

封闭疗法配合推拿治疗肱骨外上髁炎 65 例

尤家军
(浙江省宁海县中医院 宁海 315600)

关键词:肱骨外上髁炎;封闭疗法;推拿

中图分类号:R 686.1

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2008)01-0050-01

肱骨外上髁炎,俗称“网球肘”,是临床常见病之一,多由外伤或长期慢性劳损而引发,属中医“痹证”范畴。临床治疗中常采用针灸推拿治疗,不但病程长,见效慢,且易复发。笔者近几年来,采用封闭疗法配合推拿治疗本病 65 例,取得较为满意的疗效。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本病患者 65 例,均系门诊病人。其中男 35 例,女 30 例;年龄最小 20 岁,最大 55 岁,20~30 岁 10 例,31~40 岁 40 例,41~55 岁 15 例;患病部位:右肘 40 例,左肘 25 例;病程最长 4 年,最短 3 个月,3 个月~1 年 50 例,2~3 年 10 例,3~4 年 5 例。

1.2 治疗方法 令患者正坐,患肘置于治疗桌上,屈肘成 90 度,掌心向下,肘下垫一脉枕,用指甲切压阿是穴或阳性条索状结节处,并作“十”字标记。用 2%碘酊和 75%酒精作皮肤常规消毒,以醋酸氢化可的松 2mL、地塞米松 5mg、维生素 B₁₂500μg 与 2%盐酸利多卡因 2mL 混合,从标记处进行皮肉注射封闭,当针尖刺到一定深度、患者有酸胀感、回抽无血时,将药液注入,可朝阿是穴(痛点)周围注入少量药液。注射完毕,即可在肘部痛点及其周围作按摩,拿捏手法,共作 3~5min,使局部微热,血行流畅。然后术者一手托住患肘内侧,一手握住患肢的腕部,先伸肘关节数次,然后将肘关节作快速屈曲数次,并同时作旋转活动。这样可以使药液迅速渗透到损伤的组织内外,通过针刺、药物、手法等治疗,可松解粘连,减轻疼痛感^[1]。每 3 天注射 1 次,3 次为 1 个疗程。

1.3 疗效标准 参照国家中医药管理局《中医病症诊断疗效标准》。治愈:疼痛压痛消失,持物无疼痛,肘部活动自如;好转:疼痛减轻,肘部功能改善;未愈:症状无改善。

1.4 治疗效果 65 例中临床治愈 55 例,占 84.62%;好转 8 例,占 12.31%;未愈 2 例,占 3.08%。1 次治愈 30 例,2 次治愈 15 例,1 个疗程治愈 10 例,2 个疗程好转 8 例,3 个疗程治疗未愈 2 例,总有效率 96.92%。

2 典型病例

胡某,男,38 岁,工人,初诊日期 2004 年 8 月 16 日。主诉:右手酸痛 1 年余,加重 1 周。现右肘外侧酸痛,右手握力减弱,不能提重物,梳头、洗脸、吃饭受限。查体:右肩部无压痛,无肿胀,肩关节活动正常,右肘部外侧压痛明显,可触及到条索状阳性反应物一条,按之向前臂放射性疼痛,前臂旋前、旋后活动受限,前臂伸肌群紧张试验(+),伸肌群抗阻试验(+),肘关节 X 光片骨质未见异常。诊断:右侧肱骨外上髁炎。经上述方法治疗 1 次痊愈。1 年后随访无复发。

3 讨论

肱骨外上髁炎是临床常见的肘部慢性损伤,好发于经常做旋转前臂、伸屈肘关节工作或运动的人,如砖瓦工、木工、网球运动员或肘部有损伤病史者,肱骨外上髁炎的发病机理是由于肱桡肌及前臂伸肌肌腱附着点长期摩擦、反复刺激或用力过度急性损伤或拉伤所致,中医学属于“痹证”范畴。临床表现为前臂旋转或屈曲运动肘部疼痛,肌肉痉挛,持物无力,并且在肱骨外髁处有明显压痛点。当急性发作时局部肿胀、疼痛明显,慢性期无肿痛之感,只有患肘作屈曲抗阻力运动时疼痛加剧,酸重困乏^[2]。封闭疗法是采用麻醉、镇痛或止痛等药物注入穴位、痛点、患处及神经相关处,借药物、穴位、针刺三结合的作用,缓解疼痛,而达到治疗目的的一种方法^[3]。配合推拿按摩,可起到舒筋活络、分解粘连、散瘀止痛、温经消肿的作用,从而调整和改善机体病理组织的血液循环和新陈代谢,达到治疗疾病的目的。药液封闭后配合推拿按摩手法,不仅有利于局部对药物的充分吸收,也可以促进患肘尽快康复和疗效的巩固。

