

• 短篇报道 •

针刺椎旁肋间神经出口解除胸肋部损伤所致疼痛 36 例

毛雨生

(国家体育总局医院, 北京 100061)

自 1992 年 7 月~ 2000 年 6 月, 笔者采用针刺椎旁肋间神经出口的方法, 解除胸肋部损伤所致的疼痛 36 例, 取得了较为满意的疗效, 现报告如下。

1 临床资料

男 21 例, 女 15 例; 年龄 14~ 56 岁; 病程伤后 30 分~ 1 周。右侧 19 例, 左侧 17 例。

24 例为胸壁软组织挫伤; 12 例为肋骨骨折, 其中单根单处骨折 7 例, 多根单处骨折 5 例。36 例均有胸肋部钝性外力损伤史; 临床表现为损伤部疼痛及压痛, 深呼吸、咳嗽、喷嚏和躯干转动时疼痛加剧; 肋骨骨折的患者胸廓挤压试验阳性。36 例均无皮下气肿、气胸、血胸及胸腹部脏器损伤等严重并发症。

2 治疗方法

患者坐位或俯卧位, 首先确定损伤

部位的肋骨序数, 在其上位胸椎棘突末端旁开 1~ 1.5cm 处, 即损伤节段的肋间神经椎旁出口处一椎间孔, 使用 2 寸长毫针垂直进针, 待患者自述针刺部位有酸胀痛感及有向胸前的串麻感后, 捻转刺激 30 秒。除针刺损伤节段之肋间神经外, 还应针刺损伤节段上下之肋间神经。每日治疗一次。

操作时应注意: (1) 针刺部位不要偏离棘突连线太多; (2) 进针速度一定要缓慢, 待患者针刺部位有酸胀痛感及有向胸前的串麻感后, 就不再向深部进针。否则容易造成气胸。

3 治疗结果

36 例全部随访 6 周~ 12 周, 平均 9 周。27 例一次治疗疼痛消失; 6 例二次治疗疼痛消失; 3 例三次治疗疼痛消失。36 例患者无 1 例产生肺部感染等并发

症。

4 讨论

单根或多根肋骨单处骨折, 因有肋间肌及其上下方完整肋骨的支持, 一般不致移位, 因此单处肋骨骨折的患者不需固定。其治疗与胸壁软组织挫伤相同。

因损伤部疼痛, 胸肋部损伤的患者呼吸浅短, 不敢咳嗽, 故此常可致呼吸道内分泌物积留, 堵塞支气管, 从而引起肺部感染等并发症的发生。

针刺椎旁肋间神经出口一椎间孔, 可直接刺激肋间神经, 具有阻滞肋间神经的作用, 因此可解除胸肋部损伤所致的疼痛。随着疼痛的解除, 病人即可有效地进行呼吸和咳嗽, 从而可防止肺不张、肺部感染等并发症的发生。

(编辑: 李为农)

多枚螺纹钉内固定治疗股骨粗隆间骨折

曹明祥

(泰兴市广陵医院, 江苏 泰兴 225462)

我院用闭合式复位, 小切口多枚螺纹钉内固定治疗股骨粗隆间骨折 18 例, 获得良好效果。

1 临床资料

本组 18 例中男 12 例, 女 6 例; 年龄 45~ 50 岁 6 例, 50~ 85 岁 12 例。稳定型 13 例, 不稳定型 5 例。全部为闭合性新鲜骨折。术前心电图异常 4 例: 其中冠状动脉供血不足 2 例, 左右束支不全阻滞 2 例。

2 治疗方法

平卧位, 先予以牵引内旋等方法手法复位, 患侧臀部垫高 30°, 在 X 光透视下, 助手用手牵引患侧下肢, 固定在满意位置, 常规消毒铺无菌单, 在髌前皮肤上放一枚钢针, 使其与股骨颈、头位置相一致。局麻后, 先于患者大腿外侧股骨大

粗隆下方 5cm 处作一纵形切口 1cm, 钝性分离皮下组织及肌层达股骨, 用 $\phi 4.5\text{mm}$ 钻头由切口伸入达骨皮质外, 前后滑动, 确定股骨干的中点, 顺着干颈角及前倾角的方向徐徐钻入(钻头方向要准确), 达股骨头皮质近 0.8cm 处, 退出钻头。选择好适宜长短、粗细的螺纹钉沿钻孔方向打入旋紧。再选择 1~ 2 个进针点(保持钻孔间距离), 切开 1cm, 用同样方法, 打入 1~ 2 枚螺纹钉。手术过程中, 手感与 X 光间断透视相结合, 确保准确无误。切口各缝一针, 术毕摄片。手术历时 1 小时(±), 术中基本无出血, 无需输血。

术后处理: 常规应用抗生素, 配合中药和营通络, 驳骨续损, 促骨新生。辅以“丁”字鞋外展位固定 1 个月, 3 个月内

不盘腿, 不侧卧, 不负重。3 个月后, 扶拐下地。

3 治疗结果

本组 18 例患者术后均无切口感染(含内科疾病患者), 均达痊愈, X 线片示骨折线消失。无跛行, 伸髋正常, 屈髋大于 90°, 平均愈合时间 10 周, 无一例延迟愈合或不愈合。

4 讨论

多枚螺纹钉固定, 应用局麻, 切口小, 出血少, 手术刺激小, 手术时间短, 术中从未发生过意外情况, 术后从未发生过折钉现象。多钉治疗股骨粗隆间骨折, 对稳定型及轻度不稳定性骨折疗效确切, 能有效地克服骨断端剪力, 及肌肉旋转力, 骨折端固定牢靠, 为术后早期坐床, 离床创造条件, 有利于功能恢复。

(编辑: 李为农)