

良鲁克哈氏棒固定29例, 单用双哈氏棒固定19例, 术中行全椎板减压19例, 改良有限椎管探查减压11例。术后31例不完全性截瘫患者中, 神经功能14例由术前Ⅰ级恢复至Ⅳ级, 10例由Ⅳ级恢复到Ⅴ级, 7例由Ⅲ级恢复到Ⅳ级。17例完全性截瘫的患者仅有3例由Ⅰ级恢复至Ⅲ级, 2例由Ⅰ级恢复至Ⅴ级, 12例无改进。

本组65例中, 23例应用哈氏棒病例中发生脱钩2例, 断棒1例; 42例改良鲁克哈氏棒病例中, 发生脱钩2例, 单节钢丝折断1例。

讨论 改良鲁克哈氏棒节段钢丝内固定的特点: 它既具有哈氏棒纵向牵伸力又具有鲁氏棒着力点分散, 不易脱钩和断棒的优点。我们在临床应用中将钢丝从棘突根部打孔穿过, 把两棒分四个节段固定在棘突根部两侧及椎板上缘形成坚固的双柱支持。

改良了钢丝从椎板下穿过的传统术式, 完全避免了由椎板下穿取钢丝而引发的并发症。Lugue 曾报告椎管内固定暂时性损伤达46%, 尤以鲁克技术多见。本组应用改良术式42例, 不仅未发生一例脊髓损伤, 也为术后取棒及钢丝创造了一个安全、方便的条件。

改良鲁克哈氏棒联合应用, 由于受力均匀, 具有良好的复位和稳定坚强的内固定作用, 使棒、椎板与棘突紧密相连, 在三方力的作用下, 既可保持脊柱的稳定性又可矫正畸形、侧弯及旋转畸形。因此本法对抗脊柱伸、屈、侧弯均优于单用哈氏棒。本组应用42例, 90%以上获得满意的矫形复位, 且本法术后不用外固定, 能早期下床活动, 方便护理, 利于康复, 减少和防止了并发症。

早期椎板减压的选择及改进: 对脊柱损伤是否早期手术减压, 历来认识不一。传统椎板减压术已被放弃, 在实践中我们体会到, 有无椎管压迫是关键, 倘若椎管无骨块嵌入及血肿压迫, 虽有脊髓受压, 若能有效的矫形复位, 恢复椎管口径, 解除椎管内压迫, 就是最有效的减压, 本组65例中, 有35例未做椎管减压, 随访显示, 其疗效无明显差异。凡椎管内有骨与软组织嵌入致脊髓受压者, 应尽早手术, 清除嵌入骨及软组织, 因只有解除对脊髓神经组织的压迫, 功能恢复才有可能。除此之外均不作椎板减压术, 椎板减压不仅加重了损伤, 亦使脊柱的稳定性遭到破坏。

关于术后并发症, 本组65例中术后发生并发症6例, 占10.71%, 其中单纯哈氏棒固定23例发生断棒1例, 脱钩2例, 占13.04%; 改良鲁克哈氏棒应用42例, 发生脱钩2例(上、下钩各一), 单节段钢丝折断1例, 占7.14%。可以看出改良鲁克哈氏棒联合应用, 并发症明显降低, 而且既便脱钩或钢丝折断, 由于多节段

坚强固定, 仍比较可靠, 显示出二者合用的优越性。
(收稿: 1995—07—21)

锁骨骨折经皮穿针内固定 15例

贵州省黔东南州中医院 (562400)

廖旭方波

我院自1994年5月以来, 采用经皮穿针内固定治疗锁骨新鲜闭合骨折15例, 疗效满意。

临床资料 本组15例中, 男12例, 女3例; 年龄22~45岁; 受伤至就诊最短5天, 最长13天; 均为闭合骨折, 重叠移位, 其中远端骨折2例, 中段骨折13例。

手术方法 术前行常规骨科备皮3天, 青霉素80万u, im, Bid。颈部肌间沟阻滞麻醉。患者取仰卧位。肩部常规消毒、铺巾。在X线监视器下进行以下步骤: 持骨器于远折端2cm处经皮沿锁骨钳夹提起远段, 将2~2.5mm骨圆针经皮穿入远端髓腔内, 向外钻, 在肩峰后3cm内、肩胛冈上缘穿出皮肤, 向上提起远段整复骨折复位, 钢针顺行穿入近折段髓腔2~3cm。将针尾折弯剪断, 埋于皮下。无菌敷料包扎针孔。观察有无呼吸困难或皮下血肿发生。三角巾悬吊患肢, 3周后解除。锁骨远端骨折者, 将近端按压复位, 钢针自肩峰直接进针, 穿入远、近段髓腔固定。

术后抗生素治疗1周, 留针出院。术后1月复查骨折愈合情况。术后2月拔出钢针。

治疗结果 本组经闭合穿针内固定治疗的15例中, 13例达解剖或近解剖复位, 成功率达87%; 2例因远折段纵形劈裂呈粉碎骨折而改行切开复位, 加用粗丝线捆绑固定。全部病例骨折均在2个月内愈合拔针。无一例感染。

