

鲁周同教授微创治疗经验

熊 伟, 张汉庆

(1. 武汉市第一医院, 湖北武汉 430022; 2. 武汉市中医医院, 湖北武汉 430014)

摘要: 介绍鲁周同利用针拨、针刀和开刀手术的长处, 微创治疗某些四肢骨折脱位、慢性劳损和疑难病症的经验。

关键词: 鲁周同; 骨伤; 微创治疗; 临床经验

中图分类号: R274.2 **文献标志码:** A **文章编号:** 1000-2723(2014)04-0081-03

鲁周同是我院骨科主任医师、湖北中医药大学兼职教授, 对各种骨科疾病和手术深有研究。鲁教授认为传统的中西医治疗技术都具有一定局限性, 骨伤科临床有不少疾病的治疗还不尽人意。鲁教授受古代“金针拨骨”之说^[1]的启迪, 以中西医知识为基础, 取针灸、手术之精华, 吸收针刀之长处, 在适当麻醉下, 在电视 X 光机监视下, 在无菌技术操作下, 微创治疗骨伤科疾病, 收到了较好的治疗效果。我们有幸师从鲁教授, 受益良多, 感触颇深。本文根据我们在跟师门诊治疗中经历过的一些微创治疗, 结合我们自己的学习体会, 从以下几个方面介绍鲁教授微创治疗骨伤疾病的经验。

1 微创治疗四肢骨折脱位

一般闭合性骨折、脱位经手法复位失败者, 多采用切开复位内固定治疗; 目前直接采用切开复位内固定已比较普遍。鲁教授手法复位经验丰富, 很少失败; 当单纯徒手复位困难, 或夹板固定欠妥, 他或用微创针拨复位, 或以针微创固定, 或以同一根针撬拨复位后固定, 常可收到四两拨千斤、一举多得之效。

尺桡骨中下段横形移位骨折, 如果徒手复位困难, 鲁教授采用针拨复位, 常获成功。前臂中立位, 在旋转移位纠正以后, 用一根直径 2.5mm 的骨圆针垂直插入到适当接近桡骨骨折近端的骨干骨皮质, 适当下压针尾, 使针向近侧倾斜, 使针尖插入到骨折断端之间, 然后以骨折近端为支点撬拨骨折远端

使骨折复位。一般情况下只要桡骨骨折复位, 尺骨骨折会随之自动复位; 如果尺骨骨折复位不佳可手法纠正。如果觉骨圆针承力不够, 撬拨困难, 可以窄骨膜剥离器代之, 只需做一长 8mm 切口使骨膜剥离器能够插入即可进行操作, 切口可不缝合。用这种方法, 即使是粉碎骨折, 只要主要骨折块是横形的^[2], 复位也有望成功。

桡骨远端骨折 4~8 周后仍然存在对位对线不良, 这个时候骨折有骨痂生长, 愈合不完全。如果单纯徒手复位, 因为有骨痂阻挡, 很难成功; 如果切开复位内固定, 不仅创伤大, 而且因为骨痂难以清除干净, 骨折线难以准确显露, 效果也不一定好。鲁教授在摇晃摆动折骨, 逐渐充分松懈骨折周围粘连的基础上针拨复位。用一根直径 2.5mm 的骨圆针垂直插入到桡骨近折端的近侧骨干, 将骨圆针向近侧倾斜, 使针尖顺着骨干向远侧移动直到插入骨折断端之间, 然后以骨折近端为支点撬拨远端以使骨折复位。最后维持复位, 夹板固定。

肱骨大结节骨折后, 由于冈上肌、冈下肌和小圆肌牵拉, 骨折块多向后上方移位。骨折块常较小, 徒手复位常难成功。手术切开复位内固定除须等骨折愈合后再次手术取出内固定材料外, 由于术中对软组织损伤较多, 术后常可并发肩周炎。鲁教授采用针拨复位, 常获成功。用一根直径 2.5mm 的骨圆针先钉入骨折块或骨折块的近端, 用力把骨折块向前向下撬拨, 使骨折块复位; 把骨圆针打入肱骨近

收稿日期: 2014-05-19

作者简介: 熊伟(1978-), 男, 湖北武汉人, 主治医师, 研究方向: 骨伤病的中西医结合治疗。

端;然后另取一根同样的骨圆针经骨折块打入肱骨近端,剪除外露多余之针,折弯针尾,埋于皮下,4 周左右即可微创拔出。

跟骨关节内骨折临床比较多见,常有移位,关节面易塌陷;而骨骼解剖形态的主要变化多深位其内,徒手无法直接到达,成为手法复位困难的主要原因之一。教科书虽提及针拨复位,但远不具体,少有可操作性。鲁教授受椎体压缩骨折成形术及胫骨平台塌陷骨折针拨复位的启发,用一根骨圆针从跟骨骨折间隙插入,一方面通过下压骨圆针尾端以纠正跟距关节角;另一方面进行撬拨,充分将跟骨关节面撬起使骨折复位;然后利用骨圆针在骨折内撬拨形成的间隙,塞入 1~2 根条形人工骨,最后辅以“U”形石膏外固定^[3]。采用这种治疗方法,伤口约 1cm,复位满意,固定可靠,骨折愈合快,功能恢复好。

