

时强大的张力。也可因术后早期过量的功能锻炼引起钢丝断裂。本组克氏针张力带法和钢丝张力带法各发生 1 例。钢丝张力带法所发生的 1 例因应用钢丝稍细,加之患者不慎滑倒,患侧股四头肌突然用力等原因使钢丝崩裂,而再次手术。

钢丝张力带方法治疗髌骨骨折,保留了克氏针张力带固定的优点。钢丝经髌骨断面固定,同时在髌前形成张力带,由一根钢丝同时完成,消除了克氏针张力带方法中克氏针与钢丝间的松动而引起的并发症。张力带于髌前折返扭结形成的两钢丝袢,在打结时较于髌前交叉的 8 字张力带固定法更容易收紧,形成对断端的压力更大,使钢丝更贴伏于髌骨表面,固定牢固,且方法简便。本法也有一定局限性,对于有多块碎小骨块的粉碎骨折不适用。在对抗股四头肌拉力方面稍小于克氏针张力带法,但仍可承受近两倍于体重的拉力。

所以应选用粗一些的钢丝,防止术后钢丝断裂。

参考文献

1. 毛宾尧,张学义,乐兴祥. 膝关节外科学. 第 1 版. 北京: 人民卫生出版社, 1987. 121~ 123
2. Müller ME, Allgower M, Schneider R, 等. 骨科内固定. AO 组织技术推荐. 第 3 版. 海德堡: 斯普林格出版公司, 1991. 荣国威, 翟桂华, 刘沂, 等译. 北京: 人民卫生出版社, 1995. 390~ 393
3. 陆裕朴, 胥少汀, 葛宝丰, 等. 实用骨科学. 第 1 版. 北京: 人民军医出版社, 1991. 679~ 684
4. 宋进臣. 张力带治疗髌骨骨折的并发症与改进措施. 北京医学, 1996, 18(3): 141~ 143
5. 周维江, 徐印坎. 克氏针钢丝张力带内固定的疗效与并发症. 骨与关节损伤杂志, 1988, 3(4): 214

(收稿: 1999- 03- 10)

自制双刃针经皮内固定治疗锁骨骨折 48 例

潘代恩 刘远芬

贵州省黔东南州中医院(562400)

自 1993 年以来,我们应用自行磨制的双刃骨圆针,作锁骨闭合复位经皮穿针内固定治疗锁骨横断型与斜型骨折 48 例,取得了满意效果,现总结如下。

临床资料

本组 48 例中男 31 例,女 17 例;左侧 29 例,右侧 19 例;横断型 34 例,斜型 14 例;伤后至治疗时间最短 2 小时,最长 5 天,平均 19 小时。

治疗方法

1. 双刃针的制备: 根据不同年龄组锁骨的粗细及髓腔的大小,选用直径分别为 2mm、2.5mm、3mm、3.5mm、4mm 不同规格的不锈钢骨圆针,将其尖刃端的另一钝头端,用钢锉打磨与尖刃端同型即成为两头尖刃的双刃针,消毒备用。

2. 经皮闭合穿针: (1) 在电视 X 线机监视下进行。(2) 颈丛神经阻滞麻醉后常规消毒皮肤。(3) 透视下找准经皮进针点,刀片尖刺破皮肤 5mm,右手持双刃针穿入皮肤,针尖将骨折远端向前上方撬拨使其位于皮下,注意切勿损伤锁骨下神经、动静脉和胸膜。压低针体与锁远折段平行穿入髓腔,摆动针体见骨折端随之而动,皮外针端装入克氏骨钻锁紧,针尖向肩峰后侧钻至皮下穿出皮肤 5~ 10cm,卸下克氏钻连接已穿出皮外的骨圆针向外退针至另端针尖位于骨折远端处,整复骨

折远近端对位,助手维持固定,术者摇动骨圆针进入骨折近端至针尖穿出近折端骨皮质后剪断远端埋于皮下,皮肤针孔消毒覆盖敷料即可。(4) 术后酌情使用抗菌素 3~ 5 天。(5) 每隔 20~ 30 天摄片观察骨折愈合情况,届时拔除骨圆针。(6) 术后口服接骨中药快速生肌接骨散。该接骨散为本院验方,主要由淮山药、五瓜籽、骨碎补、田三七、自然铜、透骨消、川红花、续断、虎骨、穿山甲、丹参、厚朴、土鳖虫、甲珠、珍珠、接骨丹、绝痛草等中草药按不同比例组成。将上药研为细末装入胶囊,每粒重量 1g,每次 6g,每日 3 次。半月为 1 疗程,服 1~ 2 疗程。

