

线片定位。手术在床边进行。常规皮肤消毒，铺无菌手术单，在大粗隆下做一纵行约 3~5cm 切口，根据定位标志，在股骨干夹角 130°~150°方向，从粗隆部经颈向股骨头打入 3~4 枚 Ø3.5mm 骨圆针。注意三针成“品”字型打入，两针间 5°~10°夹角。当针进入股骨头感阻力增加时再进入 1~2cm 即可，再次床边摄片，调整进针深度至满意后将骨圆针尾端剪短折弯置于骨皮质外，缝合切口。

术后常规预防感染治疗，对于 CardenII 型中立位皮牵引 2 周左右。III、IV 型皮牵引 3~4 周，去除牵引后床上活动锻炼，术后 4~6 周鼓励患肢不负重下地活动。间隔 1~2 月摄片一次，骨折完全愈合后（6 月~12 月）拔除内固定。

**治疗结果**

36 例均随诊，时间 1~5 年，II 型 28 例全部愈合，III、IV 型除各一例骨折愈合后出现股骨头塌陷、局部坏死外，其余均愈合。愈合病例均能进行伤前日常生活活动。2 例术后出现内固定松动，骨圆针退至皮下。

**讨 论**

1. 多针穿刺术内固定优点：3~4 枚骨圆针在股骨矩及张力、压力骨梁中穿过并交叉固定，与髋关节力线一致，能增强骨圆针的固定作用及耐疲劳性。各针截面成三角形，扩大了固定截面积，有较强的抗旋转能力。有实验证明，多针固定较三刃钉、加压螺纹钉固定能更好的抗骨折面间剪力产生所致错位，并在抗骨折面间旋转移位及内固定强度方面均有优越性<sup>[1]</sup>。另外，因骨圆针相对细小，对骨结构破坏少，与开放复位内固定比较，不破坏股骨颈周围血管，对股骨头残存血供影响小，有利于骨折愈合。且多针固定对骨折处应力传递干扰少，应力遮挡作用小，对骨折坚强愈合非常有利。

2. 多针穿刺内固定对老年股骨颈骨折治疗优点：本组平均年龄 78 岁，已属高龄。其股骨头坏死，骨不连，髓内翻等并发症更易发生。另外还易并发坠积性肺

炎，泌尿系统感染，褥疮等症。加之年老体弱，多伴有心、肺、脑、肾等重要器官及代谢疾患。临床治疗有其特殊要求。本法在局麻下进行，创伤小，手术时间短，感染发生机会小，老年病人易耐受。与单纯牵引复位治疗比较，能明显减少卧床时间，提早进行功能锻炼，方便护理。尽管老年人骨质疏松明显，过早下地锻炼易引起内固定针的松动与滑移，会影响骨折愈合。但这与长期卧床引起的危及生命的并发症相比，与高龄患者治疗后功能恢复所要求达到程度而言，这是次要的。

3. 多针穿刺内固定治疗的注意事项：(1)良好的复位与稳定的固定是骨折愈合的关键。本组术前经牵引治疗及手法整复后均能达到满意复位，牵引中除注意矫正短缩移位外，应防止过牵，以免对股骨头血供产生更大损害。正确的进针决定了固定的稳固性。骨圆针穿刺角度一般与股骨干夹角为 130°~150°，穿刺针力求方向与股骨矩、张力骨梁、压力骨梁方向一致，以达到仿股骨颈部悬臂樑样结构<sup>[2]</sup>，更好地克服骨折端的张力、剪力及压力。同时多针多点固定，以抗骨折端的旋转力，从而能达到较稳固的固定。(2)由于骨圆针无防滑措施，故术中穿针固定尽量一次完成，防止反复进退，否则易引起内固定松动及滑移。(3)实验证明，股骨颈骨折患肢内收后，骨折部的弯距及剪力增加，骨折间的分离和错位量均有增加<sup>[1]</sup>。故术后应将术肢置于中立位，为防止髓内翻畸形，也可将术肢轻度外展，但应严格防止患肢内收。

**参考文献**

1. 蒋知节，程春生. 股骨颈骨折内固定治疗的生物力学研究. 中医正骨, 1991, 3 (1): 8
2. 霍洪军，温树正，刘万林. 等. 仿股骨颈结构多针内固定治疗头下型股骨颈骨折. 骨与关节损伤杂志, 1996, 11 (3): 164

(收稿：1997-12-01)

## 中西医结合治疗腰椎间盘突出症 82 例

方学韞 鲁遂荣

湖北医科大学第二附属医院 (武汉 430071)

我科自 1990 年 8 月~1997 年 8 月，采用中西医结合方法治疗 82 例腰椎间盘突出症，疗效满意，报告如下。

**临床资料**

本组 82 例均为住院病人，其中男 50 例，女 32 例；年龄 22~65 岁。病程 2 月~25 年。82 例均经腰椎 X 线片、腰椎 CT 扫描均显示腰椎间盘突出、腰椎间盘退行

