

综合疗法治疗陈旧性跗跖关节脱位

山东省邹平县中医院(256200) 张玉枝 张素红

笔者近 10 年来,采用经皮撬拨手法复位闭合穿针内固定、石膏外固定的方法治疗陈旧性跗跖关节脱位 20 例,取得了满意疗效,报告如下:

临床资料

本组 20 例,男 14 例,女 6 例,年龄最大 56 岁,最小 30 岁;左足 12 例,右足 8 例;2 至 5 趾跖关节脱位 3 例,3 至 5 跗跖关节脱位 8 例,第 4、5 跗跖脱位 9 例,合并第 2 跖骨基底骨折 2 例;发病至就诊时间最长 6 周,最短 3 周。

治疗方法与效果

采用股神经加坐骨神经阻滞麻醉。无菌操作下,在脱位的跗跖关节背外侧进针撬拨,根据伤后时间长短,脱位程度,复位难易可将进针部位在跗跖关节间之背侧内外适位偏移,尤其要照顾到第一二跖骨底间。若 2 至 5 跗跖关节脱位,可将 2、3、4、5 跖骨底之背内外侧和与其相对的跗骨关节周围进行撬拨;若 3、4、5 或 4、5 跗跖关节脱位,撬拨方法与上同,只是撬拨部位较少而已。撬拨完成后,伤口无菌纱布覆盖,一助手握持并固定踝及足跟部,另一助手握持足前部,在对抗牵引下助手可作前足的各种活动,此后,术者用两拇指向内下推按脱位跖骨基底,余四指重迭环抱足内侧第一楔骨和第一跖骨底处用力向前上拉,使其复位。X 线透视复位满意后,可从第三跖骨背外侧距基底关节面约 1.5cm 至 2cm 处,将一枚克氏针由背外斜向跖内,用锤击入固定于第三楔骨上,再将另一枚克氏针于第五跖骨背外侧距其基底关节面 2cm 处斜向跖内用锤击入固定于

骰骨上。针尾留于皮外,伤口无菌包扎石膏托固定踝关节功能位。术后嘱病人适时渐练踝背伸和趾的活动,然勿使足踝旋转,内外翻。按时复查,4 至 6 周不负重行走,6~8 周经 X 线检查关节稳定后拨除固定针解除外固定,中药熏洗,练习负重行走。

本组随访时间最长 6 年,最短半年,平均 3 年,疗效:优:伤足行走无跛行、无疼痛、外形功能正常,15 例;良:伤足行走无跛行,轻度疼痛,外形功能正常,3 例;差:伤足行走有跛行,疼痛较明显,外形功能正常 2 例。

体会

跗跖关节脱位,超过 2 周,关节周围疤痕组织形成,关节间隙被疤痕充填,阻碍复位,对此用克氏针经皮撬拨,使粘连的关节囊和疤痕组织形成松解,造成新鲜创面,再附以前足的旋转活动,粘连组织得以进一步充分松解,这样既有利于关节复位,又重新形成关节内纤维粘连和疤痕愈合创造了条件。撬拨时需在 X 线透视下进行,这样可使进针撬拨方向位置准确无误,再则撬拨时手法要稳、慢。切忌多次盲目用力撬拨,以防伤及关节软骨面造成日后创伤性关节炎。

陈旧性跗跖关脱位复位困难,复位后固定更困难。采用克氏针自背外向跖内固定,既克服了其背外脱位之因素,又达到稳定跗跖关节,恢复足弓解剖和功能。本法撬拨固定时戳口小,无需缝合,对血管神经损伤机会少。因此是治疗陈旧性跗跖关节脱位的有效方法。

(收稿:1994—06021)

踝部骨折迟发性移位的原因及对策

浙江省义乌市第二人民医院(322002) 陈运明

本文拟就踝部骨折移位的发生机理、预防及治疗措施提出一些意见。

一般资料 本组 18 例,男性 11 例,女性 7 例;年龄最小 17 岁、最大 65 岁;损伤后当天就诊 14 例,次日就诊 4 例;X 线片显示外踝骨折 11 例,双踝骨折 4 例,三踝骨折 2 例,仅示后踝骨折 1 例;所有患者的骨折端均

无明显移位,关节对位也很好。外敷自制“接骨软膏”后夹板固定。结果过了一段时间复诊时,却发现骨折端已发生了不同程度的移位、有的胫腓下联合也发生了分离、距骨外移、其中一周内复诊发现 7 例,二周内发现 6 例,三周后发现 4 例,四周后才发现 1 例。从移位后的 X 线片分析,18 例患者均为外旋型骨折。整复的基本手法

