

Kenneth 等^[8]认为牵引剂量应以 5~10kg 为宜,最大可到 12kg,每日牵引 10~20min 即可。我们应用的是坐位牵引法,考虑到头的重量,选择了 8~15kg 牵引力。

由于手法治疗的方法多样,差异较大,且有发生严重并发症的报导^[8],所以我们未考虑使用这一手段。

我们所收治并有效的病例有如下特点:多为中老年患者,无严重的伴随症状,往往伴有低血压,颈椎退行性变以中下颈段为主,血管多普勒超声检查多显示颈动脉粥样硬化,双侧椎动脉管径不等,脑血流图转颈试验阳性。这些特征似乎与此类眩晕的发生机制有关。

另有 2 例患者(未在此组资料中),有颈椎退行性变和眩晕,但经牵引治疗无效,后来发现,一例患脑胶质瘤;另一例眩晕与服降压药物有关,停药后眩晕消失。这 2 例牵引治疗无效者从另一角度说明,牵引只对颈椎退行性变性眩晕有效。

我们的工作还比较肤浅,由于条件所限未能做治疗前后各种辅助检查对比观察。但提示对于颈椎退行性变合并眩晕,而又无神经系统及前庭外周器官器质性病变者,可用颈椎牵引治疗。

参考文献

1. 第二届颈椎病专题座谈会纪要. 中华外科杂志, 1993; 31

(8): 472.

2. 王穗等主编. 颈性眩晕. 耳鼻咽喉科病案集. 第 1 版. 北京: 人民卫生出版社, 1989; 236

3. 张素珍等. 椎—基底动脉供血不足性眩晕. 中华耳鼻喉科杂志, 1993; 28 (3): 138

4. 李学佩. 美尼尔氏病. 神经耳科学. 第 1 版. 贵州: 科技出版社, 1991; 175

5. 赵宝麟主编. 颈椎病的分类及诊断治疗原则. 脊柱外科学. 第 1 版. 上海: 科学技术文献出版社, 1996; 198

6. 史玉泉等主编. 椎管狭窄性脊髓及脊神经根病变. 实用神经病学. 第 2 版. 上海: 科学技术出版社, 1992; 337

7. Scott et al. Conservative treatment. In Rothman et al (eds); The Spine. Philadelphia; W. B. Saunders Company, 1992; 591

8. Kenneth K, et al. Neck pain. In Kelley WN, et al(eds); Textbook of rheumatology. Philadelphia; W. B. Saunders Company, 1993; 397

9. Livingston MCP. Spinal manipulation causing injury (a three year study). Clin orthop, 1971; 81; 82

(收稿: 1997-04-28 修回: 1997-08-15)

中西医结合治疗膝骨性关节炎

河南省禹州市人民医院 (461670)

黄聚恩 程敬伟 李金玲

我科应用胫骨近端钻孔减压配合中药熏洗治疗膝骨性关节炎 68 例, 取得满意疗效, 现报告如下。

临床资料

本组 68 例中男 48 例, 女 20 例; 年龄 50~70 岁; 双侧 18 例, 单侧 50 例, 病史 6 月~30 年。诊断依据: (1) 髌骨下疼痛: 主动伸屈膝关节时可引起髌骨下摩擦音及疼痛, 被动伸屈时则有嗒嗒音, 有的出现交锁现象, 髌骨压痛和研磨试验阳性。(2) 关节反复肿胀, 畸形: 可出现内翻或外翻畸形, 多合并有关节积液, 浮髌试验阳性。(3) X 线检查: 所有病例均经 X 线片证实膝关节有明显的退行性改变, 根据 Ahlback 的 X 线分级标准^[1]: ①关节间隙狭窄(50%关节软骨磨损), 本组 38 例; ②关节线消失, 本组 12 例; ③轻度骨磨损(磨损 < 0.5cm), 本组 9 例; ④中度骨磨损(磨损 0.5~1.0cm), 本组 6 例; ⑤严重骨磨损及关节半脱位, 本组 3 例。(4) 化验检查: 血、尿常规, 血沉及抗“O”一般

均在正常范围, 关节液可见有白细胞, 但均无细菌生长。

治疗方法

1. 常规消毒铺无菌单。在胫骨结节上 2cm 内侧并列选择两点, 间隔 3cm。局麻后用尖刀切开皮肤约 1cm, 用 4mm 的钻头向后外钻孔, 两孔平行, 以不穿透对侧骨皮质为度, 以免损伤血管神经。钻孔后用生理盐水反复冲洗, 不缝合切口, 仅用无菌纱布敷盖即可。

2. 中药熏洗: 钻孔减压后第 3 天开始用中药熏洗。自拟方: 伸筋草 15g, 透骨草 15g, 五加皮 15g, 威灵仙 15g, 木瓜 15g, 牛膝 15g, 泽兰 15g, 防己 15g, 木香 15g, 丹参 15g, 当归 10g, 乳香 10g, 没药 10g, 川芎 20g, 桃仁 10g, 红花 10g, 秦艽 10g, 羌活 10g, 元胡 10g, 草乌 10g, 川乌 20g, 地龙 10g, 桂枝 10g。每天一剂, 用 3000ml 水煎, 早晚各一次, 熏洗 30~60 分钟。10 天为一疗程, 一般 1~2 个疗程即可。

