

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, 边洗边作以骸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, 如术中伤及骸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

肌的边缘在锁骨上及肩峰处褥式缝合修复。闭合切口。术后即可作小幅度肩关节活动。三角巾悬吊 2 周后,可渐进性作肩关节各方向的活动。6~8 周取出钢丝张力带。

治疗结果

术后随访~3 年。疗效评定:优:术后无痛,无畸形,肩关节功能恢复正常,X 光片示肩锁关节位置正常、锁骨喙突间距正常;良:劳累后有不舒适感觉,无畸形,活动度正常,X 光片示肩锁关节间隙比正常宽 3mm 以内、喙突锁骨间距增大 3mm 以内;差:活动后疼痛明显,外观畸形,肩活动受限,X 光片示肩锁关节半脱位或全脱位。结果本组 32 例中,优 30 例,良好 2 例,无 1 例差。未出现合并症。

讨论

1. 肩锁关节脱位整复容易,但固定难。由于锁骨受胸锁乳突肌、颈阔肌及斜方肌的牵拉向上移位,肩峰受前臂重力作用向下移位。应用闭合复位外固定术及单纯交叉克氏针内固定,都会由以上两种剪力的持续作用逐渐产生半脱位或全脱位。术中将肩锁关节解剖复位后,应用钢丝张力带内固定能克服肩锁关节间的剪力,形成一持续性压迫锁骨外端的力,能使肩锁关节面对合紧密、牢固,且为修补的肩锁韧带、关节囊、肌筋

膜、肌肉的修复创造良好的条件。

2. 肩锁关节的稳定性依据:(1)关节囊及其加厚部分形成的肩锁韧带;(2)三角肌及斜方肌的腱性附着部分;(3)喙突韧带的锥状韧带及斜方韧带,由喙突至锁骨。此两韧带对维持肩锁关节的稳定性甚为重要,如两韧带完整,只能引起肩锁关节半脱位,而完全脱位多伴有此两韧带的断裂^[1]。也有人认为三角肌和斜方肌的撕裂是决定脱位或半脱位的因素^[2]。我们术中只作肩锁韧带、关节囊及斜方肌、三角肌的修复,不作喙突韧带修复或重建术。经随访 1~3 年,未出现半脱位或全脱位。

3. 1992 年以前,我们应用保守方法治疗此类损伤往往以失败告终;切开复位交叉克氏针内固定术,术后出现半脱位病例。以上两种方法外固定时间长,肩关节功能恢复不满意,尤其年龄大的病人。我们认为应用钢丝张力带固定治疗新鲜重度肩锁关节脱位,手术方法简单,操作安全,术后功能恢复良好,疗效满意。

参考文献

1. 郭世绂. 临床骨科解剖学. 第 1 版. 天津:天津科学技术出版社, 1988, 416
2. 王桂生. 骨科手术学. 北京:人民卫生出版社, 1982, 276.

(收稿:1997-09-21)

持续牵引加垫枕法治疗胸腰椎压缩性骨折

李 建 邢金明

浙江省桐庐县中医院 (311500)

笔者采用持续牵引加垫枕法治疗胸腰椎压缩性骨折安全可靠,疗效满意,介绍如下。

临床资料

本组 37 例中男 19 例,女 18 例;年龄 18~62 岁。病程最长 1 周,最短 2 小时。X 线片表现:所有病例 X 线片显示椎体不同程度出现楔形,扁平形,一侧压缩改变,其中 22 例椎体压缩 1/2 或 1/2 以上,损伤部位:胸腰段同时受累 23 例,单纯胸椎或腰椎受累 14 例;6 例病人伴有损伤部位平面以下出现不完全性的运动,皮肤感觉障碍和肠麻痹症状。

治疗方法与结果

本组 37 例均采用持续牵引加垫枕法。牵引用具采用浙医械准字(94)356303 杭州思维电子有限公司研制的袖珍式腰椎牵引器。腰椎牵引者平躺在硬板床上,将牵引器固定在脚部方向的床板(框)或床架上。胸、腰

围缚带穿在患者的身上并扣紧,胸围的牵引带系在床头上,腰围的牵引带套在牵引钩上。往复拉动牵引杆的绳牵,即可自动牵引至患者本人感受适宜为止,需结束牵引时,拉动复位杆的绳索,即可松开牵引力(病人可自行使用)。随势牵引后骨突处加垫逐渐增高,高度可达 15cm,2 小时放松一次,在护理人员指导下定时翻身。

持续牵引加垫枕要求维持 2 周,2 周后必须坚持进行腰背肌功能锻炼。

疗效标准以国家中医管理局(1995-01-01)颁发疗效评定为准。37 例病人均基本治愈。复查 X 线片原有压缩改变椎体均恢复程度达 1/3 以上。

讨论

胸腰椎压缩性骨折多数发生在下部胸椎和上部腰椎。由于胸腰段脊椎活动最大,骨折损伤也较为常见,