

手法与牵引治疗儿童髋关节急性滑膜炎

武明泽

(老河口市第一医院, 湖北 老河口 441800)

急性髋关节滑膜炎是一种较常见的少儿损伤性疾病^[1], 治疗方法较多, 本文就我院 1988~ 1998 年采用手法与牵引治疗的 78 例急性髋关节滑膜炎报告如下。

1 临床资料

本组 78 例中男 69 例, 女 9 例; 年龄 2~ 10 岁。左侧 31 例, 右侧 47 例, 发病 1~ 7d。诊断标准: ①多有蹦高、跳下、滑倒等外伤史。②述膝关节或大腿内侧疼痛不适。③跛行, 走得愈快愈明显。④患肢比健肢长。⑤骨盆 X 线片示骨盆向患侧倾斜。⑥部分患儿有低热、咳嗽、白细胞计数增高。

2 治疗方法

牵引治疗 32 例, 入院后行患肢皮肤牵引, 重量 2~ 3kg。静脉点滴青霉素, 疗程 5~ 7d。手法治疗 46 例, 患儿取仰卧位, 术者立于患侧床旁, 一手扶压住患儿患侧膝部, 一手扶握住患肢小腿中段, 尽量屈膝屈髋, 大腿背侧紧贴腹部, 握膝之用力使患肢大腿贴近腹壁作内收、内旋、伸直患肢, 术中可闻及“咯吱”声响, 若双下肢已等长, 证明复位成功。

3 治疗结果

牵引治疗 1 周治愈 29 例, 2 周治愈 3 例。手法治疗 1 次治愈 38 例, 2 次治愈 5 例, 3 次治愈 3 例。

4 讨论

通过本组患儿的观察与治疗, 我们认为, 本病在病因上与外伤有关。但是, 这种外伤的程度较为轻微, 仅仅是活动量较大的运动, 如赛跑、跳皮筋等, 再加之患儿小, 往往叙述不清, 应仔细询问。在发病机理上, 滑膜嵌夹在股骨头与关节盂之间出现非特异性炎症改变, 是其主要的病理变化, 因此, 我们认为以“髋关节急性滑膜炎”作为诊断名称, 使病名与病理变化做到了有机的统一。在治疗上, 虽然通过制动, 可使滑膜水肿和炎症反应消退, 嵌夹的滑膜组织能够自行恢复。但是, 手法复位则可立即恢复关节功能, 大大缩短疗程, 应作为首选的治疗方法。

关于复位手法, 我们认为采用逆创伤机制施行手法复位原则, 不仅可以获得准确的复位, 而且也较省力。本病的发病机制与髋关节前脱位相似, 因此, 可采用整复前脱位的 Bigelow 氏法, 亦将患髋依次完全屈曲→内收、内旋→伸直→回到中立位。通过这一连续的环周运动, 使嵌夹的关节囊滑膜组织得到松解, 股骨头回归复位, 头臼关系恢复正常。

参考文献

[1] 盛旭明. 少儿髋关节急性滑膜炎的 B 超检查. 中国骨伤, 1995, 8 (5): 39.

(编辑: 李为农)

多窗引流在肢体皮肤大面积剥脱性损伤中的应用

梁承周 欧怀东 刘建国

(萧县人民医院, 安徽 萧县 235200)

我院 1992 年 5 月~ 1997 年 5 月应用撕脱皮肤断层再植结合多窗(多切口)引流共治疗肢体皮肤大面积剥脱性损伤 28 例, 再植皮片成活率较高, 效果满意, 报告如下。

1 临床资料

本组 28 例中, 男 21 例, 女 7 例; 年龄 5~ 63 岁。致伤因素: 交通事故伤 23 例, 机器滚轴碾压伤 5 例。剥脱范围: 单侧肢体中手及腕部 3 例, 肘部以远 7 例, 前臂、肘部及上臂 2 例, 上臂及肩部 1 例, 足部 4 例, 膝部以下 6 例, 小腿、膝部及大腿 3 例, 大腿及会阴部 1 例, 双侧肢体中右足、右小腿并左小腿 1 例。剥脱面积: 最小 12cm × 13cm、最大 67cm × 44cm。合并伤: 23 例合并四肢不同部位骨折, 1 例骨盆骨折伴尿道断裂, 3 例合并肋骨骨折伴血气胸, 2 例合并脾破裂, 1 例合并肝破裂。11 例出现创伤性休克。受伤至手术时间: 最短 40min, 最长 6h。术中输血量最多者 2000ml。

2 治疗方法

在积极抗休克的同时, 选择适当的麻醉, 迅速处理严重危及生命的胸腹部脏器损伤, 待生命体征稳定后, 再进一步处理四肢损伤。

术中不用止血带, 以便正确分辨已失血供及已坏死的组织。先以生理盐水、1:1000 的新洁尔灭溶液、3% 过氧化氢溶液、稀碘伏反复冲洗患肢创面及剥脱的皮肤, 尽可能彻底清除浅表异物及污染物。消毒铺巾后, 进一步予以清理, 并去除已失去活力的脂肪、筋膜及肌肉组织, 重要的血管、神经及肌腱尽量予以保留。选择可靠的内固定法固定骨折, 裸露的骨骼以肌瓣转移覆盖。对剥脱的皮肤视其范围及面积大小以鼓式取皮机或手术刀片将其切割成断层皮片, 剪去失去活力的边缘, 然后横行以 2cm 为间距、纵行交错切出多个长约 1cm 切口, 并将其原位再植于剥脱处, 边缘与创面皮缘间断缝合。为防所植皮片滑动, 可将其与受皮创面再缝合数针固定。术后不置橡皮片引流, 以无菌敷料适当加压包扎。