

痛,无骨软,无骨擦感,旋转功能丧失。桡动脉可触及搏动,末梢血循好。X 线检查:右桡尺骨干中段陈旧性骨折,桡骨位线好,尺骨向外错位 1/2 且向桡侧突起成角约 20°,致骨干间隙变窄,折端有明显骨痂形成。在臂丛神经阻滞麻醉下用钩拉分骨法进行分骨矫治,骨干间隙恢复正常,放置分骨垫,夹板固定。二周后去夹板,作前臂旋转活动,功能恢复。

讨论

1. 桡尺骨干单骨折或双骨折,在闭合整复的治疗过程中,骨干间隙狭窄或缩小十分常见,倘在骨折愈合的早期,则可采取常用的挤捏分骨手法和分骨垫来纠正,但是,对于各种原因引起的骨折愈合中期骨干间隙狭窄,因折端有大量骨痂形成,手法挤捏分骨则难以奏效。我们应用钩拉分骨法,不仅方法简单,易于操作,病

人痛苦小,使病人避免了因前臂不能旋转而需手术矫治的痛苦,而且疗程短,疗效高,功能恢复快,无任何并发症发生。

2. 钩拉分骨法符合生物力学原理:分骨时术者两手相向用力,将桡尺骨骨干间隙分到最大限度,使变窄了的骨干间隙恢复正常。前臂中立位时,两骨干间隙最大,骨间膜上下松紧一致,对桡尺骨起稳定作用。由于有骨间膜及骨折端骨痂的限制,从而防止了矫枉过正的发生,使钩拉分骨成为可能。

3. 钩拉分骨后,可采用分骨垫放置在两骨之间,夹板外固定,以防骨干间隙的再次缩小,因而保证了前臂旋转功能的恢复。

(收稿:1994-05-04)

跟骨骨折闭合手法治疗分析

山西医学院第二附属医院(030001) 钟英斌 李钢英 李海明

我们对 251 只影响到距下关节及跟骨结节关节角的跟骨骨折,采用手法复位石膏塑形外固定及针撬拨手法复位石膏塑形内外固定。现将治疗结果报告分析如下。

临床资料

共治疗 245 例 260 只跟骨骨折,均为新鲜波及到跟骨结节关节角及距下关节的骨折男 202 例,女 43 例;双侧 15 例,单侧 230 例;左侧 134 只,右侧 126 只;闭合性 245 只,开放性 15 只;年龄以青壮年居多,18 岁~45 岁 217 例,最小者 4 岁,最大者 72 岁。

合并症:腰部骨折并截瘫 4 例,单纯腰部骨折 9 例,骨盆骨折 9 例,股骨骨折 10 例,胫腓骨骨折 11 例,踝关节骨折 6 例,距骨骨折 4 例,足趾骨折 9 例,小腿肌筋膜室综合症 5 例,尺桡骨骨折 5 例,肱骨骨折 2 例,其它部位骨折 3 例。

经闭合手法复位石膏塑形外固定 136 只,针撬拨加手法复位石膏塑形内外固定 115 只,共计 251 只。

分类与分度

我们根据波及跟骨结节关节角及距下关节进行分类,接近距下关节的跟骨体部骨折为 I 型,单纯距下关节内骨折为 II 型,粉碎塌陷性距下关节内骨折为 III 型。治疗前 I 型 54 只,II 型 59 只,III 型 138 只。

按所测跟骨结节关节角的度数分为 5 度。1 度为 31 度以上,2 度为 21~30 度,3 度为 11~20 度,4 度为 1~

10 度,5 度为 0 度以下(即负角)。治疗前 1 度 16 只,2 度 33 只,3 度 38 只,4 度 110 只,5 度 54 只。

治疗结果

251 只跟骨骨折经手法复位石膏塑形外固定和针撬拨复位石膏内外固定,治疗后 1 度 75 只,2 度 103 只,3 度 56 只,4 度 13 只,5 度 4 只。优:足外观正常,跟骨结节关节角 30 度以上,关节活动好,无任何疼痛。良:足外观正常,跟骨结节关节角 21~30 度,关节活动好,足无痛但僵硬。可:足外观正常,跟骨结节关节角 10~20 度,足弓变小,关节活动尚好,足时有疼痛,尤遇冷及天气变化,足僵硬。差:跟骨结节关节角 10 度以下,甚至发生负角或创伤性关节炎、平足畸形、外翻畸形、距下关节面不平整、跟骨变宽、关节活动受限、疼痛等。结果见表 1。

表 1 跟骨骨折治疗结果

	优	良	可	差
手法石膏	35	48	40	13
针撬固定	40	55	16	4
功能治疗	0	0	0	5
切开复位	1	1	1	1

讨论

1. 手法复位石膏塑形外固定适合于 I、II 型跟骨骨折,针撬拨加手法复位石膏塑形内外固定适合于 III 型跟骨骨折。90% 以上的跟骨骨折用这两种治疗方法

均可获得非常满意的效果。但在行石膏塑形固定时,术者均要用双手掌对应挤压增宽的跟骨,使其复位变窄,同时行足弓塑形,这样治疗效果更好。不容易发生跗管综合症,腓骨肌肌腱鞘炎,外踝撞击征。

