

产生的骨痂较少,骨折线不消失,骨折端无硬化现象,而有轻度脱钙。

治疗方法 1. 接骨丹配制: 处方: 半夏 100g, 南星 100g, 当归 100g, 白芷 100g, 川乌 100g, 草乌 100g, 穿山甲 30g, 川芎 50g, 天花粉 50g, 骨碎补 100g, 大黄 50g, 穿心莲 50g, 黄柏 50g, 姜黄 50g, 芙蓉叶 50g, 樟脑 5g, 冰片 5g, 牙皂 5g, 雄黄 5g, 银珠 5g, 麝香 1g。以上各药打粉(过 100~120 目筛)用饴糖调成膏状,盛瓷缸中备用。

2. 使用方法: 拆除患肢原来的固定石膏,腕舟骨折和跖骨骨折病人改用硬纸夹板固定,其余 4 例改用柳木夹板固定。固定前用酒精棉球擦净患处皮肤,把摊于棉纸上的接骨丹敷于患处,外面再铺棉纸和夹板固定。每周换药 1 次,同时配合常量内服归脾丸和金匱肾气丸,直至骨折愈合。

治疗结果 疗效标准参照《中医伤科学》^[1]骨折愈合标准: 1. 骨折处无压痛,无纵向叩击痛; 2. 局部无异常活动; 3. X 线照片显示骨折线模糊,有连续性骨痂通过骨折线,或骨小梁通过骨折线。结果经 2~6 个月的治疗,6 例迟缓愈合骨折患者全部治愈。

讨论 1. 影响骨折愈合的因素很多,而最根本的因素还在于局部的血液供应。在骨折的愈合过程中,无论是膜内成骨还是软骨内成骨,都有新生血管参与,这些新生血管来自骨外膜、骨内膜、髓腔及骨折周围软组织^[2]。本组病例有 4 例经过手术治疗,除骨折部位本身的影响因素外,手术可造成骨膜的广泛剥离,破坏骨折端的血液供应,导致骨折迟缓愈合。本组中腕舟骨骨折为腰部骨折,由于进入舟骨的血管部位有变异,舟骨腰部血循环较差,腰部骨折后,近折端缺乏血供,故愈合能力差,甚至发生骨坏死。另 1 例即跖骨骨折迟缓愈合的原因是骨折端有分离移位。故外敷接骨丹前医者先用两手推挤两折端相互靠拢以复位,敷药后再用四层硬纸夹板固定。

2. 中医认为筋骨的生长需要气血的滋养,经络不通、气血瘀滞则筋骨失养,骨折难愈。本药膏的作用是活血化瘀、通经活络、散结消肿、接骨续筋,能使经络通、气血畅、筋骨充养,促使骨折加速愈合。

参考文献

1. 岑泽波. 中医伤科学. 上海: 上海科学技术出版社, 1985. 83
2. 王亦璠, 孟继懋, 郭子恒. 骨与关节损伤. 北京: 人民卫生出版社, 1980. 137

(收稿: 1998-06-11)

捆绑法治疗严重耻骨联合分离

冯文岭 王庆贤 王庆成

河北医科大学附属第三医院(石家庄 050051)

耻骨联合分离是骨盆骨折中较为严重的一种类型,往往是全身多发损伤的一部分,处理较棘手,使用捆绑法治疗 5 例取得良好的疗效,现报道如下。

临床资料 本组 5 例中,男性 4 例,女性 1 例;年龄 16~37 岁;手术均在伤后 2 周内施行;其中 3 例合并单侧下肢多发骨折,1 例合并骶髂关节脱位,1 例合并单侧耻骨上、下肢骨折;有 4 例合并失血性休克。耻骨联合分离 4~15cm,平均 8cm。

治疗方法 在严格无菌操作下,分别自双侧髂嵴各钉入直径 3.5mm 钢针 3 根,使其进入髂骨内外板之间,深约 6~7cm,针距 1.5~2cm,针尾留在皮外约 5~8cm。然后根据 X 线片所示骨盆变形情况,分别纠正骨盆的上下及分离移位,用手仔细触摸耻骨联合处,复位满意后用尼龙绳将双侧钢针外露部分捆绑牢靠。具体方法是先用绳及胶布分别将同侧的 3 根钢针捆成一体,再用一根长绳按先同侧后对侧的方法,分别将 6 根钢针缠绕固定。8~12 周后可去除外固定扶双拐下地活动。

治疗结果 随访时间 3~22 个月,平均 11.5 个月,其中 3 例完全复位,2 例耻骨联合间隙分别为 0.8、1.4cm,但不影响日常工作,仅有 1 例遗留耻骨联合处轻微疼痛,阴雨天加重。本组中 1 例女性随访 18 个月,已足月顺产一女婴。

讨论 捆绑法在治疗耻骨联合分离与骶髂关节脱位并存时,不能满意地控制单侧骨盆向上移位,应借助牵引维持复位,或先复位耻骨联合分离,并行外固定后,再做骶髂关节的加压螺丝钉内固定,从而使整个骨盆环相对稳定,利于早期承重。根据骨盆生物力学分析,单足负重时,耻骨联合处存在较大剪式应力,坐位时耻骨联合处亦有较大的应力集中^[1],故应尽可能避免坐位及单足站立,在下地活动早期,最好借助双拐行走,以期最大限度地减少不良应力。在卧床治疗期间,可取侧卧位,以便维持耻骨联合的对位及避免褥疮的发生。

