

合力牵引治疗髋关节中心性脱位 8 例

北京铁路局临汾铁路医院 (山西 041000)

王文葛 李金泉 王会明 翟秀文

髋关节中心性脱位,是髋部较严重的损伤。作者采用合力牵引治疗髋关节中心性脱位 8 例,收到满意的效果。

本组共 8 例,男 6 例,女 2 例;左侧 3 例;右侧 5 例;年龄在 25~40 岁之间。单纯髋关节中心性脱位 4 例,合并颅脑损伤 2 例,腹内脏器损伤 4 例。就诊时间 12 小时内的 7 例,一周内的 1 例。按 Elchenholtz 等^[1]关于髋臼骨折后股骨头突入骨盆内的程度分型。分为: I (A) 型,髋臼骨折仅有轻度移位或无移位; I (B) 型,除髋臼内壁骨折外,骨盆下部有骨折且有移位; II (A) 型,髋臼内壁骨折,有明显的水平方向或垂直方向的移位,股骨头明显突入盆腔; II (B) 型,除 II (A) 的表现外,还有骨盆下部的明显骨折; III 型,髋臼内壁严重骨折,股骨头完全进入盆腔。按以上分型,本组 8 例均属 III 型。

治疗方法

首先行患肢股骨髁上牵引术,将患肢置于布朗氏架上,保持患髋屈曲 30°,内旋 15°位,碘酒、酒精消毒,2%利多卡因局麻下在内收肌结节上 2cm 处由内向外穿入一 \varnothing 3.5mm 的斯氏针,上好牵引弓备用,其次,行大粗隆牵引术:仍保持患肢内旋 15°位,消毒铺单后,利多卡因局麻下,摸准大粗隆,其后 1.5cm 处为进钉点,尖刀刺开皮肤、皮下组织至骨质,用 \varnothing 3.5mm 的长钻头钻孔, \varnothing 6.5mm 的丝锥攻丝,拧入第一枚 \varnothing 6.5mm 长 75mm 的半螺纹松质骨螺丝钉,保证螺纹全部进入骨质内。在第一螺钉下 2cm 处,拧入与之平行的第二枚螺丝钉,检查两螺钉固定可靠,缝合两螺钉周围的皮肤针,用 8 号钢丝将两螺丝钉拧紧,床旁置牵引滑轮备用,然后同时放置牵引锤,股骨髁上牵引重量为 10kg,大粗隆牵引重量为 12kg。12 小时后拍片,脱位的股骨头均已复位,遂减轻牵引重量分别为 8kg、10kg。其中 4 例髋臼复位满意; 4 例复位欠佳。

第二天病人即可进行股四头肌等长收缩练习,2 周后病人髋部疼痛减轻,即可练习活动髋关节(平卧位与半卧位交替进行)。10 周时去掉髁上牵引,被动、主动屈伸髋、膝关节;12 周去掉大粗隆牵引,扶拐部分负重下地活动,禁止外展,16 周完全负重。

2 例合并脑外伤,CT 报告硬膜外血肿,手术后痊愈; 2 例腹部外伤, B 超报告肝、肾挫伤,经对症治疗后痊愈。

疗效分析

参考卢汉生氏等的评定标准^[2]为:优:步态正常,长期行走无疼痛,髋关节功能不少于正常活动范围 90%, X 线片无创伤性关节炎表现, CT 扫描骨折对合相差在 0.5cm 以内。良:步态正常,日常活动无疼痛,髋关节功能不少于正常活动范围 60%~70%, X 线片示关节间隙较健侧变窄,可有少量骨赘形成。可:轻度跛行,活动后关节有疼痛,休息可缓解,髋关节功能不少于正常活动范围 50%, X 线片示关节间隙明显变窄,有创伤性关节炎征象。

本组 8 例,随访时间均 2.5 年,优 5 例,良 2 例,可 1 例,发生股骨头缺血坏死。

讨论

1. 髋关节中心性脱位的治疗, Watson 首先描述了外侧牵引法,用斯氏针穿过大转子前后平面,并用钢丝在斯氏针上结环做外侧牵引^[3];卢汉生^[2],用交叉斯氏针与髁上双向牵引,作者采用两枚松质骨螺丝钉做为横向牵引,用 8 号钢丝环结,增加了牵引的可靠性。牵引时将患髋内旋 15°位,这样消灭了股骨头之前倾角,将股骨干与股骨颈置于同一水平,大粗隆牵引力略大于髁上牵引力,合力的方向恰于股骨颈颈干角相同,这样逆着创伤机制,使股骨头复位变得容易。

2. 给关节以早期的活动和磨造,促进关节内软骨愈合,减少并发症的发生是十分有效和必要的^[4]。通过牵引下的早期活动的磨造作用,白底扭曲变形:凹凸不平的部位,可以被疤痕组织充填变平,其表面形成一层纤维玻璃软骨,可以重新形成一适宜的髋臼,仍可获得相当有用的功能^[5]。作者 4 例髋臼解剖复位,4 例复位较差,但功能除 1 例发生股骨头坏死外均较好,也充分证明了这一点。在合力牵引时,随着股骨头的复位,软组织的牵拉使错位的髋臼回到原来的位置上,但用什么方法才能使髋臼都获得解剖复位,是今后需要研究的问题。

