

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^[1]。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 PPCC 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_{4/5} 或 L_{5/S₁} 棘突间作硬膜外注射 Kenacort A40mg 加 Lidocaine 2% 5ml (去炎松缩丙酮针剂 40mg 加利多巴因针剂 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^[2,3]。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对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

芷、桂枝、海风藤、五加皮各 50g，苏叶、独活各 30g，艾叶、生草各 15g，伸筋草、透骨草各 75g。按比例研末。每次取 100g 冲泡于 1500ml 沸水中，将膝置其上薰蒸。待药液凉至 60°许时，用布浸药液外洗膝部，边洗边作以髌骨为主的膝周和伸膝装置的按摩，约 15 分钟后作屈膝运动练习。二周后再介入关节的牵伸运动，操作方法为先作伸膝装置的加力弹拨，再加力屈膝。动作宜缓而稳，用力持续以不引起剧痛为度。也可利用体重进行关节牵伸，如下蹲步、弓箭步等屈膝。训练后用阔布带作屈膝位固定。治疗分早晚二次，每次训练时间和强度依患者具体条件而定。训练后不引起关节的明显肿痛为原则，如训练连续 5 天屈膝度数不再增加时，疗程结束，共需 2~4 周。

治疗结果

随访时间为 6 月~4 年 11 个月，平均为 2 年 3 个月。结果显示：优： $(\alpha+5^\circ)-0^\circ-0^\circ$ 共 42 例，占 67.7%；良： $(\alpha-5^\circ)-0^\circ-0^\circ$ 14 例，占 22.6%；差： $(\alpha-15^\circ)-0^\circ-0^\circ$ 6 例，占 9.7%。 α 角系理论上通过治疗所能达到的最大屈膝度数。

讨 论

影响术后屈膝活动的原因，首先是因伸膝肌瘫痪，屈膝与伸膝肌力失衡，致使膝关节长期处于屈膝位，导致关节发育异常膝关节畸形、关节韧带等挛缩，使关节活动度下降，即术前即丢失了一个屈膝角度。而截骨手术在解剖学上造成了一个后倾角，它阻碍了屈膝，其受

限角度正是截骨形成的向前反屈角。其次，术后膝关节的长期石膏固定造成二个病理改变，一是软组织在伸膝位发生粘连挛缩，手术创伤加重了这种病理改变，如术中伤及髌上囊及关节囊等造成膝关节积血者，甚至可发生关节纤维性僵硬。其二是股四头肌瘫痪，加之残存肌萎缩，肌泵功能不能充分发挥，而静脉、淋巴管的萎缩，也加重了循环不良，导致肢体肿胀明显，是阻碍屈膝运动的另一原因。

中药薰洗方具有温经通络，消肿止痛之功，经沸水冲泡薰洗，药性借助热力的渗透，使血管扩张，加速血液及淋巴液回流，气血通畅而使水肿减退疼痛缓解。薰洗后膝关节有滑利柔软感。

屈膝功能练习可恢复残存肌肌力，初步松懈软组织间及关节内的粘连。因肌肉收缩发挥了肌泵作用，组织液的回流又减轻了肢体肿胀。练习应循序渐进。拆石膏后开始两周练习尤为重要，因此时骨痂生长尚不坚固，不足以胜任关节的牵伸运动，而术后粘连又不甚易解。经薰洗和练习后，轻度的粘连挛缩均能大部解除，屈膝活动度可恢复 60%~80%，疗效明显。

二周后，骨痂坚强，可胜任关节牵伸力的冲击。关节牵伸运动是利用外力和体重等进行强力屈膝，使粘连、挛缩较甚的组织得到松解和牵伸，而手法后屈膝位固定，又可使松解的组织处于伸屈位，防止再粘连挛缩，巩固了屈膝角度。

(收稿：1997-03-06)

钢丝张力带固定治疗新鲜重度肩锁关节脱位

马兆强 邓中虎 于晓峰 林振伟

山东省威海市文登中心医院 (264400)

我院自 1992 年以来应用钢丝张力带固定治疗新鲜重度肩锁关节脱位 32 例，经 1~3 年随访，疗效满意。

临床资料

本组 32 例中男 27 例，女 5 例；年龄 23~48 岁。左侧 18 例，右侧 14 例。伤后来院时间均在 3 周以内。其中 5 例为在外院行保守治疗失败者。

本组病例均有伤肩局部疼痛，伤肢无力，肩关节活动障碍。查体：局部肿胀，锁骨外端隆起，肩部外形为“阶梯状”畸形，锁骨外端上下及前后活动范围增加，局部压痛明显。术前 X 线片显示：肩锁关节分离均大于 1.0cm，锁骨喙突间距均比正常侧大 5mm 以上(正常为

1.1~1.3cm)。按肩锁关节脱位程度分类，本组均为重度肩锁关节脱位。

治疗方法

患者平卧，患肩垫高。局麻或肌间沟阻滞麻醉。以肩锁关节为中心做一“~”切口，长约 6cm，显露脱位的肩锁关节，切除损伤的关节软骨及嵌入关节的软组织，距锁骨外端 2.0cm 处横行钻一骨孔，穿入一根直径 0.5mm 的软钢丝备用。解剖复位肩锁关节。由肩峰向锁骨远端钻入 2 枚直径 1.5mm 的克氏针，穿入锁骨外端 2~3cm 即可。针尾折弯后咬除多余部分。将钢丝在肩锁关节表面做“8”字交叉后绕过克氏针尾拉紧打结，针尾留于皮下。修复肩锁韧带、关节囊。斜方肌和三角