治疗结果

1. 疗效标准: 痊愈: 肿胀疼痛完全消失, 膝关节功能活动恢复正常或接近正常; 好转: 疼痛明显减轻, 肿胀消失, 膝关节功能有所改善。

2. 结果: 痊愈 46 例, 好转 22 例, 有效率 100%。

讨 论

膝关节骨性关节炎多发于老年人, 病因较多, 主要表现为膝关节疼痛, 肿胀, 功能障碍及畸形等。中医认为多属肝肾两虚, 筋骨失荣, 加之外伤劳损或风寒湿邪侵袭, 留注关节所致。现代医学则认为膝部受到急慢性损伤, 软骨基质成分的改变或营养障碍^[2], 以及骨内高压^[3], 均可引起膝关节的疼痛和增生。我们在临床上观察到膝骨性关节炎, 骨质增生累及各个关节面, 尤其是胫骨平台内外侧骨质增生最为显著。认为胫骨平台应力较大, 极易损伤关节软骨, 骨质本身的损伤, 导致髓内压力升高。我们选择在胫骨上端钻孔减压, 以调节胫骨上端的血液循环和应力分布, 进而改善膝关节内环境, 降低骨内压力, 缓解疼痛。再配合活血化痰、理气

止痛、祛痰散结、行水利湿之方药进行熏洗, 促使局部血管扩张, 血运增加, 代谢增强, 加快有害物质的清除, 促进炎症和瘀血的吸收。还可提高机体免疫力, 从而使肿胀消失, 疼痛缓解。

胫骨上端钻孔减压配合中药熏洗治疗膝骨性关节炎有以下优点: ①手术创伤小, 特别适用于合并有其它疾病的老年人。②操作简单, 局麻下手术只要有骨钻就可开展, 但要严格无菌操作, 预防副损伤。③中药熏洗避免了内服中药的脾胃损害, 病人乐于接受。而且不需要住院, 方便了病人, 减轻了病人的经济负担。

参考文献

1. 陆裕朴, 胥少汀, 葛宝丰, 等. 实用骨科学. 第 1 版. 北京: 人民军医出版社, 1991: 1439
2. Arnoldi C. Patella pain. Acta Orthop Scand 1991; 62 (suppl 244): 1
3. Kiær T. Bone perfusion and oxygenation. Acta Orthop Scand 1994; 65 (suppl 257): 25

(收稿: 1997-04-21)

折顶法治疗前臂双骨折

四川省泸州市中医医院 (646000)

杨道银 唐中尧 陈茂辉 李宣隆

我们从 1990~1996 年采用折顶手法整复治疗前臂双骨折 73 例, 疗效满意, 现报告如下。

临床资料

本组 73 例中, 男 57 例, 女 16 例; 年龄 2.4~49 岁, 平均 15.5 岁。双骨折断端均有明显移位 46 例, 双骨折单骨移位 27 例 (全部为桡骨移位、尺骨无明显移位)。上 1/3 骨折 4 例, 中 1/3 骨折 26 例, 下 1/3 骨折 43 例。骨折线在同一平面或接近同一平面 64 例, 骨折线不在同一平面 9 例。伤后 1 天内就诊 51 例, 1~5 天内就诊 14 例, 7 天以上就诊 8 例。伤后经其它医院多次整复失败后再来就诊者 16 例。

治疗方法

1. 复位: 首先顺势拔伸牵引, 同时屈肘 90°前臂置于旋前位, 与肩平行 (此体位实际上在前臂置于胸前时是中立位)。在持续牵引的同时施行舒筋、理筋手法, 防止肌腱、筋膜嵌入断端, 继之则先纠正断端的尺桡侧移位, 将骨折移位类型均纠正成掌背侧移位。术者将双拇指置于骨断端背侧 (若远端向背侧移位拇指压远端, 远端向掌侧移位则拇指压近端), 余四指置于掌侧, 在夹

挤分骨的同时, 逐渐加大断端向掌侧成角, 可达 60°左右时, 可有断端皮质骨相接触的骨擦感时, 迅速反方向折顶, 此时双手四指从掌侧将断端顶向背侧方向可成角 5°左右再恢复成 0°角。复位后再次舒筋、理筋, 以恢复肌腱、组织解剖关系, 同时检查断端对位及稳定情况。有条件时可在 TV-X 光机下复位、检查, 位置不佳可再行第二次相同手法。若只有桡骨移位时, 对未移位尺骨可以使断端成角, 但不应加用过大力度折顶远、近端, 本组 27 例桡骨移位尺骨未移位者, 施行此整复手法, 未移位尺骨并未再移位。

2. 固定: 本组全部采用自制杉树皮小夹板外固定。无外伤者同时外敷中药活血接骨散 (医院制剂)。采用四块夹板超腕关节固定, 外缠绷带过虎口, 借用西医管型石膏固定过虎口的原理, 以增加固定的稳定性。本组所有病例均未使用分骨垫。固定好后置前臂于中立位, 并置于带柱中立位托板上, 防止前臂旋转引起移位, 鼓励患者从即时起开始逐渐进行握拳、伸指功能锻炼。

治疗结果

本组 73 例中, 70 例复位成功, 且多数为一次复位