

手法与牵引治疗儿童髌关节急性滑膜炎

武明泽

(老河口市第一医院, 湖北 老河口 441800)

急性髌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 例急性髌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, 尽量屈膝屈腿, 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“髌关节急性滑膜炎”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。本病的发病机制与髌关节前脱位相似, 因此, 可采用整复前脱位的 Bigelow 氏法, 亦将患髌依次完全屈曲→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. 少儿髌关节急性滑膜炎的 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。

术后处理: 术后常规应用抗菌素 8~10d, 短期给予甘露醇并辅用 β -七叶皂甙钠以防治肢体创伤性水肿。适当给予活血化瘀、清热解毒等中草药制剂。术后 12d, 考虑所植皮肤已与创面基本愈合牢固, 始予以换药、拆线, 然后继续稍加压力包扎。3 周后完全解除压力及敷料。皮片部分坏死后所遗创面, 待肉芽组织生长丰富后, 行二期植皮。

3 治疗结果

28 例伤者, 撕脱皮肤经断层再植后, 成活率最低 72.4%, 最高 100%, 平均 88.6%。坏死部分均为挫伤严重处。其中 5 例发生轻度感染, 11 例创面一期愈合, 17 例二期植皮愈合。本组无死亡病例, 均保住了患肢。

4 讨论

过去常采用的多根橡皮片引流, 可使部分断层皮片与创面隔离, 阻碍两者之间血流通道的建立, 而且拔取引流橡皮片

时, 因其牵拉作用, 又可使局部再植皮肤与创面之间发生滑动变位, 干扰或破坏其周围已形成的脆弱毛细血管。另外, 受到牵拉的创面, 亦可发生再次出血, 进而形成皮下血肿, 使部分断层皮片与创面分离, 从而引起局部皮肤坏死, 降低所植皮片的成活率。而多窗引流不但可使引流更为彻底、可靠, 避免皮下血肿形成, 使所植皮片与创面紧密贴合, 促进创面与断层皮片之间毛细血管的长入, 而且减少了不必要的干扰, 从而使所植皮片成活率增加。再者, 多窗也能够减轻所植皮片的张力, 相应“扩大”断层皮片的覆盖面积, 弥补因肢体水肿或部分皮肤缺损所造成的创面相对扩大及断层皮片的相对不足。综上所述, 多窗引流应用于肢体皮肤大面积剥脱性损伤的治疗中克服了影响断层植皮愈合的诸多不利因素, 因而获得了显著的临床效果, 较多根橡皮片引流具有明显的优越性。

(编辑: 房世源)

封闭加手法治疗隐神经卡压综合征 20 例疗效观察

毕曙光¹ 郭效东²

(1. 保定市中医院, 河北 保定 071000; 2. 中国中医研究院骨伤科研究所, 北京)

我院自 1999 年 10 月至今采用封闭加手法治疗的方法共收治隐神经卡压综合征患者 20 例, 效果满意, 报告如下。

1 临床资料

本组 20 例中男 6 例, 女 14 例。年龄 20~78 岁, 平均 44.2 岁。左侧 8 例, 右侧 15 例, 其中 3 例为双侧发病, 均为女性。病程 1 周~3 年。有轻重不同的外伤史者 8 例, 感受寒湿者 10 例, 无明显诱因者 2 例。临床表现: 大腿下内侧和小腿前内侧持续性疼痛及酸乏感, 疼痛范围弥散, 走路、劳累、感受寒湿或久站后加重。皮肤痛觉过敏或减退, 往往有针刺或烧灼样疼痛。隐神经出口(内收肌管前口)即股骨内上髁上方约 10cm 处压痛明显, 并向膝关节内侧及小腿前内侧放射。胫骨内缘及腓肠肌有压痛。内收肌管隐神经封闭治疗后症状可立即减轻或缓解。

2 治疗方法

所有患者均采用内收肌管隐神经封闭治疗(每周封闭一次), 同时手法治疗, 每日一次, 每次 30min, 7 次为 1 疗程。

2.1 封闭治疗 ①药物: 康宁克通 A 40mg 加 2% 利多卡因 5ml 及生理盐水 5ml。②操作方法: 在大腿中下 1/3 处的内侧面, 用抗阻收缩的方法。具体方法见文献[1]。

2.2 手法治疗 ①点穴冲门、箕门、血海、阴包、曲泉、阴陵泉、中都、蠡沟、三阴交、委中、承筋、承山穴, 每穴约 1min。重点点阿是穴(即内收肌管前口)。②自患肢大腿向下至足踝部用按、摩、揉、滚等常规放松手法治疗。③用弹、拨、刮、铲、镇压等分筋手法治疗以分离粘连, 提高痛阈。④用推法、擦法等理筋手法理顺筋脉, 擦法以透热为度。牵抖患肢结束手法。

3 治疗结果

优: 大腿下内侧和小腿前内侧持续性疼痛及酸乏感消失, 患肢皮肤感觉正常, 内收肌管前口压痛消失, 6 个月未见复发

者, 16 例; 良: 评定条件同优, 但患肢皮肤感觉未完全恢复者, 3 例; 可: 评定条件同良, 但于长时间走路及久站后患肢仍有酸乏感者, 1 例; 差: 治疗前后症状无明显改善者, 0 例。

4 讨论

4.1 隐神经的生理解剖特点 隐神经在腹股沟韧带下方从股神经分出后, 与股动、静脉向下伴行, 在股中 1/3 段内侧面进入股内收肌管上口。内收肌管上口由股内侧肌、长收肌与股收肌腱板上缘围成; 下口是大收肌两个腱束之间的裂隙, 股血管经此走向大腿后面; 前口是股收肌腱板上的裂隙, 隐神经及膝最上动脉由此出管。因前口是腱性组织, 比较狭窄且弹性差, 极易因外伤、手术、劳损及感受寒湿等原因引起急性炎性肿胀、痉挛或慢性炎症纤维粘连而导致隐神经在此处受到机械性卡压及炎性损害。隐神经出收肌管后下行分布于膝内侧、小腿前内侧、内踝及足的内侧缘。在小腿 7/8 段隐神经发出腓支, 在 6/8 段分为前、后支, 穿出深筋膜后沿大隐静脉下行^[1]。此段常因大隐静脉血栓性静脉炎而引发隐神经损害。

4.2 误诊原因分析 本组患者 20 例, 有误诊史者 17 例, 占 85%。多诊断为“腰椎管狭窄”、“腰椎间盘突出症”、“坐骨神经炎”、“膝关节增生性关节炎”等。本病临床虽不少见, 但因临床医师未能熟练掌握本病的发病及诊断要点, 或因对本病重视不够而误诊。如遇到有上述症状体征的患者时, 应注意对隐神经进行仔细检查, 以防误诊。

4.3 治疗 封闭即是治疗, 也是诊断的一种手段。手法治疗使筋脉疏通, 疼痛消除。

参考文献

[1] 郭世绂. 临床骨科解剖学. 天津: 天津科学技术出版社, 1997. 761-878.

(编辑: 李为农)