

型和内固定的操作情况，将稳定性分为三个等级。第一级：绝对稳定。可以允许患肢早期负重。这种情况通常仅在短斜形或短的螺旋形骨折在应用拉力螺钉加压并伴有中和钢板的情况下才能实现。横断骨折，必须在钢板预弯、内侧皮质充分加压后才能实现。第二级：相对稳定。这种情况不允许患肢早期负重，但允许患肢在不负重情况下，活动髌、膝关节。通常的骨折类型为横断骨折或内侧短的粉碎骨折，在没有应用加压技术或虽应用加压技术，而仍不能使内侧皮质充分加压的情况。某些长的粉碎骨折，在两端正常骨骼中均有4枚螺钉固定时，也属于此。因为“AO”组织认为，当内侧皮质是粉碎的，或内侧存在一个间隙，即使这个间隙不能为肉眼发现，仅仅是一种“智力”上的认识，在负重时，应力将集中在钢板上，将使钢板折弯或断裂<sup>①</sup>。这一类型，是医生最易产生错觉，误将相对稳定为绝对稳定，而鼓励或支持患者早期负重，从而使内固定失效。对这一类型必须待内侧骨痂出现后，才能开始部分负重。在负重后，要随时注意骨痂的生长情况，如发现内侧过多的云雾状骨痂，即要减少活动，以避免钢板疲劳断裂。第三级，不稳定。这种情况术后必须加用外固定保护。通常是长的粉碎骨折，而钢板较短，在正常骨骼上固定

的螺钉一端或二端少于4枚，钢板螺钉不能克服患肢不负重活动时产生的应力，必须加用外固定，才能使骨折端稳定。

3. 术后的康复训练必须依据内固定的稳定性来进行。再一个就是接受手术医生的指导。非手术医生常常根据 X 线片判断内固定的稳定性，这是不够的。因此，手术医生必须重视骨折病人康复期的管理，根据手术时的情况，病人的具体情况，制定一个完整的康复计划，记录在案，并及时检查、修正。

参考文献

① 刘一，徐莘香. 股骨干骨折钢板内固定的生物力学研究. 白求恩医科大学研究生学位论文汇编，1992 121  
 ② 冯赶年，程光龙，武维波，等. 股骨干骨折接骨板后外侧固定的实验研究. 骨与关节损伤，1994，9（4）：254  
 ③ 徐莘香，刘一，李长胜，等. 当前骨折内固定治疗中的几个基本问题. 中华骨科杂志，1996，16（4）：204  
 ④ Müller M E, Augower M, Schneider R, 等著. 荣国威，翟桂华，刘沂，等译. 骨科内固定. 北京：人民卫生出版社，1995，9

(收稿：1998-08-21)

## 臀筋膜炎与腰椎间盘突出症

卢建华<sup>1</sup> 蔡永年<sup>1</sup> 戴寿旺<sup>2</sup>

(1. 浙江省中医院骨伤科，浙江 杭州310006; 2. 温州市中西医结合医院 (325000))

作者自1996年6月~1997年5月共收治22例腰突症患者经手术或大推拿治疗后仍感腰腿痛，经进一步检查，确诊为臀筋膜炎，经小针刀治疗后，症状消失，现对这一现象作一简单探讨，供同道参考。

临床资料

1. 一般资料：本组22例中，男性19例，女性3例，年龄最大者为67岁，最小者为23岁，平均年龄为47.6岁。本组22例患者均以腰腿痛就诊，且均是较为典型的下腰突症，都有典型的腰痛及坐骨神经放射痛。病程最长者10年，最短者为半个月。本组22例中，手术治疗者16例，在持续硬膜外麻醉下，椎板开窗，突出髓核摘除，或加椎管扩大术；大推拿治疗者6例，在麻醉达成后，行骨盆牵引，直腿抬高加强，脊柱旋转扳法，压腰后伸扳法，点按臀中肌。

2. 术后症状与体征 主要症状为臀部疼痛及下肢放射痛。其它症状与体征包括：患者髂嵴下方压痛共21

例；直腿抬高试验阳性共6例；直腿抬高加强试验阳性共5例；受凉或过累后加剧者共6例；臀部活动受限及肌肉紧张者共13例。

治疗方法及疗效

经确诊后，我们均采用小针刀疗法。方法如下，用指甲在进针处卡印定，常规消毒，铺洞巾，术者戴手套。用0.5%利多卡因在皮肤及病灶处均行浸润麻醉。先用三棱刀刺开皮肤，达病灶，再用平口钝刀循针孔达病灶，在髂骨外板上作纵行剥离，之后又行横向弹拨，然后稍稍退出平口钝刀，在卡压周围进行松解，再经病灶内注射确炎舒松A 10mg 加维生素 B<sub>12</sub>0.5mg，用消毒创可贴敷盖针孔。

疗效评定标准：优：臀部疼痛及下肢放射痛完全消失，恢复原工作；良：劳累后有轻度臀部疼痛，恢复原工作或较轻工作；中：症状大部分消失，可恢复轻工作，或症状虽消失，但受凉或劳累后又有臀部疼痛及下肢