3. 股骨头中心性脱位后,股骨头缺血坏死发生率

在 10%~20%^[5]之间,本组 8 例,1 例发生头坏死。作者的体会,股骨头缺血坏死的发生取决于当时的创伤程度。

4. 优良的 7 例是否将会发生创伤性关节炎,有待进一步观察随访。

5. 合力牵引法无需大的手术,最大程度减轻患者痛苦,牵引后不影响其它并发症之处理,不加重现有症状。髋关节中心性脱位,手术较大,特别是白顶与后柱复位和固定较困难,要求术者有一定水平的技术与经验,而且需要有理想的器材,否则手术会遇到想象不到的困难,导致失败^[5]。本法操作简单,不需着意去整复脱位的髋关节,在不知不觉中使骨折复位,家属与患者易接受。合力牵引法是一些基层医疗治疗髋关节中心

性脱位的主要方法,值得推广。

参考文献

1. Elchenholtz SN, Star RM. Central acetabular fractures (A review of thirty-five cases). J Bone Joint Surg (Am), 1964, 46: 69T.
2. 卢汉生,高富贵,薛华新.双向牵引治疗髋关节中心性脱位的远期随访.中华骨科杂志 1996; 4: 219.
3. 过邦辅,等译.坎贝尔骨科手术大全.上海:上海翻译出版公司 1991: 1038.
4. 吴阶平,裘法祖.黄家驷外科学.第 5 版.北京:人民卫生出版社,1991: 2252~2258.
5. 王亦惠,等.骨与关节损伤.第 2 版.北京:人民卫生出版社,1991: 556~597.

(收稿:1996-10-22)

小针刀治疗软组织损伤 300 例

北京市海淀区万泉医院 (100080) 张长富

笔者用小针刀治疗慢性软组织损伤所引起的颈肩腰腿痛疾患和各种骨质增生 300 例,报告如下。

临床资料 300 例中男 95 例,女 205 例;年龄在 20 岁以下 8 例,21~30 岁 15 例,31~40 岁 101 例,41~50 岁 86 例,51~60 岁 58 例,60 岁以上 32 例;病程最长者 26 年,最短者 1 周。

治疗方法 术前要掌握好适应症。根据病情、个体差异、病变部位,选择合适体位(一般以卧位为好),确切找准痛点,作好标记。患处皮肤常规消毒,铺好洞巾,于痛点处注入 2%利多卡因 2~4ml,然后在针口部位进入针刀,在病灶处行切割分离,切开骨膜外周围粘连组织。操作时必须掌握好进针方向和深浅度,动作要轻、快、稳、准,避免误伤神经血管。术后在病灶处注入川芎嗪注射液 40mg 或强的松龙 25mg+2%利多卡因 2ml,防止再度粘连。注完药后,在刀口部位用手指轻轻按压片刻,起止血作用。最后用消毒纱布盖好伤口部位,用胶布粘好,防止感染。嘱患者术后 1 天开始锻炼,以巩固疗效。胸椎棘突炎:治疗 29 例,一次性治愈 20 例,好转 2 例,无效 3 例;腰背肌筋膜损伤:治疗 52 例,一次性治愈 41 例,好转 9 例,无效 2 例;弹

响指:治疗 24 例,一次性治愈 20 例,好转 3 例,无效 1 例;腰椎横突综合症:治疗 24 例,一次性治愈 19 例,好转 4 例,无效 1 例;肱骨外上髁炎:治疗 52 例,一次性治愈 43 例,好转 5 例,无效 4 例;膝副韧带损伤:治疗 35 例,一次性治愈 25 例,好转 5 例,无效 5 例;跟痛症:治疗 6 例,一次性治愈 4 例,无效 2 例;肩周炎:治疗 34 例,一次性治愈 24 例,好转 7 例,无效 3 例;骨折外伤后遗症:治疗 13 例,一次性治愈 8 例,好转 2 例,无效 3 例;膝骨关节炎:治疗 6 例,一次性治愈 3 例,好转 3 例;腱鞘炎:治疗 18 例,一次性治愈 12 例,好转 3 例,无效 3 例;臀上皮神经损伤:治疗 4 例,一次性治愈 2 例,无效 2 例;腰椎间盘突出症:治疗 3 例,好转 1 例,无效 2 例。

讨论 小针刀疗法是用小针刀在患处松解粘连的组织与被卡压的神经末梢,疏通经脉,以缓解或消除疼痛,达到治疗目的,与中医“通则不痛,痛则不通”的理论相吻合,是中西医理论与实践相结合的治疗方法之一。此法简便可行,安全省时,费用低廉,疗效较高。但要选好适应症,并要找准痛点,才能提高疗效。

(收稿:1996-09-10)