

具体情况而定,若有外踝撕脱骨折及外侧韧带撕脱者均按踝部骨折处理,骨折对位欠佳须手术切开复位,若踝关节外侧韧带虽有断裂,但无明显踝关节不稳症状,可采用足背伸外翻石膏固定,若关节不稳则采用手术修补。

4.1 新鲜 A:距腓前韧带损伤,行足外翻背伸位,“8”字绷带加压包扎制动或“U”型石膏外固定 2~3 周^[4],若伴有跟腓韧带损伤将踝关节固定于背伸 90°、外翻位 6 周^[1]。B:跟腓韧带损伤,如果扭伤可行“U”型石膏足外翻位固定 2~3 周,如断裂可行“U”型石膏足外翻固定 4~6 周,也可行手术修复,有外踝撕脱骨折者可行手术将骨块复位固定(缝合、钢钉、螺丝钉、张力带)。“U”型石膏固定于踝关节 0°位 4~6 周。若距腓后韧带损伤,“U”型石膏将踝关节固定于中立位 4~6 周。

4.2 陈旧性 若踝关节外侧韧带损伤后,由于早期未能得到及时恰当的治疗,晚期往往出现走路时稍有不慎,便发生踝关节内翻损伤。若症状轻微,对生活及工作影响不大,可采用加强外翻肌肌力锻炼、支具、矫形鞋等保守治疗。如症状严重或通过保守治疗踝关节仍不稳,反复出现踝关节扭伤或踝关节脱位,则通过手术治疗。手术可分非加强重建手术与加强重建手术。非加强重建手术是将拉长韧带紧缩后,通过骨孔固定,用腓骨远端骨膜瓣缝合于韧带表面等方法。其优点是恢复正常解剖关系,并保留距下关节的活动,也避免选用腓骨肌而致外翻肌力减弱;其缺点是用薄弱的局部软组织重建难以

达到关节稳定,因此不适用于过分松弛的踝关节及病史长达 10 年以上或既往曾行韧带修复手术的病人。加强重建手术是指以肌腱移位重建,其结果取决于所选择的移位肌腱及移位肌腱放置的位置是否恰当及准确。一般多采用腓骨短肌腱移位,其方法有 Watson-Jones、Evans、Chrisman-Snook 等。而我们综合几种方法通常采用将腓骨短肌腱在腱腹接合处切断,近端与腓骨长肌腱缝合,远端先自距骨颈上缘斜向下钻孔,将腓骨短肌腱远段自下向上引出,两端固定,然后于外踝中部后外低前高钻孔,将腓骨短肌引出固定重建距腓前韧带,再于跟骨后外面小骨性隆起处钻孔,将腓骨短肌腱引入固定,重建跟腓韧带。术后“U”型石膏固定足中立外翻位 6 周,然后鞋跟外侧垫高活动 3 个月。我们以此法重建 11 例,经 1~2 年随访效果满意。

参考文献

- [1] 天津医院骨科. 临床骨科学(1). 创伤. 人民卫生出版社, 1982. 419.
- [2] 张如明. 踝关节外侧韧带断裂的早期诊断和治疗. 中华外科杂志, 1980, 29(4): 339.
- [3] 周泰仁, 陆震照. 跟腓前韧带、距腓韧带和踝关节稳定性. 中华骨科杂志, 1987, 7(5): 387.
- [4] 戴俭国, 戴惠芳. 手法治疗踝部扭伤 50 例疗效观察. 中医正骨, 1993, 4(2): 26.

(收稿:2001-01-11 修回:2001-04-28 编辑:李为农)

腰源性膝关节疼痛的诊断与治疗

赵文

(遵义医学院附二院, 贵州 贵阳 550002)

膝关节疼痛是一种临床常见症状,导致膝关节疼痛的原因很多,近年来,随着对膝关节疼痛研究的不断深入,人们对导致不同类型膝痛的原因有了更加深入、细致的了解。然而,临床上一些不明原因的膝关节疼痛仍然得不到合理的解释,治疗由于缺乏针对性而疗效欠佳。作者从临床实践及临床症状学观点出发,试图将本组病例作为一种特殊类型的膝关节疼痛进行分析讨论,愿与同道磋商。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组病例为近年门诊病历,共计 74 例。其中男 9 例,女 65 例。年龄在 20 岁以下 2 例,21~30 岁 1 例,31~40 岁 6 例,41~50 岁 13 例,51~60 岁 23 例,61~70 岁 18 例,71 岁以上 11 例。左膝关节疼痛 28 例,右膝关节疼痛 27 例,双膝关节疼痛 19 例。病程 2 天至 5 年。

