

正,改善了微循环,减少了根管周围组织缺血缺氧,渗出减少,有利清除致炎致痛物质,从而有效地增强镇痛效果。方中使用适量硫酸镁,解除细小血管痉挛,舒张根管周围血管,改善局部血供,同时抑制神经传导的兴奋性,达到止痛作用。维生素 B₁、B₁₂具有直接营养神经作用。利多卡因在碱性环境中作用较强,抑制神经兴奋性,增加局部供血使致痛因子浓度降低。第 2 组用药中的丹参具有较强的扩张细小血管作用,能显著改善

微循环,促进组织修复,对抗无菌性炎性粘连,消除组织水肿。

两组药液交替使用,有利于降低激素的副作用,减少不良反应发生率。

参考文献

1. 胡有谷. 腰椎间盘突出症. 北京: 人民卫生出版社, 1985: 220—221

(收稿: 1996—02—06)

跟痛症分型治疗 68 例

山西省孝义市中医院 (032300) 郭杰林

我院自 1993 年 2 月至 1994 年 10 月,分型治疗跟痛症 68 例,疗效显著,现报告如下。

临床资料

本组 68 例中,男 25 例,女 43 例;年龄 26~72 岁;发病时间 20 天~2.5 年,平均 1.2 年;左足跟 29 例,右足跟 30 例,双足跟 9 例,共 77 足跟。

分型治疗方法

1. 跟骨内压增高症型:先用热水泡足 20 分钟,擦干。将独角膏(辽宁省铁岭杜记膏药厂)热水浸软,摊于布上,跟骨后下方贴敷。每帖 5 天,20 天为 1 疗程。

2. 跟骨隆突周围炎型:氢化泼尼松注射液 25mg、2%利多卡因 5ml、红花注射液 2ml、注射用水 2ml 混合后跟骨隆突周围(痛点处)封闭,深达筋膜。每周一次,4 次为 1 疗程。

3. 跟骨骨刺型:用小针刀切削法。截取 \varnothing 3mm 克氏针 10cm,一端轧扁磨制成铲状,刀刃宽 5mm。患者俯卧于手术床上,患足垂于床边。严格按无菌程序操作,用 1%利多卡因痛点周围和进刀处局麻,于隆突(痛点)后方约 2cm 处纵行刺入针刀,改刀刃平行、刀柄与跟骨纵轴线呈 45 度角方向向前推进,抵骨质后,用刀刃触感骨赘顶部,然后将刀刃移置于骨赘腰部(参考 X 线片),用小锤轻击刀柄,有落空感后将刀退回,分别沿内侧、外侧呈扇形切削 2~3 刀,退出针刀,压迫止血,无菌包扎。不需缝合。

治疗结果

1. 疗效评价标准:优:疼痛完全消失,1 年内无复发;良:疼痛基本消失,不影响行走活动,1 年内无加重;差:疼痛有所减轻,仍影响行走活动,或治疗优良者短期内复发。

2. 治疗结果:跟骨内压增高症型 42 足,经 1~4 帖

(平均 2.9 帖)独角膏贴敷,优 25 足,良 15 足,差 2 足;跟骨隆突周围炎型 26 足,封闭 1~3 次(平均 2.6 次),优 17 足,良 8 足,差 1 足;跟骨骨刺型 9 足,经 1 次切削治疗,优 7 足,良 2 足。总优良率为 96.1%。

讨 论

1. 跟骨内压增高症型:跟骨内压增高是由于跟骨内静脉瘀滞,血流动力学改变而造成的^[1]。诊断的主要依据是:(1)明显的休息痛和/或夜间痛;(2)跟底无确切的压痛点,大部分有跟部叩击痛;(3)X 线片跟骨一般无明显突出的骨赘。应用独角膏局部贴敷,能够活血化瘀,改善跟部血液循环,促进静脉回流,降低跟骨内压,消除疼痛。该疗法简便易行,很受患者欢迎。

2. 跟骨隆突周围炎型:跟骨隆突是足固有肌和跖筋膜的起点,由于长期的疲劳损伤和自身修复,致跟骨隆突增生,肌筋膜肥厚水肿,滑囊形成,同时刺激跖神经,引起疼痛。这些病变可以某一结构为主,也可同时存在。其病理特点是跟骨隆突周围的慢性无菌性炎症^[2]。诊断的主要依据是:(1)疲劳性跟痛,休息后减轻;(2)跟底有确切的压痛点;(3)X 线片跟骨可无或有明显突出的骨赘,但骨赘的长径线与跟骨纵轴线的内夹角 <40 度。用利多卡因、氢化泼尼松、红花混合液隆突周围封闭,可消除无菌性炎症,改善局部血液循环,解除跖神经的激惹状态去除疼痛。该法操作简单,见效较快。

3. 跟骨骨刺型:跟骨骨刺是引起跟痛的一个原因,但不是必然原因。这不主要取决于骨刺的大小,更重要的是取决于骨刺的方向^[3]。笔者体会,其骨刺的长径线与跟骨纵轴线的内夹角 <40 度(称平行型骨刺),一般不是引起跟痛的直接原因;而内夹角 >60 度(称垂直型骨刺),由于骨刺与地面的合压力而导致跟部负重性疼

痛。诊断的主要依据是：(1) 负重性跟痛，去重后减轻；(2) 跟底有确切的压痛点及硬结感；(3) X 线片跟骨骨赘明显突出，且其长轴线与跟骨纵轴内线内夹角 $>60^\circ$ 。采用小针刀切割法，不仅可部分削除骨赘，减小机械压力，同时可松解隆突周围的筋膜等软组织，缓解跖神经的压迫。

参考文献

1. 郑召民, 等. 骨内高压与活血化瘀. 中国中医骨伤科

1994; 2 (3): 43.

