

为棘手。

表 1. 治疗前病情情况

病例	性别	年龄	就诊距外伤时间 (年)	损伤部位 (脊骨)	感觉损伤平面	排尿意识	髂腰肌肌力 (股四头肌)	胫前肌肌力	腓长肌肌力	行走情况
1	男	48	1.5	T ₁₂ ~L ₁	脐水平以下	无	Ⅱ	0	I	不能行走
2	男	66	8	T ₁₀ ~T ₁₂	膝关节以下	有	Ⅱ	I	I ⁺	不能行走
3	女	28	10	T ₁₂ ~L ₂	膝关节以下	有	Ⅳ	I	I ⁺	能行走

表 2. 治疗 3 个疗程后情况

病例	感觉损伤平面	排尿意识	髂腰肌肌力 (股四头肌)	胫前肌肌力	腓长肌肌力	行走情况
1	踝关节以下	有	Ⅳ ⁺	Ⅲ ⁺	Ⅳ	能行走
2	踝关节以下	有	Ⅲ	Ⅱ	Ⅱ	不能行走
3	踝关节以下	有	Ⅳ	I ⁺	Ⅱ	能行走

在中枢神经系统内神经纤维再生情况与外周神经再生情况不同, 损伤部在 12 小时内就有大量细胞浸润, 俟后胶质细胞与胶原成分形成瘢痕, 使轴突很难向前伸展与另一断端接通。

激光的基本光化作用可以扩张毛细血管, 降低血液粘稠度, 改善微循环, 促进病变区域的微血管新生, 激活糜蛋白酶, 刺激神经细胞的再生。这些都有利于神经纤维断端在瘢痕组织中生长和向前伸展。本组病例我们用了复合光即 He—Ne 激光和紫外光、高氧流量及加长时间的组合剂量, 能明显改善病变区域的缺血缺氧状态, 同时在酶的作用下, 使瘢痕组织软化及使那些水肿、变性、萎缩的神经细胞逐渐恢复正常功能, 使损伤的神经得以修复。

本法的治疗效果和病程时间的长短呈负相关。例 1 病程较短, 在第 1 疗程第 3 天就出现下肢胀痛及热感, 第 1 疗程结束时, 损伤感觉平面下降了 5~6cm, 肌力也由 0~I 级恢复至 Ⅲ 级, 到第 3 疗程结束肌力已恢复到 Ⅳ 级以上, 由不能行走到持拐行走。例 2、例 3 病程长均在 8 年以上, 第 1 疗程结束, 只感下肢麻胀, 感觉损伤平面下降只有 2~3cm, 且肌力无明显恢复, 3 个疗程结束后, 肌力只轻微改善, 例 2 由不能站立到能站立但仍不能行走, 例 3 行走情况同前。故我们主张脊骨折合并有脊髓损伤的截瘫应早期使用 He—Ne 激光氧液, 以获更好的疗效。

He—Ne 激光氧液用于外伤性截瘫病人, 在治疗剂

量下, 未发现任何副作用。虽然目前 He—Ne 弱激光医学应用的基本原理, 尚未能科学地全面地阐释清楚, 但由于治疗过程安全, 效果显著, 操作简便, 故有临床应用价值。

(收稿: 1995—08—15 修回: 1996—04—16)

闭合性指伸肌腱中央束断裂 20 例报告

王超明

浙江省临海市中医院 (317000)

笔者自 1988 年~1995 年 7 月, 用手术修补方法治疗闭合性指伸肌腱中央束断裂 20 例, 报告如下。

临床资料 本组 20 例中男 12 例, 女 8 例; 年龄 50~70 岁; 伤后 1 天内就诊者 15 例, 2~10 天者 5 例。

治疗方法 于患指背侧以近侧指间关节为中心作弧形切口, 暴露断裂的中央束和两侧腱束, 将两侧腱束于近侧指间关节近端切断, 将其远侧段于近侧指间关节背面交叉, 在近侧指关节伸直位分别与对侧的侧腱束近端缝合, 缝合时应注意适当张力, 避免过紧和过松, 关闭切口, 伸指位石膏外固定 3 周。拆除石膏后功能锻炼。

治疗结果 经过 3 个月功能锻炼, 20 例均恢复伸指功能。

讨论 闭合性指伸肌腱断裂一般均发生在肌腱的附着处,而发生在中央束者较为少见。损伤机理为跌倒时手背着地肌腱收缩和近节指间关节撞击地面,造成指伸肌腱中央束断裂。本组病例均为 50 岁以上老人,故亦与其年老体弱,气血亏虚,肌腱失养,强度减弱有关。临床表现为患指近节指间关节不能伸直,而远侧指间关节被侧腱束拉成过伸位畸形。但是年老患者由于远侧指间关节僵硬,过伸畸形表现可不明显,诊断时应注意。手术治疗该病效果满意。