同种异体骨移植在临床上的应用

浙江省安吉县第三人民医院(313301) 吴向武 潘宏武

我院自 1991 年至 1994,使用我院自备的储骨(酒精储骨)及脱钙骨相结合治疗开放性骨折、骨肿瘤切除及陈旧性骨折不愈合之骨缺损 25 例,取得满意效果,现报告如下。

酒精储骨及脱钙骨制备

1. 酒精储骨制备:选用创伤性截肢后的残骨及生前无恶性肿瘤、全身及骨骼无感染性疾病、无骨代谢性疾病的新鲜尸体骨。无菌操作将软组织及软骨剔除干净,整块或截断后浸泡于 95%酒精中,容器用前灭菌,加盖后常温下保存,2 周后大量蒸馏水冲洗,放入盛有 75%酒精容器浸泡,三次培养阴性,密封放于 4℃冰箱备用。

2. 脱钙骨制备:取骨步骤同上,将所取之骨无菌条件下剔除软组织及软骨后,蒸馏水冲洗,然后用 0.6MHCl 脱钙,常温下 72 小时,大量蒸馏水冲洗,置于 75%酒精中浸泡,三次培养阴性,密封放于 4℃冰箱备用。

临床资料

本组 25 例中,男 20 例,女 5 例;年龄 13~56 岁;开放性骨折 12 例;陈旧性骨折 5 例;巨细胞瘤 2 例;骨软骨瘤 4 例,骨纤维结构不良 2 例。

手术方法

将开放性骨折彻底清创,骨肿瘤及骨纤维结构不良彻底刮除,陈旧性骨折不愈合之断端硬化结缔组织切除,按缺损大小,将脱钙骨制成小块状,酒精储骨制

成长条状,脱钙骨块放置骨缺损内层,外层用条状酒精储骨包绕,根据情况,可加用内固定和(或)外固定。(酒精储骨及脱钙骨用前大量生理盐水冲洗)

治疗结果

本组病例术后 1 天、1 周和 2 周分别检查血常规,术后 2 周及 3 个月、6 个月、1 年和 2 年常规摄正侧位片。结果显示全部病例术后 1 周体温降至正常,血常规白细胞计数 1 周后降至正常,无 1 例出现切口有积液及感染,切口愈合良好。

本组病例随访 4 个月~2 年 3 个月,疗效评价以 X 片显示新生骨痂量为准。优:大量骨痂生长;良:中等量新生骨痂;可:少量新生骨痂;差:无明显新生骨痂。结果优良率 68%;有效率 92%。

讨论

我们采用酒精储骨和脱钙骨治疗开放性骨折、骨肿瘤切除及陈旧性骨折不愈合之骨缺损,将脱钙骨块置于骨缺损中央,利用脱钙骨中一种骨形态发生蛋白(BMP)^[3],诱导成骨,促进骨质生长,外层用酒精储骨条包绕,利用骨条起支撑及防止脱钙骨移位,植骨后新骨形成快,疗效可靠。将同种异体骨制备酒精储骨及脱钙骨,移植治疗骨质缺损具有以下优点:材料易取,操作简单,无需特殊设备,成本低,容易保存,可提供足够的植骨量,免疫排斥反应小,可在基层医院推广使用。

(收稿:1994-07-16)

的基本手法是将患足内旋,双手合抱患者内、外踝。经初步整复后,由助手维持其位置,上 U 字型石膏后,助手仍维持患足于内旋位,术者双手在石膏外叩挤内外踝,直至石膏干固后再放手。整复后拍片复查,骨折端及距骨位置均复位良好。

讨论:踝部骨折迟发性移位的发生,其原因在于诊断的不完全,从而导致治疗的失当及固定材料的缺陷等。所以,踝部骨折在诊断时,不能单纯凭 X 线片。当片子上仅显示外踝骨折时,不能轻易地得出单踝骨折的结论,应仔细观察内踝下方是否肿胀,压痛,以确定三角韧带有无损伤。后踝骨折在 X 线片还易被忽视,即使

仔细读片,有时也因按照角度关系不能显示。故对后踝部位也应常规触诊检查,以免把 I 至 III 度的不稳定损伤当成稳定的 I 度损伤处理。在外固定上,应选用能有效控制足外旋的坚强的外固定。我们在总结经验教训的基础上,改用 U 型石膏外固定,收到满意的效果。U 型石膏除了能较好地控制足外旋外,在石膏未干时,在其内、外踝处施以叩格手法,则能很好地解决胫腓下联合分离的问题,是治疗外旋型不稳定性踝部骨折的较理想的外固定。

(收稿:1994-08-01)