

2 治疗方式的选择 目前对髌臼内壁非负重区域骨折采用骨牵引加以功能锻炼的保守疗法, 以及对于髌臼前壁或后壁骨折伴有股骨头脱位, 视骨折块的大小及分离程度来决定是否切开复位内固定, 已有共识。

我们认为治疗方法的选择应从骨折移位的状态出发来选择非手术治疗或手术治疗。髌臼窝骨折中央型脱位因髌臼壁及前后柱均有严重骨折, 这种损伤无论是否手术, 均难以达到解剖复位的目的。但只要重建和保持髌臼的顶部与股骨头之间的吻合状态, 再附加牵引条件下的早期髌关节功能锻炼和延期负重, 仍可达到良好的疗效。本组 6 例均取得满意效果。

3 髌臼骨折的并发症 髌臼骨折的即时并发症为股骨头脱位。本组 13 例, 其中中心性脱位 5 例, 后脱位 8 例。此外, 并发他处骨折 3 例。股骨头脱位造成股骨头关节软骨面被划破, 压砸, 关节囊被撕裂都是晚期并发症的潜在因素。晚期并发症最重要的是髌关节骨性关节炎。本组 4 例为髌臼骨折对合不良和关节面退变的结果。此外, 股骨头缺血性坏死 2 例。

参考文献

1. Judet, R, Letournel, E.J. J Bone Joint Surg (Am), 1961, 43: 1915
2. 陆裕朴, 胥少汀, 葛宝丰, 等. 实用骨科学. 北京: 人民军医出版社, 1993. 825~ 828
3. 赵文宽, 等. 53 例髌臼骨折临床总结. 中华骨科杂志, 1984, 2: 115 (收稿: 1996-02-06)

点揉法治疗粘连性肱二头肌腱鞘炎 68 例

刘光泗 齐兆平 王新平

山东省泰安市中医院 (271000)

我科采用点揉法治疗粘连性肱二头肌腱鞘炎 68 例, 收到了满意的效果, 现报告如下。

临床资料 本组 68 例中男 24 例, 女 44 例; 年龄 31~ 64 岁; 患病关节: 左侧 28 例, 右侧 40 例; 有外伤史 6 例, 无外伤史而有受凉或劳损史 62 例; 病程 1 年内的 46 例, 1 年以上 22 例。其主要临床特点为肩前区疼痛, 活动受限。肱二头肌腱鞘处压痛明显, 血常规、血沉正常, 肩关节 X 线片示无异常。

治疗方法 患者取坐位, 先针刺素穴、合谷穴, 在留针的基础上进行下列手法治疗。术者先站于患者患侧, 用滚法和拇指揉肩前区, 重点在肱二头肌腱鞘处施术, 点按前中斜角肌的肌间沟, 待患肢从

肩到手出现触电样麻胀感觉, 10 分钟以后再用滚法。然后术者站于患者后侧, 用一手固定患者肩部, 另一手掌心向上握住患者肘关节上方进行小幅度摇法, 幅度逐渐加大。待肩部出现热感后在患者无防备的情况下, 一手固定肩部, 另一手迅速将肘部向上托举超过 150° , 将粘连的组织撕拉、松解, 此时听到粘连组织被分离的喀喀声音, 为撕拉松解成功。患者当即疼痛加重, 立即捻针素穴、合谷穴, 3~ 5 分钟以后疼痛缓解, 继续重复上述摇法, 幅度由小到大。在摇法的基础上将患肢外展、上举、内旋、后伸, 使患肢指尖向后摸到脊柱, 再摸到对侧肩胛骨下缘, 10 分钟以后结束摇法, 素穴、合谷穴取针。上述方法每天进行 2 次, 每次 30 分钟, 达到治愈标准后停止针刺、按揉、摇法, 进行自我功能锻炼。

注意事项: (1) 年老体弱和有高血压、心脏病病史的患者禁用此法。(2) 在进行撕拉松解之前先让患者学会功能锻炼方法。(3) 禁食生冷, 局部保暖, 以免受凉复发。

治疗结果 主动前伸上举超过 160° , 外展达 90° , 后伸指尖摸到对侧肩胛骨下缘, 仍有轻度的肩部疼痛为治愈。本组 68 例, 全部治愈。治疗时间最短的为 4 天 8 次, 最长的 8 天 16 次。

体会 粘连性肱二头肌腱鞘炎是肩周炎的主要病变部位, 由于局部无菌性炎症持续刺激, 使肩部肌肉、神经、血管痉挛、水肿、粘连、疼痛, 功能活动受限。在针刺、按揉、摇法的基础上, 点按前中斜角肌肌间沟, 刺激臂丛神经, 在以指代针的麻醉下将粘连的肌腱组织撕拉松解。

撕拉松解手法治疗本病, 术者必须操作熟练, 在进行点按法时患肢必须出现触电样感觉和麻胀感, 10 分钟后进行手法治疗。需稳、准、轻的技巧动作, 一次将粘连的肌腱组织撕拉松解。然后针刺, 按揉, 摇肩部, 其目的是恢复外展、上举、后伸的功能活动和消炎止痛。在炎症、疼痛消失和功能锻炼活动被动正常后即停止治疗, 再进行自我功能锻炼以巩固疗效, 防止复发。 (收稿: 1996-02-06)

甘露醇局注配合推拿治疗 腰椎间盘突出症

来肖威

浙江省杭州市中医院 (310007)

