27例；有轻度内翻或外旋畸形、患肢缩短2cm以内，功能恢复接近正常3例。

讨 论

Ender钉具有弹性，可顺骨髓腔进入股骨头颈，充满骨髓腔使其撑紧，其应力得到均匀分布，有利于控制旋转，其承重力线与肢体运动的重力相一致，交叉剪力大为减少，钉的稳定有利于早期离床活动，避免因长期卧床而发生并发症。

本手术操作简便，出血少，创口小，比较安全，本组86岁高龄患者也能顺利接受手术。由于切口远离骨折部位，不破坏局部骨膜及血供，创口感染机会小，骨折愈合快。故对能耐受手术者，Ender钉髓内固定作为首选。但术前牵引初步复位及术中在电视监护下进行十分必要。内服中药内治与外治结合，以利骨折愈合。本组仅选择I、II型较稳定病例，在术时保持颈干角，骨折愈合后未曾发现有继发移位情况。David等应用Ender钉内固定发现不少并发症。如旋转、钉穿透股骨头和股骨颈，钉向远端迁移进入膝关节或在膝部形成软组织滑囊炎，我们认为骨折内固定不可靠或不稳定骨折难以防止髓内翻畸形发生，故选择适当病例是重要的。故对于III、IV型不稳定骨折则宜采用钉板内固定。

关节镜术治疗化脓性膝关节炎

浙江省中医院 (310006) 阮威明 钱列明*

我科在1990年至1992年中，经膝关节镜治疗化脓性膝关节炎9例，获得了满意的疗效。

临床资料

本组9例中男6例，女3例；左侧3例，右侧

6例；最小年龄7岁，最大年龄69岁；局封引起感染1例，多发性疖肿并发者1例，膝关节贯通伤继发感染1例，股骨干骨折术后继发感染1

* 浙江省象山县中医院

例，血源性感染3例（均为儿童），类风湿性关节炎并发感染2例，其中2例病程在1个月以上，X线片及术中可见骨质破坏，而引流术后感染控制仍不理想，遂改用膝关节镜治疗；9例术前均有高热、患膝红肿，皮温增高，被迫屈膝体位，浮髌试验阳性，关节穿刺液呈灰白色或粉红色，涂片检查脓球“++~+++”，活检组织病理报告为“炎性坏死组织”，但细菌培养仅1例检出金黄色葡萄球菌，可能与术前应用抗生素治疗等因素有关。

治疗方法

应用国产GY-I型或美制关节镜，酌情应用气囊止血带，选髌上外侧或内侧插进水管，髌下外侧和内侧交替进镜及手术器械。先将脓液抽出送检，关节腔内注入80~120ml生理盐水充盈关节腔，插入进水管，保持关节充盈，再进镜及手术器械。负压吸引下行常规膝关节镜检查，继而将坏死组织咬切，搔刮，吸引清除，且至吸出液清亮、无坏死组织碎屑、镜下不再有灰白色的坏死组织残留为止。术毕可注

入4万单位的庆大霉素，缝合切口。患膝厚棉垫加压包扎3~5天后，开始关节功能锻炼，术后全身抗生素应用，平均两周。

治疗结果

本组病例术后第一天体温即下降，平均5.6天恢复正常，患膝疼痛迅减轻，平均3周肿胀基本消失，无1例关节活动受限和窦道形成。8例随访无一复发。

体会

作者认为治疗的关键在于彻底清除坏死组织及脓液，术中特别要仔细探查两侧隐窝及髌间窝，勿残留坏死组织，必要时应用探子探查，钳子咬切，对明显肥厚、变性的滑膜（包括肉芽组织）及皱襞应尽可能彻底咬除。作者体会术后不必放置冲洗、吸引装置及患膝的石膏固定或小腿皮牵引。术后患膝制动3~5天，护理方便，患膝功能恢复较快。对有窦道者，术中彻底切除窦道，缝合后也能应用关节镜治疗，疗效满意。

踩跷法治疗腰腿痛

深圳市中医院 (518003) 李思芬

笔者随访踩跷法治疗急、慢性腰、腿疼690例，疗效满意，报告如下。

临床资料

本组病例有明显外伤史者394例，无外伤史者296例；男448例，女242例；发病年龄20~50岁；病程以一年以内373例，1~5年217例，

治疗方法

踩前准备。患者俯卧，在胸部和大腿处各垫2~4个枕头，使腰部悬空，嘱患者全身放松，自然呼吸，切忌摒气。有腰椎侧弯畸形者，先让其向侧弯凹侧侧卧，腰部垫适当枕头，使腰部离床15~30cm，约15~20分钟，

以矫正侧弯，然后再嘱病人俯卧施术。方法及顺序如下。

1. 踩压。术者一脚横置于患者腰骶部，作为支点，用另一脚从大椎旁开始，踩压脊椎旁华佗挟脊穴，向下直至骶4处。踩时用脚掌（偏外侧缘）垂直向下用力，力量要逐渐增加，先健侧，后换脚以同样法踩患侧，反复各三遍。之后术者转身面向患者脚侧，一脚横立于患者一侧大腿根部，用另一脚掌从患者环跳穴开始，沿大腿、小腿直至脚心涌泉穴，缓缓踩压反复三遍，先健侧后患侧。

2. 踩揉。术者面向患者头侧，一脚横立于患者腰骶部，另一脚踩揉脊旁华佗挟脊穴，从大椎向下直至骶4处。施术时，脚缓缓向下