(收稿:1995—08—15)

掌指合骨成角法治疗伸直型肱骨髁上骨折体会

刘良

云南省宾川县中医院 (671600)

笔者运用掌指合骨成角法治疗伸直型肱骨髁上骨折 82 例,取得了较好效果,报告如下。

临床资料 82 例中男 53 例,女 29 例;年龄 1~54 岁;其中粉碎性骨折 1 例,陈旧性骨折 2 例。

治疗方法 1. 整复:常规牵引下,医患对坐,左肱骨髁上骨折用医者左手握患肢腕部,右手握髁部,右食、中、无名三指分别紧贴肱骨下段及髁部外、后、内三侧,拇指及第五指向前固定断端,以防止在牵引的同时已经手法捺正的侧方移位再度侧移,掌面紧贴骨折远端及尺骨鹰嘴部,用掌指全力逐渐完成前倾角的对线,握腕之左手配合右手,与助手的伸直或半屈曲牵引位,逐渐转为屈曲。肘部的屈曲原则上要求小于 90°,而 30°~50°之间,但也可视肘部肿胀情况分次完成。右肱骨髁上骨折,医者右手握患肢腕部,左掌指握患部及肱骨下段和尺骨鹰嘴部,余法同左肱骨髁上骨折整复法。

2. 固定:肱骨髁上骨折伸直型采用屈肘 30°~50°,小夹板内、后、外三侧固定,以托板减少前臂重力所形成髁部折端的剪力。具体是:(1)三块小夹板均上至骨折线以上 4~10cm,下至肘部鹰嘴下 3cm;(2)后侧板自折线以下的夹板下用纱布或布片折成逐渐增厚的与前倾角相应的 30°~50°梯形叠垫;(3)扎带分上部、折部及肘下三处。打结均在外侧。扎带固定后的三块夹板,要求分别与肱骨干纵轴线相平行。

治疗效果 本组 82 例,优 63 例,良 18 例,差 1 例。

讨论 该型骨折的特点是:(1)骨折线从骨折近端由后上斜向内下;(2)远端或尺侧或横侧移位。掌

指合骨成角法,其宗旨遵循“子求母”原则,即固定骨折近端,挪推骨折远端,而达对位对线的目的。其原理符合骨折线及骨折面的应力。优点是:(1)避免了以往手法中从肘横及上部的骨折近端向背侧推按所难避免的正中神经、肱动脉等的医源性损伤;(2)从掌指在整复过程中的触觉,可直接判断对位的好坏;(3)纠正和恢复了前倾角又固定和补充了携带角的对位;(4)骨折对位对线后又可作为合骨法使用。本法不足之处是:对肱骨髁上粉碎性和髁间骨折的整复不够专一,必须配合应用其它手法。

(收稿:1995—08—16 修回:1995—12—20)

推揉胫骨内侧缘治疗急性腰扭伤 30 例体会

晋秀

山西省大同矿务局晋华宫医院 (037016)

1988 年~1992 年,应用推揉胫骨内侧缘治疗急性腰扭伤 30 例,有见效快、效果好的特点,现报告如下。

临床资料 30 例中男 22 例,女 8 例;年龄 17~68 岁;病程最短半小时,最长 7 天。

治疗方法 在双侧胫骨内侧缘,足少阴肾经的线路上,自下向上,用拇指推,然后揉,并且可感觉到有条索样的结节,推、揉至条索样结节变软或消失。然后方可下床活动,并行腰部前屈、后伸、侧弯等动作。如果不见效,可改为其它治疗。

结果 疗效标准:腰部症状消失,活动恢复正常为治愈;腰部症状大部分消失,腰仍有隐痛为好转;治疗前后症状无改善为无效。治疗结果:30 例中,治愈 18 例,好转 11 例,无效 1 例。总有效率 97%。

体会 本手法治疗急性腰扭伤,是根据中医理论,经络“通则不痛,痛则不通”的机理而形成的。此法收效快,易掌握,操作简单,无副作用。对于病程短的患者收效更佳。

(收稿:1995—08—15)

胫后神经封闭治疗鸡眼 58 例报告

孙显滋 林茂 邹本芹

山东省文登市整骨医院 (264400)

1988 年初~1993 年 7 月用胫后神经封闭方法治疗鸡眼 58 例收到了较好疗效,现报告如下。