

丝钉固定及缝合固定。

对新鲜半月板损伤及损伤较轻,采取修补术,尽早予以保留。对陈旧性损伤,大部分采取切除术。

**治疗结果** 本组随访时间最长的 9 年,最短 3 年。术后关节稳定,抽屉试验阴性,无痛,膝伸屈正常者 8 例,活动范围在  $10^{\circ}\sim 120^{\circ}$  之间者 1 例,可做一般体育活动,均能胜任原工作。1 例因心脏病 40 天死亡。切除半月板 6 例中,术后 7 年 1 例发生膝退行性改变,而健侧未见发生,保留损伤半月板的 5 例中,4 例未见不稳定及膝痛。

**讨论** 膝关节三联征患者行前交叉韧带及内侧副韧带的重建术,取材和重建方法甚多,我们首先考虑功能恢复,尽力减少膝关节附近的创伤,故采用腓肠肌腱膜,离膝关节远,创伤小,功能恢复快。术后伤肢石膏托制动,应使膝屈曲  $130^{\circ}\sim 145^{\circ}$ ,为术后早期功能锻炼,防止股四头肌挛缩,招致膝关节强直的有效方法。

(收稿:1995-10-06)

## 综合治疗颈椎病 180 例

张雪丽

内蒙古医学院第二附院(呼和浩特市 010030)

我院综合治疗颈椎病 180 例,收到良好效果,现介绍如下。

**临床资料** 本组 180 例中男 96 例,女 84 例;年龄 20~40 岁 86 例,40 岁以上 94 例;外伤史 27 例,长期伏案工作 102 例,受凉受累 35 例,不明原因 16 例;病程 2 个月~10 年,平均 3 年。

颈椎 X 线片:颈椎生理弧度消失变直 147 例,颈椎反曲现象 48 例,颈椎折曲现象 45 例,颈椎呈轻度 S 形弯曲 61 例,颈椎成角现象 16 例,颈椎间后缘连线中断 68 例,颈椎轻微前后滑脱 24 例。

颈椎 CT: $C_{3,4}$ 纤维环膨出者 18 例; $C_{4,5}$ 纤维环膨出者 42 例,间盘疝者 23 例; $C_{5,6}$ 纤维环膨出者 69 例,间盘疝者 39 例; $C_{6,7}$ 纤维环膨出者 51 例,间盘疝者 27 例。伴椎管狭窄者 2 例,伴轻度后纵韧带钙化者 2 例。

颈椎 X 线片,CT 同时排除颈椎结核、肿瘤及其它化脓病变。椎动脉造影:椎动脉狭窄、扭曲 43 例。脑彩超:椎动脉硬化 39 例。肌电图:右侧或左侧上肢神经根不同程度病损 63 例。

**治疗方法** 1. 颈椎牵引:患者仰卧位,颈牵引套固定颈部,悬持重量从 2.5kg 开始,待患者适应后,逐渐

加至 5kg,每日 2 次,每次 30~45 分钟,2 周为 1 疗程。

2. 多功能肌肉、神经电脑治疗仪:以  $10\text{cm}^2$  大小电极置颈椎两侧,频率 3900~4050Hz,20 分钟,每日 1~2 次,2 周 1 疗程。

3. 运动疗法:仰头抬臂,协调平衡。(1)颈部运动:模仿龟蛇样探头,前屈后伸 10~15 遍,然后左右侧弯,旋转运动,同时进行静力性肌肉收缩,舒张 10~15 遍,(2)肩部运动:在生活活动范围内,做前屈后伸,外展内收,内旋外旋,每次 15~20 分钟,每日 1~2 次,持之以恒。

**治疗结果** 疗效判定标准:优:症状体征完全消失;良:症状基本消失,体征阴性;可:症状明显减轻,部分体征阴性;差:症状稍缓解,体征无变化。结果属优者 87 例(48.3%),良 69 例(38.3%),可 18 例(10%),差 6 例(0.3%)。

**讨论** 颈椎牵引可调节恢复椎内平衡,使椎间隙增宽 1.5~2cm,椎间孔变大,纠正颈椎节段不稳,重建颈椎新的力学平衡,恢复颈椎正常生理曲度。

多功能肌肉、神经治疗仪,采用仿人体肌纤维动作电位波形,通过电极作用于人体表皮肌肉。神经的运动点病灶。增强其局部淋巴血液的循环,有效缓解和消除肌肉紧张痉挛,减轻神经根的炎性水肿,改善脊髓及颈椎的血液供应和营养状况,延缓并减轻椎体及关节囊韧带的变性过程。同时改善局部及全身钙等代谢和植物神经功能,促进全身血液循环,增强局部组织的新陈代谢,达到局部解痉镇痛目的。

运动疗法增强肌力,增进脊柱周围肌群的外在活力,从而增强颈部深层韧带、椎间盘及脊柱各关节的稳定性,改善局部血液循环,起到有效的保护作用,达到解痉、镇痛、消炎的功能。

(收稿:1995-10-06)

## 中西医结合治疗腰椎间盘突出症 120 例

彭诗雄

湖北省仙桃市第一人民医院(433000)