2. 在行针撬拨加手法复位石膏内外固定治疗时,要求患者俯卧位,患肢膝关节屈至 90 度。于跟腱外侧和跟骨结节上缘摸到移位骨块之边缘,即该处插入一根骨圆针,自后向前下偏外方,针尖对准后关节面下方,将骨折块撬起,关节面恢复。“C”型臂型 X 线机下边透视观察边进针。同时术者一手托住露在皮外之骨圆针端、另手托足背跗跗关节处,利用此两点向上抬起足部及小腿,使膝关节部离开床面。即是利用肢体的重力与术者托起骨圆针及足背之力相对抗,使足部自跗中

关节处跗屈,可看到骨圆针逐渐向跗侧倾斜,并感到碎骨片移动之骨擦音,跟骨结节关节角逐渐变大,足纵弓渐出现及增大,关节面渐趋平整,这时复位满意。骨圆针再穿过跟骨前端 1cm 以上,进入其它跗骨内,固定作用更为加强。如若骨圆针未进入其它跗骨内固定,或跟骨内进针很少,易导致复位固定失败。

3. 不论行切开复位内外固定或闭合针撬拨手法复位石膏内外固定,均要严格按无菌操作技术要求执行,以防发生跟骨慢性骨髓炎,或针眼处感染。

4. 对于波及到跟骨结节关节角及距下关节的跟骨骨折,不适于行功能疗法。

(收稿:1994-04-27)

颈椎后纵韧带骨化症 15 例 X 线分析

湖北沙市第二人民医院(434000) 刘克祿

本院于 1980~至 1986 年,在 738 例颈椎照片中发现具有颈椎后纵韧带骨化症特征性 X 线表现者 15 例,现分析如下。

临床资料

男 7 例,女 8 例;年龄最小 21 岁,最大 57 岁,40 岁~57 岁发病率最高,共 12 例;症状:左上肢麻木或疼痛,不同程度运动障碍 8 例,颈肩部疼痛麻木感或不同程度运动障碍 6 例,头痛或头晕 5 例,右肩部疼痛麻木感 3 例,右上肢痛或伴右上肢麻木 3 例,头颈部易出汗发热感 1 例,颈活动受限,两手指活动障碍,感觉过敏、两侧大鱼际肌萎缩 1 例,右上肢麻木 1 例。

X 线表现和分型

1. 颈椎后纵韧带骨化症的分型:张氏等分六型,本组 15 例,根据 X 线表现分为七型:(1)间断型:在数个椎体后缘有点片状或断续条状骨化影,在椎间盘部位中断,亦可跨越椎间盘部位后中断。本组 4 例;(2)桥型:骨化影在椎体后缘上下两端与椎体相连外,中间与椎体分离,形如桥状。本组 3 例。(3)钩型:骨化影在椎体后缘除一处相连外,其远端向上或向下,超过或不超过椎间盘部位,形如钩状,本组有 2 例。(4)乳头型:在一个或数个椎体后缘出现乳头状骨化影,本组 2 例。(5)铡刀型:斜置于椎体后缘或两椎体后缘之间的骨化影,一端斜向下或后上,另一端与椎体后缘相连,形如张开的铡刀,本组 2 例。(6)连续型:椎体后缘索条状骨化影跨越在两个椎体上,骨化影大部分与椎体后缘分离,在椎间盘处略向后凸起,本组 1 例。(7)混合型:

以上任何两型同时存在者,为混合型,本组 1 例。

2. 颈椎后纵韧带骨化症的分布及其与椎体移位,颈曲成角的关系:本组 15 例中发生于 C_{2,3}最多,计 8 例,其次是 C_{5~7},计 4 例。发生于 C_{1~3}和 C_{2~7}者最少,分别为 1 和 2 例。其中间断型和桥型骨化,大多数发生在上颈段;连续型、混合型和铡刀型,上下颈段发生无明显差异;钩型 2 例均发生在下颈段。

15 例中有 5 例颈椎椎体有移位,占 33.3%,其中前移位 3 例,占 20%,后移位 2 例,占 13.3%,椎体移位与骨化发生的部位和类型无明显差异,移位可发生于骨化的上方或下方,但与合并症和病变范围及病程年龄有密切关系,如本组 5 例移位中,合并前纵韧带和后纵韧带钙化 1 例,合并项韧带钙化和退行性颈椎椎病 1 例,合并退行性颈椎椎病 2 例,合并隐性颈椎裂和 C_{4~5}椎体椎板融合 1 例。2 例骨化范围分别为 C_{3~7}和 C_{2,6,7},5 例椎体移位患者病程均较长,年龄都在 40 岁以上。

本组 15 例颈椎后纵韧带骨化症中,有 6 例颈曲成角,发生于 C_{5,7}下段 4 例,发生于颈中段 2 例,连续型、间断型和混合型发生于颈曲成角的上下方居多,钩型发生于成角下方居多,其它各型发生于成角上方居多。

3. 颈椎后纵韧带骨化症的椎管狭窄率:本组采用张长江氏^①等测量法进行准确测量,测量结果:20%以下者 6 例,20%~30%者 6 例,31%~40%者 2 例,40%以上者 1 例,最小 11%,最大 43%,30%以下计 12 例

参考文献

1. 张长江,等. 颈椎后纵韧带骨化症的 X 线分析(附 71 例报