

短篇报道

骨刺膜治疗跟痛症 146 例分析

上海市日晖医院 (200032)

李明祚

跟痛症是老年人的常见疾患, 严重者可影响患者的生活和工作。作者自 1992 年 5 月~1994 年 3 月应用上海交通大学高分子研究所研制的高分子薄膜驻极体——骨刺膜治疗跟痛症 146 例, 疗效显著。

临床资料 男性 69 例, 女性 77 例; 年龄 47~68 岁, 发病年限 2 周~1 年, 临床表现: 跟底痛 126 例, 跟底肿胀 48 例, 全部病例均有按压痛。146 例治疗前均作跟骨正侧位 X 片检查, 其中 102 例跟骨有明显骨刺形成, 44 例未见明显骨质增生。

治疗方法 将骨刺膜敷贴于跟底疼痛处, 并以网状弹力带固定使骨刺膜与跟底皮肤紧贴, 每二天更换一张(夏天出汗较多, 宜每天更换一次), 2 周为一疗程。治疗期间嘱穿软底鞋, 禁用激素局封治疗、敷药等其它治疗方法, 禁服镇痛消炎药物。

治疗结果 显效: 经一个疗程治疗后, 跟底疼痛和肿胀完全消失, 无按压痛, 步履正常, 48 例; 有效: 经 1~2 个疗程治疗后, 疼痛和肿胀基本缓解, 按压痛减轻, 步履基本恢复正常, 78 例; 无效: 经 1~2 个疗程治疗后, 症状体征未见改善, 20 例。

治疗前 X 片显示有跟骨骨刺形成 102 例, 治疗后复查 X 片未见骨刺部位和骨刺大小有任何改变。

讨论 骨刺膜是一种高分子薄膜驻极体, 具有长期储存电荷能力的作用, 其产生的高压静电场作用于人体, 可造成特殊的生物和生化效果^[1]。驻极体对小鼠局部皮肤微循环影响的一组实验证明驻极体薄膜能使微静脉持续扩张, 从而降低毛细血管的后阻力, 此外驻极体膜可使微动脉和微静脉血流速度加快, 从而改善局部的微循环^[2]。微循环的改善能促进炎性渗出的吸收, 同时可加快局部受损的韧带、滑囊和筋膜等软组织的修复, 达到消炎镇痛和改善功能的目的。本组 102 例跟骨骨刺形成者, 经骨刺膜治疗后骨刺部位及大小均无任何改变, 说明骨刺膜不能消除骨刺, 其镇痛是通过抑制局部软组织无菌性炎症起作用。

参考文献

1. 吴忠汉, 等. 生物驻极体, 生物驻极态及其相关问题, 自然杂志 1992; 15 (3): 177-181.

2. 江键, 等. 驻极体改善小鼠皮肤微循环的实验研究. 中国医学物理学杂志 1993; 10 (1): 1-5.

(收稿: 1995-02-14)

钢丝环扎加“8”字扎治疗 髌骨骨折

福建永定县医院 (364100)

曾向民 苏纪健

本科自 1993 年 10 月~1994 年 12 月运用软钢丝环扎加“8”字扎固定各类型髌骨骨折 12 例, 效果满意, 报告如下:

临床资料 本组共 12 例, 男 8 例, 女 4 例。最大年龄 45 岁, 最小年龄 18 岁, 平均 24 岁; 髌骨横形骨折 3 例, 纵裂 1 例, 星状粉碎性骨折 6 例, 髌骨下极骨折(撕脱性) 2 例。

治疗方法 仰卧位, 胭窝部垫枕呈屈曲 15°, 用自制穿钢丝器(即用一根伞骨尖端磨利, 尾端制成手柄而成)。

手术步骤: ①弧形切口, 显露骨折块, 清除关节腔内凝血块及陈旧性积血, 尽量保留骨碎片, 检查是否具有其它损伤, 关节腔可不冲洗。②仔细修补撕裂股四头肌、髌韧带、髌旁支持带。③复位骨折巾钳固定。④穿钢丝器穿直径 1mm 钢丝自髌骨外上缘始作环状及“8”字缝合, 在髌骨外上缘拧结针尾埋于皮下, 屈膝活动检查固定情况。⑤逐层缝合。

术后处理: 抬高患肢, 不用石膏外固定, 当日即行股四头肌功能锻炼, 2 周后拆线行膝关节屈伸锻炼, 3 周后扶拐下地不负重行走。

治疗结果 本组 12 例, 术后检查患膝屈曲 110°~150°, 过伸 5°~10°, 屈膝时内旋约 10°, 外旋 20°。随访负重步行, 下蹲功能正常; 拍片未见髌骨关节面梯状不平 and 骨折裂缝接触不紧密。骨性愈合约 4~6 周。

讨论 钢丝环扎加“8”字扎适用于各种类型髌骨骨折, 特别是严重粉碎性骨折, 可免除行髌骨切除而致伸膝受限和膝关节欠稳, 或因畸形愈合关节面梯状不平而致创伤性关节炎。此法符合张力带固定, 顺应骨生物力学。骨折复位双重固定, 免用石膏托外固定, 膝关节早期活动可防止关节囊挛缩、关节周围粘连和创伤性关节炎发生。钢丝周围固定与以往经骨固定比①可避免用骨钻头或克氏针常钻破骨折块加重髌骨骨折, ②穿钢丝顺利, ③拆钢丝较易, 避免经骨内固定致

钢丝断裂。

(收稿: 1995-02-14)

加压内固定治疗尺骨鹰嘴骨折

同济医科大学郟阳医学院附院 (442000)