放射痛,需短期休息;差:症状未见好转,或虽有好转,但时有发作,不能恢复正常工作。本组治疗中,达优者16例,达良者5例,达中者1例,差者无。本组治疗优良率达95.45%。

### 讨论

1. 对于腰突症术后产生臀筋膜炎这种现象,我们从以下几方面加以分析:

(1) 腰突症合并臀筋膜炎。部分患者在腰突症治疗之前合并有臀筋膜炎,但在临床上漏诊率往往较高,究其原因有:一是两者临床表现相似(在臀筋膜炎中直腿抬高试验阳性者占10%);二是患者主诉常无臀部症状描述;三是CT、MRI、椎管造影等检查结果局限了临床思维,从而忽略了详细的体检<sup>[1]</sup>;四是臀筋膜炎相对较轻,且治疗较容易,不易引起重视;五是部分腰突症患者出现脊柱侧弯,使腰背筋膜紧张,日久由于代偿活动,便使其在止点处慢性劳损,形成无菌性炎症,便成了臀筋膜炎。

(2) 在手术治疗时,过大的剥离骶棘肌,或在大推拿治疗中,脊柱旋转扳法和压腰后伸扳法两种较主要的手法中,动作粗暴、幅度过大均可造成臀筋膜炎。腰背筋膜是全身最厚和最强大的筋膜之一,包绕骶棘肌形成肌鞘,向下移形为臀筋膜,起于髂骨嵴。在剥离骶棘肌时,过大范围的牵拉,或动作过于粗暴,均可在其起点髂骨嵴处造成拉伤,使周围组织充血,肿胀及渗出,以致无菌性炎症改变。其结缔组织中的白色纤维出现挛缩及瘢痕化,并逐渐形成细小的结节,其中较大者可以用手指触及。此种细小的结节散布于软组织中的弥漫性小病灶,其不断向四周散发异常冲动,并刺激末梢神经的轴突,再通过反射而产生一系列症状。散在的结

节亦可连接成块状,如果细小的臀上皮神经被包绕其中,由于白色纤维组织的收缩而可出现臀上皮神经卡压综合征。并构成持续性疼痛等症状的解剖学基础<sup>[2]</sup>。

2. 两者鉴别诊断 腰突症和臀筋膜炎的鉴别诊断并不困难,虽然患者的主诉与腰突症相似,均有臀痛及下肢放射痛,但患侧髂嵴下方局限性压痛为其临床特点,这种病虽有坐骨神经放射痛,但其表现的坐骨神经痛部位并不象腰突症坐骨神经痛分布的那样清楚,臀筋膜炎患者很少见皮肤感觉改变及腱反射异常,此病在休息后,急性患者多可自愈,慢性患者症状可以长期存在,直待适当治疗后,疼痛才可消失<sup>[3]</sup>。

3. 对并发臀筋膜炎的防治措施 对并发臀筋膜炎的预防措施:一是术前认真体检,避免漏诊,确诊两者并存,向患者言明;二是术中动作要求柔和,切忌粗暴,幅度要适可而止。对术后出现臀筋膜炎患者,我们利用小针刀对疤痕组织进行松懈,使病灶出血,造就新鲜创面,促使病变组织中的血管重建,改善局部内环境,同时通过对病变部位较强的刺激,以提高局部组织的兴奋性,调动人体生物能康复系统,从而消除症状,获得康复<sup>[4]</sup>。

### 参考文献

- [1] 陈传民,温超峰,张俊.臀上皮神经嵌压综合征合并无症状腰椎间盘突出症的诊疗体会.中医正骨,1995,7(2):33
- [2] 赵定麟.下腰痛.上海:上海科学技术文献出版社,1990.189
- [3] 邵宣,许竞斌.实用颈腰痛病学.北京:人民卫生出版社,1992.381
- [4] 魏效森,曲宏臣,王静丽.小针刀疗法的作用机制和临床应用.中医正骨,1993,5(3):17

(收稿:1997-08-21)

## 小儿肱骨远端骨骺损伤诊治分析

祁嘉武 张生玉

(金昌市第一人民医院,甘肃 金昌 737000)

作者总结分析了我院外科1990年1月~1995年12月间诊治的10岁以下小儿肘部损伤165例,其中肱骨远端骨骺损伤66例,现就其诊治结合文献分析如下。

### 临床资料

本组66例中男45例,女21例;年龄10月~10岁;左侧43例,右侧23例;内髁骨骺骨折16例,外髁骨骺骨折35例,全髁损伤15例;全髁损伤者,Salter-Harris I型6例,II型9例,尺偏型8例,桡偏型4例,单纯前后移位3

例;髁部骨骺损伤者骨折块均有不同程度的翻转移位;伤后就诊时间最短半小时,最长14天;手法复位31例,手术30例,未治5例。

### 治疗结果

66例中,随访48例,失访18例。随访最短半年,最长4.5年,平均2.3年。按戴立争<sup>[1]</sup>肘关节创伤评分标准评分。结果:优:肘关节发育及屈伸功能正常,本组30例;良:肘关节屈伸范围在120°以上,携物角增大或减