笔者从 1993 年 10 月~1995 年 8 月,采用按摩配合骶管封闭治疗 120 例腰椎间盘突出症,现报告如下。

**临床资料** 诊断依据依 CT、临床体征、症状相结合。120 例中男 62 例,女 58 例,年龄 42~62 岁;病程 10 天~10 年。

**治疗方法** 1. 按摩理筋手法:患者俯卧,术者以掌

根按揉腰臀部肌肉使其松解，然后对病变侧臀部作轻柔、和缓的回旋揉动 3~5 分钟，接着术者以拇指压准梨状肌，先在该肌作垂直于肌纤维方向的左右拨动数次后，再沿该肌起至止点顺肌纤维走行方向反复作推揉顺筋手法。继而依次点压患侧肾俞、环跳、承扶、风市、委中、承山等穴位。点按配合揉法，最后患者取仰卧位，患肢屈膝屈髋，术者一手扶膝部，一手扶足跟部，分别按顺、逆时针方向运摇患侧髋关节数遍，7 天按摩一次。

2. 骶管封闭：药物配方：维生素 B<sub>1</sub> 注射液 100mg + 维生素 B<sub>12</sub> 注射液 1000μg + 2% 普鲁卡因注射液 10ml + 强的松龙注射液 5ml + 地塞米松注射液 5mg。

按摩后，患者俯卧位用棉垫垫高臀部 10°，腰骶部皮肤常规消毒，铺无菌孔巾，在骶骨椎间孔处先局部麻醉，然后用 9 号腰穿针从骶骨椎间孔向上斜穿入骶管，确认穿入骶管后，将以上药液混匀用 30ml 注射器缓慢注入即可。7 天封闭 1 次，本组病例分别进行 1~3 次治疗，治疗 1 次者 80 例，2 次者 24 例，3 次者 16 例。

**治疗结果** 优 92 例，疼痛完全消失，肢体功能恢复正常；良 26 例，疼痛和肢体功能基本正常，但有时活动不便；差 2 例，疼痛无减轻。

**体会** 腰椎间盘突出病因为外感寒湿热邪、外伤和劳损、经络气血不通。“气滞血瘀、不通则痛。”按摩理筋可解除肌肉痉挛，达到舒筋活络，使气血通畅。骶管药物封闭有良好营养神经、消炎、组织修复、止痛的作用。按摩配合骶管封闭，操作简便，疗效好。

(收稿：1995-10-06)

## 中西医结合治疗锁骨骨折 86 例

陆颖辉

安徽省临泉县人民医院 (236400)

我院自 1990 年以来采用手术配合锁骨带固定治疗锁骨骨折 86 例，方法简便，效果显著，报导如下。

**临床资料** 本组 86 例中男 58 例，女 28 例；年龄 15~64 岁；锁骨外段骨折 12 例，中段骨折 69 例，内段骨折 5 例；横断、斜形骨折 64 例，粉碎性骨折 22 例。伤因多为骑摩托车、自行车摔伤，少数为直接暴力砸伤。病程 1 小时~5 天。

**治疗方法** 病人取平卧位，伤侧肩下垫沙袋保持

肩后伸位。术区常规消毒后铺手术巾，局麻后锁骨骨折前方皮肤横切口，暴露骨断端，清除断端间血肿。从锁骨前方距断端约 2cm 处钻入一根  $\varnothing 2\text{mm}$  克氏针，使骨折准确复位后继续钻入另一断端骨髓腔，使骨折断端稳定固定。一般情况下，克氏针从近端向远断端方向钻入，如为锁骨内段骨折，也可将克氏针从远断端钻入近断端。碎骨块复位后用 10 号丝线捆扎固定，针尾折弯贴于锁骨前方，埋于皮下。逐层缝合。术后锁骨带外固定。

**治疗结果** 86 例全部随访。X 线片复查显示：1 例 15 岁患者斜形骨折于术后 5 周骨折已愈合；3 例 50 岁以上患者粉碎骨折于术后 10 周骨折愈合；其余各例于 6~8 周愈合。所有患者骨折复位好，骨折愈合时无移位、畸形，肩关节功能好。无 1 例出现后遗症。

**讨论** 传统的手术方法克氏针由骨折远端逆行穿入，穿出皮肤，将骨折复位后再将克氏针自远端穿入近端，针尾埋于肩关节外侧皮下。因针尾刺激周围肌肉及肩锁关节，病人往往不愿活动伤侧肩关节，且不利于锁骨带外固定，从而影响肩关节锻炼，易诱发肩周炎。本手术方法简便，内固定牢靠，手术创伤小，术后便于配合锁骨带外固定，足以使骨折可靠固定至愈合，克氏针取出容易。

(收稿：1995-10-06 修回：1996-05-21)

## 腰椎间盘突出症的早期诊断探讨

史培年 肖兴国\*

青岛市红十字会和平医院 (266071)

笔者自 1993~1994 年对部分下腰痛患者进行了腰椎 CT 扫描，其中 85 例显示有腰椎间盘突出 (LDP)。本文就 85 例患者的 CT 和临床特点进行分析探讨。

**临床资料** 本组 85 例中男 51 例，女 34 例；发病年龄均在 22~56 岁之间；从事体力劳动者 48 例，有外伤或过劳史者 57 例；病程 1 个月~16 年；本组均以下腰痛或腰臀痛为主要症状，无神经根受累现象。

本组 L<sub>3</sub> 横突压痛者 34 例，痛侧臀肌肌张力降低者 16 例，触及臀筋膜脂肪疝并压痛者 9 例。

本组共扫描腰椎间盘 238 个，显示两个间隙突出者 6 例，合并侧隐窝狭窄者 4 例，空泡征 2 例，突出物均在 0.2~0.6cm 之间。病人主诉一侧腰痛者 25 例，CT 显

\* 青岛经济技术开发区医院