

型 1 例，斜型 10 例，粉碎型 12 例，螺旋型 13 例。

治疗方法

患者平卧位，膝微曲，在适当的麻醉下，用“按筋正骨令其复位”的方法，助手一人握小腿上端近膝关节处，固定勿动，另一人握足踝部，用力相对充分拔伸牵引，矫正重迭畸形，遵循“以子骨找母骨”的方法，术者用远侧骨折端去凑合近侧骨折端，同时加用端提挤按手法矫正前后左右移位，一般即可复位。嘱助手将远断端作轻微摇晃推碰动作，使骨折断端紧密接触。最后以拇指和食指沿胫骨前嵴及内侧面来回触摸检查。满意后由两助手维持肢体位置，准备穿针。

定位穿针：常规皮肤消毒，铺巾，在胫骨内侧面骨板上穿针（上段骨折在股骨髁上，下段在跟骨上穿针），首先在骨折远近端各穿 2 枚针。第 1 枚针距离骨折 4~5cm 处穿入，切开皮肤，分离软组织，保持在骨的中点垂直钻孔至对侧皮质，然后换上固定的螺纹针钻入，穿针时只许进不许退，以免针道松动，通过对侧骨皮质显出两圈螺纹为适合。第 1 枚针固定后，装上模具，在离第 1 枚针的针孔位置 2~3cm 处钻入第 2 枚针位，第 3 枚针位于另一骨段上，靠近骨折端 4~5cm 处，最后如第 2 枚针的方法确定，并钻入第 4 枚针。完毕后装上适当的固定器，拧紧螺丝将上下的固定夹固定在离肢体表面 1~2cm 的固定针杆上，拧紧固定杆的螺丝，将 4 枚固定针固定在理想的位置。开放性骨折清创后即行骨折复位，创口缝合。穿针处及伤口处外敷骨科黄水或黄油。并拍摄 X 线片复查。

骨折复位固定后即可鼓励患者做患肢膝、踝关节伸屈活动，第二天即可扶双拐下地活动，常检查外固定支架是否松动，如有固定不良应及时调整。6~8 周 X

线检查可见有骨痂生长，给予外固定支架适当灵活的调节，逐渐增加患肢活动量及负重量。中药外敷及内服按骨折“三期”辨证施治，指导功能锻炼，一般 4~6 个月达骨性愈合时方可拔针。若提前拔针用小夹板帮助固定 2 周也可。

治疗效果

本组病例平均卧床 7 天（2~14 天）。根据 1975 年全国中西医结合治疗骨折经验交流会制定的骨折疗效标准：优 27 例，良 8 例，可 1 例，差 0 例。优良率为 97.2%。

讨 论

目前治疗骨折的主流是首选牢固的外固定加上早期的功能锻炼。应用“多功能单臂外固定支架”最大特点是操作简单，固定牢靠，对组织损伤小，便于创口或软组织损伤（如严重肿胀、张力性水泡等）的处理及治疗，减少了手术给病人带来痛苦，克服了石膏及小夹板固定压迫组织的不足。可早期离床，对躯体和膝关节的正常生理功能限制较少，能早期负重锻炼，利于动静结合，使伤肢循环旺盛，骨折局部代谢加速，促进骨折愈合，避免了关节僵硬，粘连，肌肉萎缩现象的出现。多功能外固定支架具有较强的纵向牵引力，足以解决骨折的重迭，同时还具有加压作用，使骨折断面接触更加紧密，利于骨痂的融合会师。