治疗结果

本组全部病例达到解剖复位,骨性愈合,无针孔感染及骨折移位与成角现象。随访时间最短 3 个月,最长 4 年,肩关节功能正常。

讨论

1. 穿针要点: (1) 双刃骨圆针直径略小于锁骨髓腔内径。(2) 严格遵守无菌操作技术。(3) 骨折远端向下移位者应缓慢进针并紧贴骨面将其撬拨位于皮下再穿入骨髓腔。(4) 双刃骨圆针一端穿入骨折远端髓腔后方可将另一端装入手摇克氏钻,此时将针体压低与锁骨平行,针尖向肩峰后外侧穿出皮肤。(5) 拆下克氏

钻与穿出端钢针连接紧固,电视 X 线机监视下将近端针尖退入骨折端髓腔内,重整两折端对位将钢针钻入近折端髓腔内不超出胸锁关节为度。(6) 剪断皮外针段将固定针断端埋于皮下,消毒后盖敷料。

2. 注意事项:操作忌粗暴,缓慢进针,严防损伤锁骨下神经血管与刺破胸膜和损伤肺组织,以免导致严

重的早期并发症。本组 48 例未发生以上情况。

3. 双刃针的优点:(1) 各种规格的骨圆针均可自行磨制,勿需特殊设备即可自制备用。(2) 钢针一次穿出皮外,不需调换针尖,只需调换克氏钻,省时省力,免除了二次穿针的麻烦及危险性。

(收稿:1998-03-06)

综合疗法治疗髌骨软骨软化症 64 例

何进

浙江省中医院(杭州 310006)

髌骨软骨软化症也称髌骨软骨病,或髌骨软骨炎。笔者自 1996 年 6 月以来,采用中药熏洗,扶他林乳胶剂外擦,配合手法治疗本病 64 例,取得较为满意的疗效,现总结如下。

临床资料 64 例中男性 29 人,女性 35 人;50 岁以上 21 人,30~50 岁 36 人,30 岁以下 7 人;双膝发病 21 例,单膝发病 43 例;病程最长 8 年,最短 4 个月,其中 1 年以上 23 人,1 年以内 41 人。

诊断依据:1. 外伤史或劳损病史;2. 上下楼疼痛加重,半蹲位疼痛加重;3. 髌骨下脂肪垫压痛阳性;4. 推髌抗阻试验阳性;5. 髌骨关节面有压痛;6. X 线表现:早期多属正常,晚期可见髌骨关节面软骨下骨质致密,不光滑,有时可见囊性变,髌股关节间隙变窄。

治疗方法 采用我院传统验方“损伤洗方”熏洗患膝,诺华公司生产的扶他林乳胶剂外擦,配合手法治疗。“损伤洗方”由公丁香、红花、当归、川芎、丹皮、木香、白芷、乳香、没药等 14 味中药组成。将各药按一定比例碾磨成粉状。使用时,每次取适量药粉加入开水约 250~300ml,先以热气熏患肢膝部,再以毛巾浸润药液趁热洗患膝或做热敷。此举可反复进行,药液降温后可加热再洗,每次熏洗时间约 30 分钟,每日 1~2 次。治疗手法由三个部分组成:第一部分:让患者仰卧,患肢伸直,医者拇指与其它四指分开,捏握髌骨,进行上、下位(沿肢体纵轴)活动,时间约 5 分钟;第二部分:以右膝为例,医者右手握住患肢踝上部分,嘱患者屈膝屈髌,左拇指半屈位顶在髌上缘,令患者伸直下肢时,拇

指用力向直下和斜下方向顶压髌骨。顶压的位置是髌骨外上缘和内上缘。重复 5~8 次;第三部分为膝关节放松手法,仍以右膝为例,医者右手握住患肢小腿下端,左手托于窝部,嘱患肢放松,做被动屈伸活动,其间配合点按血海、梁丘、膝眼等穴及膝周滚、揉手法,时间约 5 分钟。手法治疗过程中配合扶他林乳胶剂外擦。以上治疗过程每日 1~2 次,每 10 次为 1 疗程。

治疗结果 经过 2 个疗程治疗后统计:痊愈(症状全部消失,体征完全恢复正常)8 例;显效(症状大部分消失,体征基本恢复正常)28 例;有效(症状明显缓解,体征部分改善)15 例;无效(症状和体征改善均不明显)13 例。

讨论 髌骨软骨软化症,属中医“劳损”“伤筋”范畴,多因外伤或劳损,导致局部气血瘀滞不宣,筋、肌、软骨失于气血濡养而发病。我院传统验方“损伤洗方”主要由活血化瘀和舒筋通络的中药组成。方中红花、当归、川芎、乳香、没药等功专活血化瘀、消肿止痛,公丁香、白芷、木香、儿茶等效能温经通络、理气止痛。诸药合用,具有活血止痛,舒筋通络之功效。手法治疗的机制是松解髌股关节囊的粘连,增大髌股关节间隙,改善关节内血运。第一部分手法侧重于松解关节囊及髌支持带,减少髌股关节面的压力;第二部分手法则侧重于松解髌骨上、下位的粘连;第三部分手法旨在舒筋通络。

(收稿:1999-02-08)