1.2 主要临床表现 自觉腰痛 10 例,棘突或椎旁压痛 16 例,其中 4 例出现下肢牵扯样痛;膝关节乏力或紧束感 11 例,膝周压痛点 31 例,腰平直 8 例。本组病例直腿抬高试验阴性;下肢皮肤无明显感觉减退区域;肌力正常;无膝或踝反射改变;34 例有数年或数十年前腰部损伤史;14 例行膝关节 X 线片检查显示有轻、中度退变;3 例进行腰部 CT 扫描检查,证

实椎间盘膨出。

1.3 临床诊断依据 膝关节疼痛为轻、中度,呈刺痛、钝痛、冷痛、刀割样或牵扯样痛,可出现膝部松动感、紧束感或感觉缺失样感,患者对关节疼痛的客观描述较为模糊。膝周可出现局限性压痛或不适感,关节功能可轻度受限,以膝关节负重活动时明显,不负重活动时可有疼痛感。疼痛多为间歇性,起步痛,关节屈伸位(上、下梯)活动痛,可出现休息痛,无跛行。膝痛时多无明显腰部症状;排除近期局部损伤史、膝关节其他组织疾病及半月板损伤史。

2 治疗方法

本组病例采用针刺加穴位药物注射治疗。取穴:患侧环跳、臀中、秩边、腰宜等。药液配制:当归注射液 4ml、维生素 B₁₂ 0.5mg、维生素 B₁ 100mg、利多卡因 1ml。穴位皮肤常规消毒后用 4 寸银针斜刺进针,进针深度 2~3 寸,得气后留针 30~40 分钟;出针后用 10ml 空针抽吸上述药液,用 4cm 长 5 号针头行穴位直刺进针,每穴推注药液 1.5~2.0ml。上述治疗隔日 1 次,6 次为 1 疗程。

3 治疗结果

3.1 疗效评定 治愈:膝关节疼痛感消失,膝关节屈伸位活

动自如。显效:膝关节疼痛感消失,屈伸位活动时膝关节仍有疼痛感或膝部不适感。无效:治疗前后症状无明显改善。

3.2 治疗结果 本组病例均在两个疗程内治愈,其中,一个疗程治愈 58 例,本组病例经 6~12 个月随访无复发。

4 讨论

膝关节由腰、骶丛神经所支配,其皮肤感觉节段位于腰 3 至骶 2 的脊髓节段。膝部感觉支配的神经:前方为股神经前皮支;后部为股后皮神经;外侧为股外侧皮神经、腓总神经;内侧为闭孔神经、隐神经。作者认为,本病的发生主要是由于腰、骶神经丛遭受到各种理化因素的刺激或损伤,形成一定的致痛源,膝关节可能作为一种“感应器”或“中聚站”,疼痛刺激通过神经丛及其网络神经纤维的传导作用于膝关节,然后再通过对应的神经回路将疼痛刺激反馈回大脑皮质,从而出现临床症状。而伤害刺激通过神经纤维传导的途径与传导的距离,可能与刺激的强度及致痛物质的释放“数量或种类”有关,当刺激超过一定的强度时,作为“中聚站”的膝关节组织内的神经纤维痛感受器不能及时将刺激沿回路上传,就可能出现膝关节以下的神经刺激症状。

研究表明^[1]:所有脊柱结构都富于神经分布,而且都是多节段重叠性的,多种脊柱的组织结构都可直接或间接地引起疼痛,由于脊柱组织的紧密性和其神经分布的丰富和重叠,因此在临床上难以明确区分其致痛组织;另一方面神经纤维在