发挥中医正骨及中医药优点，结合早期外敷骨科黄水、黄油，中期外敷中药驳骨羔，后期外敷中药活血散，促进骨折愈合。内服中药按骨折“三期”辨证施治。

（注：骨科黄水、黄油、驳骨羔、活血散是广东省佛山市中医院骨科传统中药制剂。）

（收稿：1995-07-21）

可调式固定器治疗先天性髋关节脱位

山东文登市整骨医院（264400）

黄相杰 张 彬 朱惠芳 王建华 于兰先 毕晓英 张 卫 谭庆远 周志高

自 1986 年 6 月~1994 年 12 月我院应用自行研制的可调式固定器治疗早期先天性髋关节脱位 132 例，临床观察效果满意，报告如下。

可调式固定器构造

1. 大腿套：两块半圆形不锈钢板，由一活页连接成套，内衬厚而柔软的纺织物，外面有皮革或坚韧的纺织物包裹和固定带。

2. 小腿套：与大腿套结构相同，只是直径比大腿套

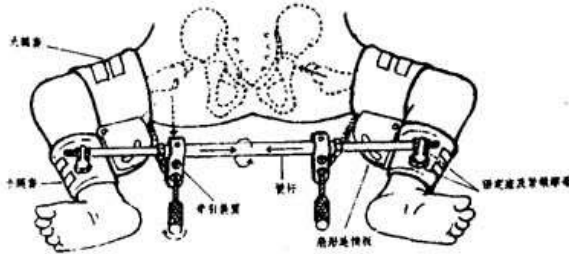
稍小，套的内侧焊有固定螺母。

3. 连接板：由两块扇形不锈钢板制成，两块连接板分别固定于大腿与小腿套的内侧，两连接板用 2 枚螺钉螺母固定，以连接大小腿套。

4. 横杆：由螺旋管及左右螺丝棒组成

5. 固定座与紧锁螺母：在固定座一端与小腿套上的固定螺母连接在适当的位置上。由紧锁螺母固定，固定座的另一端与螺丝棒连接由螺母固定。

6. 牵引装置:由固定圈、牵引杆、弹簧、固定环组成。固定圈固定于螺旋杆上,固定环位于大腿套后侧近端,弹簧的一端与固定环连接,另一端与牵引杆连接,牵引杆的另一端与固定圈相连接。(见图示)



可调式有限固定法示意图

临床资料

本组 132 例,男 19 例,女 113 例;年龄最小 4 个月,最大 52 个月,其中 4~6 个月 7 例,7~12 个月 23 例,13~18 个月 34 例,19~24 个月 37 例,25~30 个月 14 例,31~36 个月 10 例,37 个月以上 7 例。共 176 个髋关节,左侧 55 例,右侧 33 例,双侧 44 例。随访时间最短 1 年,最长 6 年。

治疗方法

1. 使用方法

根据股骨头脱位情况,将所有病例分为 A、B 两组。

A 组:股骨头脱位在骨盆水平线(Y 线)以下者,直接用本固定器将患儿双下肢固定于蛙式位。

B 组:股骨头脱位在骨盆水平线以上者,在氯胺酮麻醉下,手法复位后应用本固定器固定于蛙式位。对年龄在 18 个月以上者,常规行内收肌切断后,手法复位,应用本固定器固定。对复位后股骨头位置偏高(位于 Y 线以上)者,则加用牵引装置,先放松患侧两扇形连接板的固定螺丝,使之可随意变动大、小腿套之间的角度,旋动牵引装置的牵引杆,使大腿套的近端产生持续向下的压力,以使股骨头下移至 Y 线以下。根据 X 线片股骨头的位置调整牵引力量的大小。一般牵引时间为 4~8 个周,8 周后去掉牵引装置,拧紧两扇形板的固定螺丝,将大、小腿套之间的角度固定在 90°左右的位置上。固定 2 个月如股骨头位置仍距髋臼较远,可旋动螺旋管通过缩短横杆,缩小股骨头与髋臼之间的距离,以求达到中心性复位。对脱位较轻、髋臼发育尚好的病例,固定两个疗程即可。而脱位较重,髋臼发育较差的病例,需固定 3 个疗程,即蛙式位固定 2 个疗程后,再改为外展内旋位固定 1 个疗程。改外展内旋位固定器的方法是放松固定坐上的紧锁螺母,将两侧大腿套向内旋转 180°,再拧紧紧锁螺母。每个疗程为 3 个

月,整个治疗过程为 6~9 个月。除需手法复位与内收肌切断者外,其他患儿的第一疗程及所有患儿的第二、三疗程经门诊处理即可。

2. 复位与固定情况

对 4~6 个月的患儿,门诊用本固定器于蛙式位固定 3~6 个月。7~12 个月的患儿,Ⅰ°~Ⅱ°脱位者门诊用本固定器蛙式位固定 6 个月,Ⅲ°脱位 5 例,均在氯胺酮麻醉下,行手法复位蛙式位固定 6 个月,2 个疗程后髋臼发育仍不满意,尤其是未达到同心圆复位者,再改为外展内旋位固定 2~3 个月。5 例中 3 例固定 2 个疗程,2 例固定 3 个疗程。13~18 个月的患儿 34 例中 12 例蛙式位固定 2 个疗程,22 例固定 3 个疗程。对 18 个月以上的患儿在复位前先行内收肌切断,有 8 例固定 2 个疗程,其余均固定 3 个疗程。共 35 例 42 髋使用牵引装置。

3. 治疗结果

根据周永德、吉士俊^[1]的功能评定标准。优 151 髋,占 85.8%,良 20 个髋占 11.4%;可 4 髋,占 2.3%;差 1 髋占 0.6%;优良率为 97.2%;股骨头缺血性坏死 8 个髋,占 4.5%,3 岁以上 3 个髋,8 个髋中 2 髋股骨头变扁,颈增宽,并发髋内翻。1 例股骨头严重变形。35 个髋(19.9%)髋臼指数仍大于正常。失败 1 髋,系一 30 个月双侧脱位患儿。由于未按医嘱复诊,于复位后 3 个月复诊时发现一侧再脱位。患儿家长拒绝对该侧再次闭合处理,在另一侧完成整个治疗过程后 2 个月对再脱位侧髋关节行手术治疗。