参考文献

[1]岑泽波.中医伤科学[M].上海:上海科学技术出版社,1989.198
[2]仇春光.杵针治疗肱骨外上髁炎[J].中医外治杂志,1995,4(18):16
[3]侯天印.中国水针治疗学[M].北京:金盾出版社,1991.1-2
(收稿日期:2007-07-26)

膝部骨折术后伸直型关节僵硬临床分析

俞捷 马春雨 章峰
(浙江省杭州市余杭区中医院 杭州 311106)

关键词:膝部骨折;术后;关节僵硬;临床分析

中图分类号:R 683.42

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2008)01-0050-02

膝部骨折是临床常见骨折类型,对损伤严重的病例术后出现膝关节僵硬并不少见。它对患者的日常生活影响较大,处理起来也十分棘手。本文回顾本院自 2002 年 8 月~2006 年 11 月经治的 23 例膝部骨折术后伸直型关节僵硬的

患者,探讨其产生原因、预防及处理。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 23 例,男 17 例,女 6 例;年龄 23~65 岁,平均 34.7 岁。原始骨折类型:股骨髁及髁上骨折 17 例,

腹腔镜精索静脉高位结扎术治疗精索静脉曲张(附 40 例报告)

陈建丰¹ 韩子华²

(1 浙江省玉环县第二人民医院 玉环 317605;2 浙江省台州医院 临海 317050)

关键词:精索静脉曲张;精索静脉高位结扎术;腹腔镜;病例报告

中图分类号:R 697.24

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2008)01-0051-02

我院 2001 年 7 月~2006 年 11 月采用腹腔镜高位结扎精索静脉的方法治疗精索静脉曲张 40 例,现报道如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组患者 40 例,年龄 18~38 岁,平均 25.2 岁,病程 3 个月~6 年。左侧 25 例,右侧 2 例,双侧 13 例。以

AO 分型 A3 型 5 例,B 型 2 例,C2、3 型 10 例;髌骨粉碎性骨折 1 例;胫骨髌骨骨折 5 例,A3 型 1 例,C2、3 型 4 例。开放性骨折 5 例,闭合性 18 例。原始骨折内固定方法:股骨髌及髌上骨折采用 DCS、松质骨螺钉固定 14 例,外固定支架固定 1 例,钢板固定 2 例;髌骨采用克氏针、钢丝张力带固定;胫骨髌骨折用支撑钢板、松质骨螺钉固定。本组膝关节活动度 5°~45°,平均 30.5°。病程 6~32 个月,3 例曾存在过骨折延迟愈合。

1.2 手术方法 均在连续硬膜外麻醉下进行,采用 Thoapson 股四头肌成形术及关节内松解术,从股骨远端 1/3 到髌骨下极做 S 形切口,确切部位取决于疤痕最明显处,沿股直肌双侧切开深筋膜,分离股直肌,切开放四头肌扩张部,直到挛缩完全解除。完全切除疤痕化的股中间肌、股直肌后的疤痕束带以及髌骨到股骨髌的粘连,股骨前的骨膜等软组织予以保留,股内外侧肌如有严重疤痕,将其止点上移 2~3cm 缝于股直肌,股骨髌的暴露处可将髌前腱膜翻转覆盖。缓慢屈膝以松解关节内粘连,关节活动度仍不理想需分离双侧股骨髌及髌上囊,去除骨突,将粗大粘连束带切除。此时屈膝应尽可能超过 90°。留置负压引流,弹力绷带加压包扎,石膏屈膝固定。

1.3 术后处理 留置硬膜外止痛泵。自术后第 2 天开始在指导下进行 CPM 机上膝关节被动屈伸锻炼及主动直腿锻炼,锻炼完毕仍予石膏固定。关节内积血需完全引出并用弹力绷带加压包扎。术后 2 周屈膝下蹲练习。术区缝线延期拆除。