功能上具有神经活动的聚合现象^[2],当某一神经纤维受到损伤后,由于神经纤维化学物质的作用,可使相邻神经受到损伤,在临床上可以出现多种不同的症状,或表现为患者对疼痛性质及部位的模糊感、不稳定性。不良的姿势及损害可导致神经根受到不同程度的机械压迫,这里所指的压迫就程度而言还不能导致神经功能的损害,因此在临床表现中未出现明显的神经根损害症状,但多次、反复及低压水平的压迫,可致神经根的营养供应损害,神经组织缺氧、缺血,都对神经功能有着直接的影响。压迫导致神经纤维发生水肿,压迫解除后,水肿将逐渐的消失;压迫还可导致神经根传导功能的障碍,临床上可出现感觉、运动缺失等症状。

针刺作为本病的一种有效的治疗方法,通过刺激损伤局部及其周围组织深部的各类感受器,不但能使局部的神经纤维、神经末梢得到兴奋,加快了受损神经纤维的功能修复;还能使痛信息沿神经纤维传导到脊髓,激活了与内源性痛觉调制系统有关的结构和中枢神经递质系统,使伤害性刺激的传入信息受到抑制,从而产生治疗效果。

参考文献

- [1] 侯树勋,吴闻文.腰痛机理的新认识.中华骨科杂志,1995,15(2):110.
- [2] 万选才,杨天祝,徐承焘.现代神经生物学.北京:北京医科大学中国协和医科大学联合出版社,1999.281-286.

(收稿:2000-02-25 编辑:李为农)

三联固定法治疗胫腓骨不稳定性骨折

齐平坤 张永兴 张卫国

(长清县中医院,山东 长清 250300)

我院用跟骨牵引+小夹板+半开放管型石膏联合固定治疗胫腓骨干不稳定性骨折,效果良好,现介绍如下。

1 临床资料

本组共收治病人 31 例,男 22 例,女 9 例;年龄 19~60 岁;均为闭合性胫腓骨中下 1/3 处骨折;斜形骨折 6 例,螺旋形骨折 20 例,轻度粉碎骨折 5 例。

2 治疗方法

患者入院后,在局麻下行跟骨牵引。小腿置布朗氏架上,牵引重量 4~6kg。每日用手提 X 线机透视。3 日内,骨折位线有明显改善时,在 X 线机监视下行手法复位,小夹板或小夹板+纸垫固定。患肢仍置于布朗氏架上,维持跟骨牵引。定时床头透视位线,必要时调整。2 周后,松去跟骨牵引重量,由助手双手牵引跟骨克氏针,在小夹板外再加用半开放长腿石膏管型固定。

半开放管型石膏,就是使小腿小夹板固定处的前半开放的长腿管型石膏。小夹板与后半管型石膏之间要有一定的空间,以便于检查紧固小夹板,这只要在打管型石膏时,在小夹板后面及后部两侧加用适当厚的衬垫即可。

6 周后拍片复查,去石膏及牵引针,维持小夹板固定至 12 周或拍片见较多的骨痂时,解除小夹板。

3 治疗结果

对线良好,对位解剖复位者 20 例,侧方移位一皮质者 11 例,均无成角及旋转移位。随访时间 2~10 个月,平均 6 个月。骨折愈合时间为 8~12 周,平均 10 周。膝踝活动功能均恢复良好,无克氏针眼感染,无压疮,无骨折延迟愈合。

4 讨论

胫骨的中下 1/3 交界处,是三棱形和四方形骨干的移行部,比较细弱,为骨折的好发部位。由于血管分布特点,局部血液循环较差,骨折多为螺旋形、斜形或轻度粉碎性,为不稳定性骨折。手法复位虽不难,但单纯外固定往往难以维持。反复复位不但浪费愈合时间,且易引起骨不连。

跟骨牵引可对抗小腿肌肉痉挛或收缩的力量,纠正骨折端重叠、成角、旋转畸形。骨牵引 3 天内,位线情况已明显改善,此时在 X 线监测下手法复位,小夹板或小夹板+纸垫外固定,通过布带对木板的传导力和纸垫对骨折断端防止或矫正成角畸形和侧方移位的效应力,多可获得解剖复位或良好的位线。患肢小夹板外固定后仍置于布朗氏架上,维持骨牵引。此时适当的功能锻炼,不但可促进愈合,而且通过肌肉的舒缩活动能使骨折移位的消极因素转变为维持固定、矫正残余畸形的积极作用。