性变或有不同程度椎管狭窄。

### 治疗方法

1. 82 例病人均辨证论治分为四型：血瘀型、湿热型、风寒型、肾虚型<sup>〔1〕</sup>。均用补肾逐瘀汤加味治疗，每日一剂。基本组方：黄芪 40g，当归 15g，川芎 12g，赤芍 12g，丹参 15g，桃仁 12g，红花 6g，乳没各 6g，穿山甲 10g，三七 6g，寄生 15g，枸杞 15g，玄胡 12g。血瘀型重用桃仁、红花、乳没；湿热型选用防己、黄柏、苡仁、秦艽；风寒型加用细辛、肉桂；肾虚加用牛膝、杜仲或六味地黄丸、金匱肾气丸。

2. 静脉滴注 25% 当归注射液 250ml 加丹参注射液 8ml，每日 1 次，20 天为一疗程。必要时口服 PCC 或西比灵镇痛。

3. 牵引治疗：患者仰卧于硬板床上，腰髂部缚好牵引带，抬高足跟一侧做对抗牵引，牵引重量及时间根据患者感觉调节，一般用 15kg，每次 30 分钟。

4. 硬膜外注射：患者俯卧或侧卧，L<sub>4,5</sub> 或 L<sub>5</sub>S<sub>1</sub> 棘突间作硬膜外注射 Kenacort A40mg 加 Lidocaine 2% 5ml (去炎松缩丙酮针剂 40mg 加利多卡因针剂 2% 5ml 加生理盐水稀释至 20ml)，2 周 1 次，注射 2 次。

### 治疗结果

1. 疗效标准：治愈：患者症状及阳性体征消失，直腿抬高试验正常，能正常工作和劳动。好转：患者症状减轻，病情稳定，阳性体征基本改善，能从事轻体力劳动。无效：症状及阳性体征无改善。

2. 治疗结果：82 例治愈 66 例，好转 14 例，无效

2 例，转外科手术治疗。总有效率达 97.6%。

### 讨 论

中医学认为腰椎间盘突出症多由风、寒、湿邪侵袭肌表，流注经络或因跌扑损伤，瘀血内停、经络闭阻，气血运行不畅而致病。因肾主骨，腰为肾之府，久病及肾导致肾虚血瘀。用补肾逐瘀汤为基本方，再辨寒热加味组方治疗。基本方重用黄芪益气升阳助血行。当归、川芎、赤芍、丹参、桃仁、红花、三七活血化瘀为治本之举。治痹用虫类药穿山甲搜风通络化瘀，搜剔诸邪。枸杞、寄生补肾。玄胡理气镇痛。组方谨严，补肾祛瘀血为治病求本之法。

现代医学认为腰椎间盘突出归纳为三型：早期膨隆型，中期碎裂型（神经根充血水肿、不同程度炎症及粘连），晚期退变型（椎间隙变窄）。多数作者在做腰椎间盘突出手术时，发现腰椎间盘突出附近神经根常充血水肿炎症变化<sup>〔2,3〕</sup>。硬膜外注射给药能降低毛细血管通透性、抑制炎症浸润和渗出，从而减轻充血，消退水肿，解除神经根受压及炎症，缓解疼痛。

### 参考文献

1. 陈贵廷. 实用中西医结合诊断治疗学. 第 1 版. 北京: 北京中国医药科技出版社, 1991. 1602
2. 马景昆. 强的松龙硬膜外封闭治疗腰椎间盘突出症. 中华外科杂志, 1981, 19 (9): 536
3. 田根胜. 骶管注药治疗腰椎间盘突出引起的腰腿痛. 颈腰痛杂志, 1997, 18 (3): 164

(收稿: 1998-01-15)

## 股骨髁上截骨术后屈膝受限的治疗及评估

方弘伟 董中卫 吴金萍\*

浙江省金华市中医院 (321017)

股骨髁上截骨术已被认为是股四头肌瘫痪引起的膝关节屈曲畸形矫治的简单有效方法，但术后所造成的膝关节屈曲受限也是最常见的并发症，自 1991 年 5 月起，我们分析了原因，并依之制定了提高膝关节活动度的治疗程序，疗效满意。

### 临床资料

从 1991 年 5 月~1996 年 4 月间，对因患小儿麻痹后遗屈膝畸形患者，施行了股骨髁上截骨术，经按程序治疗的共 62 例，其中男 38 例，女 24 例；年龄 13 岁~

32 岁；术前膝关节屈曲畸形：轻度 10°~30°，共 41 例，中度 30°~40°，共 15 例，重度 40°~75°，共 6 例。

### 治疗方法

手术采用股骨髁上“U”形截骨术，轻度畸形者作一次性截骨矫正。中度畸形者，术后再石膏分期矫正残余畸形。重度畸形先行软组织松解和骨牵引后再作截骨矫正，术后作管形石膏伸直位固定 4~6 周。拆除石膏后即行中药薰洗、功能练习和手法治疗等治疗程序。

中药薰洗方采用我院自制的温经通络散：川椒、白

\* 金华市人民医院