用捆绑绳的方法治疗严重耻骨联合分离,巧妙地利用了力学原理,使一根绳子达到六根绳子的拉力,外固定作用牢靠。但因钢针对髂骨及皮肤有一定压力,

一方面钢针因应力集中骨质吸收而摇动, 另一方面可引起皮肤疼痛及炎症, 在使用中应引起注意, 具体注意事项如下: 穿针时应将皮肤拉向髂嵴的外侧, 并使钢针尽量贴近内板进入; 捆绳的力点尽量向下距髂嵴越近越好, 以减少钢针的拉动以及对皮肤的压迫; 穿针部位每日消毒2次, 无菌敷料包扎; 为预防感染, 可在术后3天及拔针前1天酌情应用抗生素。

参考文献

1. 沈金根. 外固定架治疗骨盆骨折脱位的计算机分析. 上海生物医学工程通讯, 1995, 1: 20

(收稿: 1996-02-06)

改良骶管注射加 手法治疗腰椎间盘突出症

王洁伟

山西省运城盐化局医院 (044000)

自1992年5月以来, 采用改良骶管注射, 配以手法治疗腰椎间盘突出症, 收到满意效果, 现将资料较全的98例报告如下。

临床资料 本组98例中男62例, 女36例; 年龄22~58岁; 病程56天~8年; L_{4/5}椎间盘突出者52例, L_{5/S₁}椎间盘突出者46例。本组患者均有腰痛, 下肢放射痛, 直腿抬高试验阳性, 经CT证实有椎间盘突出, 无椎管及侧隐窝狭窄存在。

治疗方法 1. 注射: 药物: 2%利多卡因注射液10ml, 维生素B₁注射液100mg, 维生素B₁₂注射液500μg, 醋酸氢化泼尼松75mg。病人取俯卧位, 下腹部垫一薄枕, 骶尾部常规皮肤消毒, 铺盖洞巾, 操作者戴手套, 用7号针头垂直穿刺皮肤, 直达骶裂孔, 改与脊柱45°方向进入骶管部硬膜外腔, 有韧带突破感。骶裂孔穿刺成功后, 回抽无血及脑脊液, 缓慢注射药物。注药过程中要反复回抽。注毕嘱病人平卧1小时。一般注射后5~10分钟病人感觉会阴部及双下肢出现热、酸胀、麻木感, 1小时后此种感觉逐渐减轻, 可开始行手法治疗。

2. 手法: 病人俯卧位, 全身放松, 上下各一助手进行对抗牵引, 持续约5~10分钟。(1) 按揉理筋: 医者自L₁顺序向下按揉至患侧臀部及大腿的后侧, 再依次按揉环跳、承扶、委中、承山等穴, 以使腰及臀部肌肉放松。反复3~5次后, 术者用拇指按压腰及臀部的压痛点, 上下左右弹拨, 速度由慢到快, 力量由轻

至重, 持续10分钟。(2) 旋转后伸: 病人侧卧位, 患侧在上伸直, 健侧屈曲放松, 术者一手置于腰部的痛点(或椎间盘突出的间隙), 另一手抱扶患者下肢, 进行顺时针方向旋转, 每旋转3~5圈, 用力尽量过度后伸1次, 进行4~5次。(3) 滚揉放松: 病人俯卧位, 术者双手自L₁两旁始至双下肢跟部, 自上而下进行数次滚揉, 手法即告结束。病人平卧休息30分钟。

一般每周治疗1次, 4次为1个疗程。

治疗结果 疗效判断: 痊愈: 治疗1个疗程, 症状体征均消失; 好转: 治疗1个疗程, 症状体征明显缓解, 残留有腰部酸困症状; 有效: 治疗2个疗程, 症状体征有所改善, 但时感腰部酸困, 下肢麻木; 无效: 坚持治疗2个疗程, 症状体征无改善。

本组98例中, 痊愈49例, 好转26例, 有效10例, 无效13例。总有效率为86.7%。本组经过10~36个月的随访, 其中的8例在第一次治疗后的10~12个月复发, 二次治疗后效果满意。

讨论 本法较传统的骶管封闭用药量大, 且选用7号注射针头可避免对神经根的损伤, 也可避免误入蛛网膜下腔。改良的骶管注射疗法, 能迅速解除疼痛, 缓解局部肌肉及血管的痉挛, 使腰部及下肢的肌肉松弛。在此条件下配合手法, 加大椎间隙, 有利于突出髓核复位, 降低椎管内的压力, 以解除神经根的压迫。

手法治疗可松解粘连, 使毛细血管扩张, 血流加快, 以增加病变部位的血液供应, 促进变性组织的复原, 以达到活血通络, 舒筋止痛之功效。

(收稿: 1996-01-16)

外伤性膝关节僵硬的防治

卢伟良

广东省兴宁市人民医院 (514500)

以按摩为主综合治疗外伤性膝关节僵硬100例, 收到了较好的效果, 报告如下。

临床资料 本组男62例, 女38例; 年龄10~59岁; 造成膝关节僵硬的原因: 关节内或附近骨折61例, 膝关节脱位并韧带损伤修补后6例, 股骨中下段骨折28例, 膝关节及大腿严重软组织挫伤后5例; 膝关节活动度: 0~10°者45例, 10~30°者55例; 病程: 0.5年以内40例, 0.5~1年45例, 1年以上15例, 平均8个月。

治疗方法 1. 无论何种原因损伤, 应鼓励患者早