月骨脱位一般手法复位多可成功,但也有手法复位失败的。一旦失败虽然可以切开复位;但由于月骨关节软骨面积大,滋养血管少,手术常可使残留血供进一步遭到破坏而最终发生骨坏死,以至给病人留下终身痛苦。鲁教授在伤腕背伸位牵引下用一根骨圆针由掌侧穿过皮肤直接顶住月骨凹侧面的远端进行撬拨,常可使月骨旋转复位。

2 微创治疗慢性劳损

慢性劳损性疾病临床十分常见,采用微创针刀治疗此种疾病也并不是鲁教授所发明。但鲁教授运用这种方法治疗此类疾病是在诊病辨证的基础上,或单独运用,直达病所;或针刀、药物并用,双管齐下;或作为递次治疗中的一个选项应用于某个环节;或作为综合治疗中的一个方法配合应用。

非特异性的肋软骨炎一般治疗效果常常不好,病人经常四处求医,难获一效。本病病理检查可见软骨组织增生,软骨膜纤维增厚;而肋软骨本身无明显改变。鲁教授采用针刀治疗本病常收良效。在肋软骨病变部位标记痛点,将针刀刀口线与身体纵轴平行,刺入病变肋骨外面,然后旋转刀口 90°,与皮肤表面呈 15°,沿肋骨纵轴切割病变处 1~2 刀。

肱骨外上髁炎一般局部封闭效果较好,但容易复发,复发次数越多,封闭效果越差。鲁教授以针刀为主进行治疗,不仅效果好,而且复发明显减少。病

人卧位,屈肘 90°,寻找痛点,做好标记。将刀口与伸腕肌纤维平行刺入到肱骨外上髁皮下,使针体与皮肤垂直,缓慢继续进针,深达骨面,先纵行疏通剥离;然后使针身与皮肤呈 45°横行铲剥,使刀口紧贴骨面,剥开骨突,松解周围软组织粘连。其后另取曲安缩松 1mL,针刺到肌腱、筋膜层做扇形缓慢注射,局部稍加按摩。

肩周炎又称为粘连性关节囊炎或冻结肩,是肩关节周围肌肉、肌腱、滑囊、韧带以及关节囊等软组织的慢性无菌性炎症^[4]。当病人肩周炎粘连严重,疼痛厉害,单纯保守治疗效果不好时,鲁教授常常采用针刀松解粘连配合功能练习治疗。病人坐位,将病人上肢在适当位置固定好,寻找患肩痛点做好标记。将针刀于标记处刺入至深层组织,当病人有酸胀酥麻时即纵切 3 刀,再横剥 3 刀。用 2%的利多卡因 2mL+曲安缩松 1mL 痛点注射。可以酌情多次进行,每次可以选 2~3 个痛点。鲁教授强调术后病人只要在疼痛可以忍受的前提下坚持配合功能练习,就可以明显提高治疗效果。

脊柱腰段棘上韧带慢性劳损临床比较常见,在其它治疗方法效果不好,腰部顽固疼痛的情况下,鲁教授采用针刀治疗效果常佳。病人俯卧,从压痛最近棘突顶进针,刀口线与脊柱纵轴平行,垂直深达棘突骨面。将针体倾斜,若痛点在进针点上缘,使针体与下段脊柱成 45°角;若痛点在进针点下缘,使针体与上段脊柱成 45°角,再刺入到痛点病变处,横行剥离 1~2 下,如遇韧性硬物则纵行切开。治疗期间不宜进行弯腰活动,可适时进行适当背伸肌练习。

腰间盘突出症虽然治疗方法甚多,但仍有一些病例治疗效果不佳。经过长期临床实践,鲁教授总结出了一套内外兼治、中西医结合的综合治疗方法。其中针刀松解具有微创特点,方法简单,效果亦较显著。酌情于棘突间、横突尖、关节突关节、椎间管外口、股后和小腿后外侧选取痛点进行针刀松解。1 周 1 次,3 次 1 个疗程。鲁教授认为本法可减轻突出间盘对神经血管刺激,疏通局部粘连,改善血液循环,促进组织代谢,恢复内在平衡,从而缓解临床症状。除中央型突出压迫马尾神经和游离脱出型以外,其它类型的腰椎间盘突出症均可酌情采用本法配合治疗。

3 微创治疗疑难病症

鲁教授不仅用微创治疗一般骨伤病,还常用微创治疗一些骨伤疑难重症,也取得了相当满意的治疗效果。他采用的微创治疗,有的可以减轻病人的痛苦;有的作为一种方法配合其它治疗可以提高总的治疗效果;有的把需要两次常规手术才能解决的问题通过一次微创治疗就可以得到解决。