2 结果

本组获得随访时间 7~26 个月,平均 11.6 月。膝关节活动度术前平均 30.5°,术后平均 94°,基本工作、生活不受影响,有 3 例出现手术切口皮缘坏死,经换药后愈合。1 例股直肌纤维化明显,放弃股四头肌成形术。本组病例术后均不同程度出现股四头肌肌力减弱,平均术后 6 个月有一定改善。15 例术中取出内固定物,未发生再骨折。

3 讨论

总结本组病例,对膝部骨折术后出现关节僵硬原因分析如下:(1)原始损伤较为严重,股四头肌出血、渗出,骨折断端刺伤肌肉,关节囊撕裂,膝内外韧带及半月板等损伤,这些都对术后关节活动的恢复造成不利的影响。本组股骨髌及髌上骨折占到 73.9%,说明伸膝装置的损伤是造成术后关节僵硬

睾丸坠胀不适就诊者 22 例,以不育症且精液异常就诊者 14 例,无症状体检时发现 4 例。体检时阴囊内可见或触及成团状曲张的静脉。所有患者彩超检查均证实为原发性精索静脉曲张。临床分期 I 度 3 例,II 度 15 例,III 度 22 例。

1.2 手术方法 采用全麻,头稍低平卧位。脐下缘作小切口,

的重要原因。(2)医源性因素:术中关注骨折的处理,忽视了对髌上囊、髌下脂肪垫等的保护和处理,致使术后出现变性,造成疤痕、粘连。骨折粉碎严重,缺乏复位的解剖标志,造成骨折复位不良或股骨内固定物放置偏前。术中暴露不充分,切口对侧骨质复位欠佳、骨缺损明显,未植骨、对内固定牢固程度缺乏信心或存在骨折延迟愈合,术后长时间外固定。(3)患者术后缺乏锻炼指导或锻炼不配合。

对膝关节伸直型僵硬 Nicoll 指出^[1]有下列因素:(1)股中间肌的纤维变性;(2)股骨髌与髌骨发生粘连;(3)股四头肌外侧扩张部纤维变性,发生短缩,与股骨髌粘连;(4)股直肌短缩。根据 Kettelkamp 报道^[2]正常活动中膝关节所需屈伸范围:步行约 67°,上台阶 83°,下台阶 90°,从椅中站立需 93°。故手术后膝关节活动度应尽量达到或超过上述标准。对膝部骨折术后关节僵硬超过半年的病例主张手术治疗^[3]。而手术治疗又分开放手术和关节镜手术,各有利弊。但考虑到关节粘连严重、髌骨活动度小、髌上囊消失等因素,对关节镜操作较为困难及松解可能不充分,我们选择了开放手术。手术暴露切口不宜过短,否则术后切口张力过高。因为手术的目的是将没有受损的股四头肌从疤痕中分离出来,以期恢复收缩功能,所以术中松解要彻底,止血和引流要充分,以减少再粘连可能。为防止再粘连切除股中间肌时对骨膜要予以保留。对髌旁支持带挛缩明显者,松解后可能存在股骨髌外露,我们予髌前腱膜翻转覆盖,未出现髌骨脱位等情况。对 1 例股直肌纤维化明显患者,考虑伸膝功能术后无法恢复,放弃股四头肌成形术。

术后康复是为了维持膝关节活动度和改善肌力,这直接关系到手术的成败。在镇痛下膝关节主、被动功能锻炼中,医患配合十分重要,患者往往需要更多的督导。锻炼后石膏的继续外固定能很好地减少关节活动度的丧失。关节内积血必须充分引出,以减少再粘连。术后早期股四头肌肌力均较差,一般数月后可不同程度恢复。对于术后 3 个月屈曲角度缺失的患者可再行麻醉下手法治疗^[4]。

参考文献

[1]过邦辅,蔡体栋.坎贝尔骨科手术大全[M].上海:上海翻译出版公司,1991.1 283-1 284
[2]吕厚山.人工关节外科学[M].北京:科学出版社,1998.251
[3]胥少汀,葛宝丰,徐印坎.实用骨科学[M].第 3 版.北京:人民军医出版社,2005.1 858

(收稿日期:2007-06-14)