2. 刘强, 等. 足跟痛的病理分类和中西医结合治疗. 中国中医骨伤科 1995; 3 (5): 18.

3. 范炳华. 推击法治疗增生性跟痛症. 中国骨伤 1995; 8 (4): 40.

(收稿: 1996-03-01; 修回: 1996-08-30)

髋关节后脱位合并髌臼骨折

内蒙古自治区包头市第二医院 (014040)

姚传博 郭培刚 胡建军 李跃蒙 韩 德 戎英军 郝建军

1990~1995 年我们收治外伤性髋关节后脱位合并髌臼骨折 8 例, 现总结如下。

临床资料

髋关节后脱位合并髌臼骨折的 8 例中, 男 7 例, 女 1 例; 年龄 22~48 岁; 右髌 5 例, 左髌 3 例。均为乘坐在行驶汽车内的司机和乘客, 由车祸致伤。依 Judet—Letournel 分类法^[1], 髌臼后柱骨折 2 例, 后壁骨折 3 例, 后柱后壁骨折、粉碎性骨折、白顶骨折各 1 例。合并: 血气胸、颅内血肿、肝破裂、坐骨神经损伤各 1 例。8 例全部做了骨盆前后位、闭孔斜位和髌骨斜位 X 线片; 因 X 线片难以确切判断骨折块大小、位置, 2 例选择性地做了 CT 检查, 发现后壁骨折块大于后壁的 1/3 和关节间隙内有游离骨片。

治疗方法

1. 非手术治疗: 本组非手术治疗 2 例, 即在腰麻或 K—D 麻醉下整复髋关节后脱位, 复位后髌臼骨折亦对位良好, 关节活动良好, 再行股骨髁上牵引 6~8 周, 4 周起做髋关节功能锻炼, 3 个月后待骨折愈合后负重活动。

2. 手术治疗: 适应症: (1) 髌臼后壁骨折块超过整个后壁 1/3; (2) 髌臼粉碎性骨折; (3) 其他严重合并症存在, 必须早期治疗, 从而延误了髋关节后脱位髌臼骨折的治疗, 时间达 2 周以上; (4) 关节间隙内有游离骨片。本组 6 例手术内固定中, 后柱、后壁和后柱后壁骨折 4 例使用后侧切口, 粉碎性骨折和白顶骨折 1 例使用改良的 Smith—Petersen 切口, 内固定材料为松质骨螺钉、克氏针、肠线等。1 例粉碎性骨折并发生坐骨神经不全损伤, 术中予以修复。术后股骨髁上牵引 12 周, 术后 4 周起做髋关节功能锻炼。

治疗结果

8 例全部随访, 随访期 7 个月~5 年 2 个月。结果: 复位满意及髋关节功能优良 5 例, 复位基本满意功能尚可 2 例, 复位不良发生髋关节创伤性关节炎及坐骨神经不全麻痹 1 例 (此例为粉碎性骨折并坐骨神经不全损伤)。

讨 论

1. 发生机制: 本组均是汽车内乘坐的司机、乘客, 故受伤时处于屈髋屈膝位, 暴力来自前方或侧前方, 使股骨头、颈直接撞击髌臼后壁或白顶而迫使髋关节后脱位。其中暴力较小者未造成髌臼骨折, 而暴力大和集中者撞破髌臼后壁骨质冲出髋关节。

2. X 线检查手段应规范、完善: 早期我们使用骨盆前后位 X 线检查做出诊断, 决定处理。因认真体检, 加以仔细读片, 及分析受伤机制, 故诊断及处理尚没出什么问题。近年来翻阅文献^[2,3]得到提示: 上述手段过于粗糙。故近年加用了闭孔斜位和髌骨斜位 X 线片, 借以更加完善地了解髌臼骨折程度、范围, 对治疗带来更多帮助。

3. CT 检查的重要性: Mayo 指出^[4]: CT 可较好地显示关节腔内游离骨块、关节面边缘压缩、后壁骨折块大小、骨折移位和股骨头损伤等情况。本组 2 例手法复位后牵引治疗中改善不明显, 选择性地使用了 CT 检查, 发现后壁骨折块旋转过大和关节内有碎骨片, 遂进行了手术治疗, 取得良好结果。近期对髌臼骨折我们把 CT 检查列为常规检查。

4. 关于手术问题: 本组 2 例非手术治疗为早期病例, 疗效仅为尚可。主要原因是复位不良。所以近一、二年我们对切开复位内固定手术持积极态度。手术 6