

同时关节囊一定要尽量仔细缝合，臀后肌及外旋小肌一定要缝合好，术后必须及时作皮肤牵引外展位 2 周，这也是预防术后早期脱位措施。至于股骨上端髌裂或骨折，本组发生率为 2.6%，我们的体会是，操作时动作不要粗暴，股骨上端暴露充分先用钢丝环扎股骨转子间，使其应力分散，用髓腔锉沿着骨髓腔由小至大逐渐扩大髓腔，切忌杠杆样撬压，插入假体动作要轻柔，如股骨发生爆裂，则钢丝绑扎固定。手术死亡率各家报道不一，本组为 0.85%，因髋关节假体置换术创伤较大，而手术对象多为久病或年老患者，心血管机能相对较差，术前给予调理心肺功能治疗与训练，降低血粘稠

度，提高对手术的耐受性，术中麻醉选择适当，尽量减少创伤和彻底止血，必要时可阿斯匹林与低分子右旋糖酐合用，能预防血栓形成，减少致死性肺栓塞的发生。晚期并发症主要有人工股骨头松动，假体折断，下沉、关节面磨损，疼痛，异位骨化等，本组由于术后观察时间尚短，有待进一步随访观察。

参考文献

1. 吴之康. 关于髋关节人工置换术后疗效评定. 中华外科杂志, 1982, 20: 250.

(收稿: 1996-12-02)

踝部腓距前韧带损伤

浙江省宁波市中医院

(315010) 金 甬

踝部腓距前韧带损伤常见，我们总结了 120 例，就治疗问题进行探讨。

治疗结果 根据国家中医药管理局 1995 年实施的中医病证诊断疗效标准结果

临床资料 本组 120 例中男 68 例，女 52 例，8~20 岁，23 例，21~45 岁 67 例，46 岁以上 30 例；左踝 53 例，右踝 67 例；所有病例进行 3 月至二年的随访。诊断标准：(1) 所有患者都有明确的足跖屈位内翻扭伤史。(2) 损伤后踝关节外侧即刻出现疼痛，外踝前下方肿胀，皮下瘀斑，伴跛行。(3) 压痛局限於外踝前下方腓距前韧带线。如果足跖屈位内翻跟部，可在外踝前下方有剧烈疼痛，而由于外侧韧带中的跟腓韧带未受损伤，足直角位内翻跟部、牵伸此韧带时，不产生疼痛。(4) X 线检查未见骨折。

第一组治愈 43 例，好转 6 例，未愈 1 例；第二组治愈 19 例，好转 1 例；第三组治愈 49 例，好转 1 例；本组病例治愈率为 92.5%。

讨 论

治疗方法 120 例随机分为三组。第一组 50 例，外敷跌打药膏，未固定，坚持行走活动。第二组 20 例，足直角位石膏固定 3~4 周，然后去石膏行踝关节功能锻炼。第三组 50 例，踝关节背伸外翻位“8”字交叉胶布条固定。用 4 厘米宽胶布条，从小腿前缘起缠绕，经内侧然后绕过足底向外侧，至小腿前外侧。外敷跌打药膏，允许早期行走。二周后去胶布，用中药熏洗，直至症状消失，关节功能恢复。

孤立的腓距前韧带损伤，由于受力较轻，临床表现局限，无骨折脱位现象、经短暂治疗和休息，肿痛开始消退，能忍痛行走，故往往不被医生和患者所重视。而损伤韧带愈合需要分离端良好的对位，其瘢痕量与止动的程度呈反比。分析本组病例，踝部给予有效固定治疗组，损伤韧带对位良好，修复后可恢复韧带原有结构，维持关节稳定，恢复原有功能。未进行固定病人，韧带损伤处对位差，具有广泛瘢痕形成，愈合后的韧带松弛而张力强度减低，踝关节因外侧不稳定，致慢性劳损。而采用不同的固定方法，对治疗结果无显著差异。

中药熏洗：方药组成：羌活 10g 独活 10g 川乌 10g 草乌 10g 海桐皮 10g 莪术 10g 透骨草 10g 路路通 10g 艾叶 10g 王不留行 10g 桂枝 10g 三棱 10g。药物加水后加热煮沸 20 分钟，先用热气熏蒸踝部，待水温稍减，将患足浸泡水中，并活动踝关节、每次 20 分钟，每天熏洗 2~3 次。

“8”字胶布固定踝关节在背伸外翻位，能使损伤韧带处于松弛状态，损伤端紧密接触，而早期的活动能促进局部血液循环，有利肿胀消退，避免石膏固定所致肌萎缩及关节粘连。后期的熏洗能疏导腠理，流通气血，舒松关节筋络，加速损伤关节的功能康复。其治疗时间较单纯的石膏固定明显缩短。故我们认为，“8”字胶布固定治疗组符合动静结合治疗原则，对维持损伤韧带良好对位，缩短治疗时间具有显著临床意义，其治疗效果较其它二组满意。

(收稿: 1996-12-16)