讨 论

1. 可调式固定器适用于治疗 3 岁以下的先天性髋脱位患儿,部分髋臼发育尚好的 3~4.5 岁的患儿也可应用。

2. 可调式固定器固定,由于腰部不固定,患儿可自由坐卧,能扶着凳子等物向前移动,可减轻髋关节僵硬,既有利于功能康复,又有利于身心发育。由于髋关节的屈伸运动最终转化为以外展位为主的运动形式,它既有利于稳定髋关节,又有利于股骨头对髋臼产生强有力的机械性与生理性应力刺激,从而可加速髋臼与股骨头的正常发育,并可降低骨性关节炎前期病变的发生率。由于临床使用时间尚短,对后期骨性关节炎的发生率及病变程度的影响,有待于以后长期观察。

3. 可调式固定器蛙式位与外展内旋位可以互换,使用方便。

4. 能保持双髋的稳定性和使复位不全的股骨头趋向同心圆复位。我们对所有病例手法复位,可调式固定器固定后,均提起横杆,左右及前后活动双下肢,以了

解复位固定后髋关节的稳定性,如示欠稳定时,则使用牵引装置,将股骨头向前下方牵引,可进一步加强髋关节的稳定性。复位后股骨头位置偏高,可通过牵引装置的牵引作用,使股骨头向下移位。对髋关节间隙较宽者,可通过缩短横杆,使股骨头与髋臼间距缩短,加之头臼之间存在经常性的较大幅度的(屈伸)研磨活动,可使复位后头臼之间有内翻的臼唇及关节囊等嵌夹物逐渐挤出,而达到同心圆复位。

5. 关于复位前牵引与内收肌切断的问题,本组 3 岁以上在复位前 1 髋行胫骨牵引,6 髋行皮牵引,其中股骨头缺血性坏死 1 髋。我们认为本固定器附有牵引装置,一般病例复位前不必牵引。术前牵引仅适用于手法复位困难者。我们对年龄超过 18 个月者,除 5 例外,在复位前均需做内收肌切断,5 例中股骨头缺血性坏死 1 髋。我们赞同 Wein e⁽²⁾、吴守义⁽³⁾的观点,复位前切断内收肌有利于降低股骨头缺血性坏死率。

6. 解除外固定后的半脱位问题,先天性髋关节脱位复位成功,解除外固定行走后,有少数病例虽近期效果满意,但 X 线片还是存在关节间隙增宽,股骨头偏外股骨头被髋臼覆盖不全的问题,对这部分病例,我们采用延长蛙式位固定时间或夜间使用蛙式位固定,垫高健侧鞋底,使骨盆向患侧倾斜,以增加髋臼对股骨头的包容。经初步观察,取得一定疗效。

参考文献

1. 周永德,吉士俊.先天性髋关节脱位疗效评定标准.中华小儿外科杂志 1994; 3: 89.
2. Weiner DS, et al Congenital dislocation of the hip. J Bone Joint Surg (Am) 1977; 59: 306.
3. 吴守义,等.先天性髋关节脱性.中华外科杂志 1980; 18: 387.

(收稿: 1995-06-21; 修回 1996-04-26)

腰源性腹痛治疗与体会

河北省邯郸医学高等专科学校附属中医院 (056029) 纪学民 段阳全

腰部损伤后,代偿腹肌疼痛,在临床上较为常见,为了使医务人员不造成误诊,更好地了解腹肌疼痛原因和治疗原则,现总结如下:

一般资料

本组 46 例中男 25 例,女 21 例;年龄 23~55 岁;病程 5 个月~2 年;46 例中治愈 37 例,显效 8 例,好转 1 例。

诊断: 1. 腰部损伤史,个别病人有受凉史; 2. 腰痛后而引起腹部疼痛,疼痛多见于腹外、内斜肌,腹直肌部位。其性质以酸胀痛多见,个别病人可出现阵发性疼痛; 3. 检查时,可在上述疼痛的部位有明显压痛,腹肌变硬,有时可触及条索状物; 4. 抗阻力试验阳性; 5. 除外、内、妇科疾病等。

治疗手法

1. 点揉镇痛法:病人取仰卧位,医者立于患侧,医者用一手拇指指腹在该肌痛点作点揉,逐渐用力,镇定片刻。

2. 弹拨法:继上卧位,医者用一手拇指指腹在该肌上进行弹拨,以病人能忍耐为度。

3. 捋顺法:最后医者用拇指指腹固定在该肌一端,用另一手指指腹沿该肌走行自下而上进行推压,捋顺数次。

在治疗该肌同时,要对原发病灶进行治疗。

体 会

1. 腰源性腹痛在腰部损伤的病人中较为常见,如果只注意了腰部症状而忽视了腹部症状,势必造成疗程延长,故应引起同道注意。

2. 手法治疗过程中,要求手法指力要达到肌肉、筋膜的深部和病变的具体部位,而不在肌肤的表面。指力要求由浅入深,由轻到重,从而可达到松解肌肉痉挛,痉松痛解。

3. 在诊断腰源性腹痛时,一定要注意与内外、妇科疾病鉴别,以免引起误诊。

4. 在治疗腹痛时,定要对原发性腰痛病灶明确诊断(指损伤性腰痛)。施以正确手法治疗,否则,继发性腹痛不易缓解或治愈。

(收稿: 1995-03-24)