强直性脊柱炎多发于青年男性,本病病程长,病残率高,目前尚无特效治疗方法,病人非常痛苦。当病人患处痛点集中,压痛明显时,鲁教授采用针刀治疗常可减轻临床症状。病人俯卧,以脊柱棘突间及其旁开约2~3cm处的压痛点作为治疗点。棘间韧带病变主要在棘突下方,早期可纵向切开,横向剥离;晚期当棘间韧带已经钙化或骨化时就适当部分切断。在棘突旁开2~3cm,针刀与脊柱纵轴平行进入,深达横突骨面;转动刀口,使刀口与横突平行,在横突上缘或下缘横切2~3刀,切开横突间肌和横突间韧带;然后再调整方向,松解关节突间关节周围软组织。

股骨头坏死是一种临床常见的高度致残性疾病,由于其病因、病机不明、早期诊断率低、病程长,治疗效果常不理想^[5]。鲁教授采用牵引制动、柱拐减负、钻孔减压、微创针刀、中药内服和中药薰洗治疗常收效颇佳。其中钻孔减压和针刀治疗颇具微创特点。钻孔减压时用骨圆针经皮从股骨大粗隆下经颈钻到头下,拔出骨圆针,再插入穿刺针,抽出瘀血,最后注入川芎嗪。针刀治疗先标记患髋前方、侧方和后方3个进针点,并以腹股沟韧带内侧的最强压痛点为内侧进针点,大转子顶点至髂前上棘连线中点条索状物的最强压痛点为侧方进针点,股骨头、大转子后上方的最强压痛点为后方进针点。按针刀四步进针法,刀口与肌纤维和血管走向平行进针,当针刀达关节囊后再进感觉有落空感、病人有酸胀麻感向下放射时纵切2~3刀。早期疼痛重者每周1次;中晚期配合在臀中肌和股内收肌起止点等处进行髋关节周围软组织松解,一般治疗3~5次。

肱骨髁上骨折中医治疗效果好;但易导致肘部畸形^[6],其中肘内翻发生率较高。这种骨折多发生于少年儿童,肘内翻一旦发生常须等待数年以后方可行截骨矫形。由于常须于术中同时行钢板螺丝钉内固定,待截骨愈合后再将内固定取出,因此病人须

承受两次手术痛苦,局部会留下疤痕而终身影响肢体美观。鲁教授创用微创扇形折骨加杠压法矫正肘内翻很好地解决了这一难题。以肱骨外上髁上2.0~2.5cm为折骨定点。纵行切开皮肤、深筋膜与骨膜0.5cm,用宽0.3cm的骨凿,凿口平行肱骨干从切口进入到外侧骨皮质,然后从外侧向内侧进行扇形凿骨,骨凿保持不离开骨质,尺侧骨皮质不完全凿断;再用杠压法进行折骨,根据内翻角度进行手法矫正,使骨折远端外旋、外翻,桡侧骨皮质相互嵌插。用内、外侧小型石膏条将患肢固定于伸肘位,保持矫正后的携带角,4周后逐步调整到屈肘功能位固定,直到折骨愈合。

骨囊肿大多主张采用直视手术治疗,刮除病灶植骨。只要骨囊肿体积不是很大,不会发生自发性骨折,鲁教授采用微创钻孔引流,术后内服活血化瘀、补骨生髓之剂治疗,方法简单,很少复发。在电视X光机下行病灶低位定点,用骨圆针钻一约1cm长的骨孔,伸入到囊内,如果需要则把骨圆针适当弯曲,以利将其内隔悉数打开;以生理盐水冲洗,将囊内容物尽量冲出体外,术后酌情适当外固定以防骨折。

综上所述,鲁周同教授利用针拨、针刀和开刀手术的长处,微创治疗某些四肢骨折脱位、慢性劳损和疑难病症的经验是成功的,值得我们进一步学习和探讨。

参考文献:

- [1] 李同生,杨家玉,朱通伯,等. 金针拨骨治疗较难复位的小关节脱位[J]. 武汉医学院学报, 1979, 8(1): 27-28.
- [2] 苏永宾,黄道文,胡廷军. 尺桡骨骨折经皮撬拨法复位41例临床分析[J]. 河北中西医结合杂志, 1998, 8(6): 903-904.
- [3] 董晓俊,张汉庆,覃剑,等. 微创撬拨复位加人工骨植入治疗跟骨骨折的临床研究[J]. 中国矫形外科杂志, 2008, 16(16): 1224-1230.
- [4] 李青青,马晓晶,王韵. 灸法治疗肩周炎临床研究概况[J]. 云南中医学院学报, 2011, 34(3): 67-70.
- [5] 李富强. 宁亚功教授治疗股骨头缺血性坏死经验总结[J]. 云南中医学院学报, 2012, 35(4): 18-21.
- [6] 郭英,李雷,常敏,等. “原始创腔”在儿童肱骨髁上骨折治疗中的体会[J]. 云南中医学院学报, 2004, 27(4): 39-40.

(编辑:徐建平)