江振华 刘仁寿 温国宏

我院自 1989 年以来对有移位的和粉碎性骨折采用克氏针钢丝张力带内固定, 经观察随访, 效果良好, 现介绍如下:

临床资料 本组共 34 例, 男 25 例, 女 9 例; 左侧 16 例, 右侧 21 例; 其中 2 例为双侧骨折。年龄 16~70 岁, 平均 36 岁; 粉碎型骨折 26 例, 横型骨折 9 例, 8 例伴有其它部位多处骨折; 2 例伴尺神经损伤; 随诊 3 个月~3 年 6 个月, 优 29 例, 良 4 例, 可 1 例。

手术方法 臂丛麻醉下, 患者取半侧卧位, 患侧垫高 30°~45°, 患肢前屈于侧前胸壁, 肘后方“S”形切口, 切口线避开尺骨鹰嘴尖端, 一般从鹰嘴尖之桡侧绕过以避开尺神经, 若骨折移位严重, 宜充分显露尺神经以免手术误伤。显露并清理骨折端及关节腔, 布巾钳协助复位并临时固定骨折端, 检查半月切迹关节面平整, 用 1.5~2.5cm 克氏针 2 枚平行, 相距 1.5~2.0cm 钻入骨折远近端, 深度约 5~8cm, 在鹰嘴骨外保留 1.0~1.5cm; 用直径 2.5mm 钻头在距骨折线 2~3cm 处的尺骨嵴上横行钻孔, 穿透两侧骨皮质, 然后用直径 1.0~1.5mm 软态不锈钢丝穿过骨孔, 呈“8”形交叉后绕过克氏针尾部打结拧紧, 并与骨皮质贴附。若为粉碎型骨折, 在“8”形钢丝的外面再做一“0”形环扎固定。用虎口钳将克氏针外露部分弯成 180°~225°, 弯头朝鹰嘴部钉入骨质内。伸屈肘关节, 检查内固定是否牢固。一般屈肘至 120°左右骨折端无分离移位。冲洗, 酌情置一橡皮片引流, 逐层缝合伤口。

讨论 尺骨鹰嘴骨折属关节内骨折, 在治疗上应尽量达到解剖复位, 以保持尺骨切迹关节面的光滑平整, 以避免创伤性关节炎的发生, 同时以适当的内固定物牢固固定骨折块, 为早期活动提供坚实的基础, 从而最大限度地恢复肘关节原有功能。张力带固定利用钢丝在张力侧所形成的张力, 在肘关节屈曲活动时, 使张力带承受鹰嘴背侧的张应力, 而骨折端承受压应力, 从而刺激骨折端更好地愈合。对尺骨鹰嘴骨折尽量在伤后 8 小时以内手术。在选择内固定物时, 应注意克氏针和钢丝必须是同型号材质的, 以免不同材质的金属

在人体内接触而产生电解反应, 影响骨折及伤口愈合。

以往认为尺骨鹰嘴粉碎型骨折无移位或移位不严重, 可行肘关节伸直或半屈位石膏固定 4~6 周。近几年, 我院对粉碎型尺骨鹰嘴骨折多行切开复位内固定, 术中仔细重建尺骨半月切迹关节面的平整。对有骨质缺损者取松质骨植骨。术后次日即可行患侧肩、腕、指活动及上肢肌肉等长收缩。3 日后行肘关节伸屈活动, 循序渐进, 2 周后可做较大范围的活动, 6~8 周后一般均可达正常伸屈活动度的百分之九十以上。粉碎型骨折尤其是老年病人若保守治疗, 需固定较长时间, 即骨折愈合后才能功能活动, 两者不同步, 而骨折愈合时肘关节已僵硬, 并且多数病人肘关节僵硬于半伸位, 对生活工作带来极大不便。即使经理疗按摩也不易完全恢复。而开放复位不仅可达到解剖复位, 更重要地是牢固固定为早期活动提供了基础, 使关节软骨面得以很好地修复塑形, 使骨折早日愈合并与关节功能恢复同时进行, 以最大限度地恢复肘关节功能。

(收稿: 1995-02-14)

舒筋手法治疗肩关节周围炎

河北沧州市中心医院 (016001)

冯庆欣 冯永生* 吴宝良 李晓鹏* 刘文

1988 年 3 月~1996 年 6 月, 笔者用舒筋手法治疗肩关节周围炎 260 例, 效果满意, 报告如下。

临床资料 本组 260 例中男 90 例, 女 170 例; 年龄 36~70 岁; 发病时间 3 个月~1 年 248 例, 1 年以上 32 例; 左侧 156 例, 右侧 94 例, 双侧 10 例; 有扭伤、牵拉伤或其它外伤原因者 52 例; 所有病人均有明显的疼痛症状和程度不同的功能障碍。

治疗方法 1. 舒筋手法: 病人取坐位, 顺序进行: (1) 水平牵引; (2) 上举; (3) 摸肩; (4) 腋下摸背; (5) 屈肘外旋; (6) 伸肘外展; (7) 后伸摸背; (8) 旋转; (9) 痛点按压弹拔; (10) 按摩松解。以上 10 种舒筋手法医生每日或隔日给病人作一次, 每次 30 分钟, 一个月为一个疗程。

2. 主动功能练习: 要求病人根据以上各种手法在健侧手臂的帮助下, 每日主动练习数十次至数百次, 哪个动作越困难越着重练习那个动作。

治疗结果 1. 疗效标准: 优: 肩疼痛完全消失, 肩

* 河北省肃宁正骨医院