利用甘露醇局注配合推拿治疗腰椎间盘突出症,

取得较好疗效，现总结如下。

临床资料 本组 57 例中男 32 例，女 25 例；年龄 22~ 64 岁；57 例患者随机分成二组，治疗组 37 例，对照组 20 例。病程 7 天~ 3 年；57 例患者经 X 线摄片，有腰椎退行性病变者 38 例；全部患者均经本院及外院 CT 确诊。

治疗方法 用 10ml 一次性针管抽取 25% 甘露醇 10ml，嘱患者俯卧，露出腰背部，在腰椎脊旁常规消毒。取消毒 3 寸穿刺针，按突出部位及方向，沿腰脊旁向内斜刺入，至遇到阻力或患者诉局部麻木及有放射状感觉时，即注入甘露醇 6ml，后退出寸许，再注入余下 4ml。注射完毕，待患者休息 3~ 5 分钟后，即对患者施行推拿，在腰部施行滚法、指按法及肘按法，并用肘关节在患者下肢沿坐骨神经路线进行弹拨约 10 分钟。嘱患者仰卧，用滚法放松双下肢，并点足三里、阳陵泉、解溪、行间、太冲，最后拍打双下肢结束。甘露醇局注隔天 1 次，连续 5 次，共计 50ml。对照组仅作推拿配合牵引治疗。

治疗结果 疗效标准：腰痛及下肢放射痛，麻木全部消失，活动自如者为痊愈；腰痛及下肢放射痛消失，但患肢有轻度麻木者为显效；腰痛及下肢放射痛减轻，但麻木仍存者为有效；上述症状无明显改善者为无效。

治疗结果：治疗组中，15 天内显效者 21 例，有效者 12 例，无效者 4 例；30 天内显效者 28 例，有效者 6 例，无效者 3 例；45 天内痊愈者 9 例，显效者 19 例，有效者 9 例，无效者为 0。对照组中，15 天内显效者 6 例，有效者 9 例，无效者 5 例；30 天内显效者 11 例，有效者 7 例，无效者 2 例；45 天内痊愈者 5 例，显效者 13 例，有效者 2 例，无效者为 0。

讨论 甘露醇为低分子化合物，它能提高血浆渗透压，使组织间液水份向血浆转移，产生脱水作用。而腰椎间盘突出，主因是由于纤维环的破裂，使髓核通过破裂的纤维环突出而压迫神经根，导致一组临床症状，如疼痛，下肢部麻木等。局注甘露醇，使甘露醇不通过血液循环，直达病所，通过毛细血管的再吸收，轻度提高血浆渗透压，使炎性肿胀的神经根及突出髓核的水份向血浆内转移，使髓核对神经根的压迫减轻或消除而达到临床治疗目的。

(收稿：1996- 02- 06)

按摩及导引 治疗骨折后期关节僵硬

任贵阳

国家体委成都运动创伤研究所 (610041)

自 1992 年 3 月~ 1995 年 6 月采用按摩和导引方法治疗 82 例四肢骨折后期关节功能障碍患者，报告如下。

临床资料 82 例中男 47 例，女 35 例；年龄 5~ 73 岁；上肢骨折 29 例，下肢骨折 53 例；手术内固定 8 例，非手术 74 例；固定时间最长 1 年，最短 2 周。

治疗方法 1. 按摩手法：(1) 以全手掌在伤肢关节的表面及远近两端进行上下来回的抚摸，待皮肤微发热为止。时间约 3~ 5 分钟。(2) 以拇指与其余四指指腹对合用力的方式对关节及两端的肌肉、筋膜、韧带等进行由下至上、由轻到重的揉捏并擦舒活酒。手法持续时间 10~ 15 分钟。(3) 以拇指指尖在关节周围取 2~ 3 个穴位进行点压，待出现胀、麻、痛为止，并对粘连挛缩的肌腱进行弹拨。(4) 对关节实施不同方向的抖动和摇晃，使关节的活动范围逐渐加大，进一步松解粘连，通利关节。(5) 酌情对关节进行被动的屈伸扳拉，但手法切忌粗暴，以免造成新的损伤，加重粘连。以上按摩手法每天 1 次，约 30 分钟。

2 导引法：(1) 摸高：主用于肩、肘关节的功能恢复。(2) 拉滑轮：用于上肢关节的功能恢复。(3) 主动屈伸：适用于四肢关节。(4) 床边悬吊：主用于膝关节。(5) 下蹲、起踵：适用于下肢各关节，特别是踝关节。

在运用按摩及导引法的同时，配合中药熏洗和红外线、TDP 理疗，效果更佳。

治疗结果 优：关节屈伸及旋转等各范围活动完全恢复如健肢，天气变化无疼痛，能从事正常体力劳动者 60 例；良：关节屈伸或旋转功能略受限，受限范围在 10° 以内，天气变化偶有酸痛或不适，对工作和生活无明显影响者 11 例；尚可：关节某一功能活动范围受限在 20° 以内，肌力较健肢稍差，天气变化有不快感，对工作和生活有一定影响者 7 例；差：经治疗后僵硬情况虽有明显改善，但关节某一功能活动范围仍受限在 30° 以上，肌力明显较健肢差，天气变化感疼痛，能完成部分动作，生活尚能自理者 4 例。

讨论 在运用按摩和导引治疗关节僵硬时，笔