讨论 经皮穿针内固定治疗锁骨骨折是1943年 Godard 首先使用的, 以后此法很少报道。1990年以来, 我国山东、湖南等一些医院开始试行采用此法, 已取得了一些经验。我们认为, 经皮穿针内固定治疗锁骨骨折是值得推广的治疗方法。它的优点是: 能达到切开复位内固定的效果, 获得骨折解剖或近解剖复位和坚强内固定; 不过多地破坏骨的营养床, 有利于骨痂生长; 避免了切开复位的缺陷, 如感染、手术疤痕、骨不连等; 治疗费用低, 病人痛苦少。缺点是需使用X线监视器, 但若操作熟练, 可脱离X线监视器操作。

经皮穿针的几个要点: (1) 严格无菌操作, 一切按切开复位手术要求进行, 避免医源性骨感染; (2) 钢

针选用2~2.5mm即可达到锁骨内固定,钢针太粗操作困难,且易造成骨折延迟愈合;(3)术中应尽量使患者扩胸,可于肩下垫枕,否则不易夹住锁骨远端。持骨器应紧贴锁骨向下钳夹,过深易损伤神经血管及胸膜;(4)出针应在肩峰内3cm,肩胛冈上缘,使远折端有一定活动度,便于骨折复位。入近侧端髓腔2~3cm即可,太深易造成胸廓出口综合征。

(收稿1995—08—15)

挑刺法治疗顽固性肱骨外上髁炎

山东省聊城地区人民医院 (252000) 赵建彬

我院自1990年4月以来,应用挑刺法治疗顽固性肱骨外上髁炎47例,取得满意疗效,现报告如下。

临床资料 本组47例中,男28例,女19例;年龄21~61岁;左侧17例,右侧28例,双侧2例;病程1.5~14个月。施术前均经醋酸强地松龙——普鲁卡因局部封闭治疗2个疗程(6次)以上,疗效不好或反复发作。

治疗方法 取屈肘90°位,术区常规消毒,定准痛点位置后,用1%普鲁卡因或0.5%利多卡因局部麻醉,然后用小针刀垂直刺入痛点皮肤,直达伸肌总腱附着点,刀尖以痛点为圆心向周围剥离,范围直径约5~6mm。伤口用无菌纱布包扎。术后即可开始肘关节活动。

治疗结果 施术后症状完全消失,经半年至2年随访,无1例复发,肘关节功能良好。

讨论 肱骨外上髁炎俗称网球肘,是一种前臂伸肌起点特别是桡侧伸腕短肌的慢性积累性撕拉伤,局部形成瘢痕粘连,使从伸肌总腱深处发出、穿过肌筋膜和深筋膜、进入皮下的细小血管神经束受卡压^[1],因而造成肱骨外上髁部位的疼痛,血管神经束就在穿过肌筋膜处受卡压,压痛点也就在此处。我们认为小针刀挑刺剥离可以松解和切断该血管神经束,从而缓解疼痛,取得疗效。另外,我们还体会到凡用局部封闭治疗1个疗程后,观察1~2周效果不好者,或近期有效后期又复发者,均应改用此法。

参考文献

1. 裘法祖(主编). 外科学. 第3版. 北京: 人民卫生出版社 1990: 828.

(收稿: 1995—05—09)

髋伤汤加手法治疗小儿髋关节滑膜炎

福建省南安市医院 (362300)

陈志生 侯娜菲 潘翠城

笔者用自拟髋伤汤加手法治疗小儿髋关节滑膜炎,现将有完整临床资料的42例总结如下。

临床资料 本组42例中男27例,女15例;年龄1~13岁;左髋25例,右髋17例;其中25例有明显外伤史,32例以膝上疼痛为主诉就诊。每例均经拍片,检查血常规、血沉,排除髋部骨折、骨结核、股骨头无菌性坏死、髋关节化脓性关节炎、风湿热等。病程最短5天,最长22天。

治疗方法 1. 中药(髋伤汤): 黄芪、地龙、赤芍、当归、川芎、牛膝、薏米、双钩藤、丹参、木瓜、羌活、甘草等,水煎服,每天一剂,5天为一疗程,疗程间隔3天。

2. 手法: 先以轻手法按髋部、臀部,使其肌肉放松,并逐渐活动髋关节。范围慢慢加大,再突然屈髋屈膝至最大限度,停留1~2分钟。腿长者(假长)作内收内旋,短者(假短)作外展外旋,最后伸直大腿,再以轻手法理筋。无明显长短者,即以理筋手法,活动髋关节,最后伸直大腿。

3. 注意事项: 嘱患者家属,尽量减少患者的跳、跑等活动,最好是卧床休息。

治疗结果 疗程最短5天,最长22天,均告治愈。双下肢等长,疼痛消失,行走正常。

体会 小儿髋关节滑膜炎有多种名称,有多种致病原因,但由外伤引起的比例很高,应予重视。

髋伤汤脱胎于补阳还五汤,以补气活血加舒筋活络药。笔者在治疗病例时,起先黄芪用量偏少,结果恢复不佳。加大黄芪用量后,效果即明显。其后治疗中,均重用黄芪。故笔者认为小儿髋关节滑膜炎的治疗原则应以“补气活血,舒筋活络”为宜。

(收稿: 1995—04—24)

损伤散治疗急性软组织扭挫伤

成都人民北路五冶医院 (610081) 陈德明

1993年9月~1994年9月,运用我院自制的损伤散外敷治疗急性软组织扭挫伤345例,经临床应用和验证取得较明显的效果,现报告如下。