

钢丝断裂。

(收稿: 1995-02-14)

加压内固定治疗尺骨鹰嘴骨折

同济医科大学郟阳医学院附院 (442000)

江振华 刘仁寿 温国宏

我院自 1989 年以来对有移位的和粉碎性骨折采用克氏针钢丝张力带内固定, 经观察随访, 效果良好, 现介绍如下:

临床资料 本组共 34 例, 男 25 例, 女 9 例; 左侧 16 例, 右侧 21 例; 其中 2 例为双侧骨折。年龄 16~70 岁, 平均 36 岁; 粉碎型骨折 26 例, 横型骨折 9 例, 8 例伴有其它部位多处骨折; 2 例伴尺神经损伤; 随诊 3 个月~3 年 6 个月, 优 29 例, 良 4 例, 可 1 例。

手术方法 臂丛麻醉下, 患者取半侧卧位, 患侧垫高 30°~45°, 患肢前屈于侧前胸壁, 肘后方“S”形切口, 切口线避开尺骨鹰嘴尖端, 一般从鹰嘴尖之桡侧绕过以避开尺神经, 若骨折移位严重, 宜充分显露尺神经以免手术误伤。显露并清理骨折端及关节腔, 布巾钳协助复位并临时固定骨折端, 检查半月切迹关节面平整, 用 1.5~2.5cm 克氏针 2 枚平行, 相距 1.5~2.0cm 钻入骨折远近端, 深度约 5~8cm, 在鹰嘴骨外保留 1.0~1.5cm; 用直径 2.5mm 钻头在距骨折线 2~3cm 处的尺骨嵴上横行钻孔, 穿透两侧骨皮质, 然后用直径 1.0~1.5mm 软态不锈钢丝穿过骨孔, 呈“8”形交叉后绕过克氏针尾部打结拧紧, 并与骨皮质贴附。若为粉碎型骨折, 在“8”形钢丝的外面再做一“0”形环扎固定。用虎口钳将克氏针外露部分弯成 180°~225°, 弯头朝鹰嘴部钉入骨质内。伸屈肘关节, 检查内固定是否牢固。一般屈肘至 120°左右骨折端无分离移位。冲洗, 酌情置一橡皮片引流, 逐层缝合伤口。

讨论 尺骨鹰嘴骨折属关节内骨折, 在治疗上应尽量达到解剖复位, 以保持尺骨切迹关节面的光滑平整, 以避免创伤性关节炎的发生, 同时以适当的内固定物牢固固定骨折块, 为早期活动提供坚实的基础, 从而最大限度地恢复肘关节原有功能。张力带固定利用钢丝在张力侧所形成的张力, 在肘关节屈曲活动时, 使张力带承受鹰嘴背侧的张应力, 而骨折端承受压应力, 从而刺激骨折端更好地愈合。对尺骨鹰嘴骨折尽量在伤后 8 小时以内手术。在选择内固定物时, 应注意克氏针和钢丝必须是同型号材质的, 以免不同材质的金属

在人体内接触而产生电解反应, 影响骨折及伤口愈合。

以往认为尺骨鹰嘴粉碎型骨折无移位或移位不严重, 可行肘关节伸直或半屈位石膏固定 4~6 周。近几年, 我院对粉碎型尺骨鹰嘴骨折多行切开复位内固定, 术中仔细重建尺骨半月切迹关节面的平整。对有骨质缺损者取松质骨植骨。术后次日即可行患侧肩、腕、指活动及上肢肌肉等长收缩。3 日后行肘关节伸屈活动, 循序渐进, 2 周后可做较大范围的活动, 6~8 周后一般均可达正常伸屈活动度的百分之九十以上。粉碎型骨折尤其是老年病人若保守治疗, 需固定较长时间, 即骨折愈合后才能功能活动, 两者不同步, 而骨折愈合时肘关节已僵硬, 并且多数病人肘关节僵硬于半伸位, 对生活工作带来极大不便。即使经理疗按摩也不易完全恢复。而开放复位不仅可达到解剖复位, 更重要地是牢固固定为早期活动提供了基础, 使关节软骨面得以很好地修复塑形, 使骨折早日愈合并与关节功能恢复同时进行, 以最大限度地恢复肘关节功能。

(收稿: 1995-02-14)

舒筋手法治疗肩关节周围炎

河北沧州市中心医院 (016001)

冯庆欣 冯永生* 吴宝良 李晓鹏* 刘文

1988 年 3 月~1996 年 6 月, 笔者用舒筋手法治疗肩关节周围炎 260 例, 效果满意, 报告如下。

临床资料 本组 260 例中男 90 例, 女 170 例; 年龄 36~70 岁; 发病时间 3 个月~1 年 248 例, 1 年以上 32 例; 左侧 156 例, 右侧 94 例, 双侧 10 例; 有扭伤、牵拉伤或其它外伤原因者 52 例; 所有病人均有明显的疼痛症状和程度不同的功能障碍。

治疗方法 1. 舒筋手法: 病人取坐位, 顺序进行: (1) 水平牵引; (2) 上举; (3) 摸肩; (4) 腋下摸背; (5) 屈肘外旋; (6) 伸肘外展; (7) 后伸摸背; (8) 旋转; (9) 痛点按压弹拔; (10) 按摩松解。以上 10 种舒筋手法医生每日或隔日给病人作一次, 每次 30 分钟, 一个月为一个疗程。

2. 主动功能练习: 要求病人根据以上各种手法在健侧手臂的帮助下, 每日主动练习数十次至数百次, 哪个动作越困难越着重练习那个动作。

治疗结果 1. 疗效标准: 优: 肩疼痛完全消失, 肩

* 河北省肃宁正骨医院

关节功能完全恢复正常；良：肩疼痛明显减轻，功能明显改善，基本恢复正常；可：疼痛减轻功能部分恢复；无效；无改善。2. 治疗结果：第一疗程：优 106 人，良 82 人，可 72 人。第二疗程：优 115 人，良 33 人，可 6 人。第三疗程：优 30 人，良 9 人。

体会 1. 详细交待病情，医患密切合作。2. 舒筋手法的原则：“小劲、慢劲、长劲慢中加劲”是舒筋手法的原则，每一个动作都必须遵循。3. 肩周炎是一种慢性疾患，关节僵硬非一日而成，故应循序渐进，不可急于求成。

(收稿：1996-08-19)

胶布条固定治疗 踝外侧韧带损伤

山东泰安市中医院 (271000)

蔺军田 李志峰

1990 年~1992 年采用胶布条固定治疗踝外侧韧带损伤，取得了很好的临床疗效。

临床资料 本组 69 例中男 37 例，女 32 例，左侧 28 例，右侧 41 例；年龄 19~50 岁 66 例，51 岁以上 3 例；69 例均为内翻扭伤；全部病人经 X 线检查，均无外踝骨折。

治疗方法 应用胶布条固定组 54 例，取宽 6cm 长约 30~35cm 胶布条一条，将踝置于外翻背伸位，理筋止痛，助手将胶布条自足底内侧开始向外绕过外踝拉紧贴于小腿外方，上端达小腿中段。然后用宽绷带做踝外翻 8 字缠绕以加强固定。连用 4 周，既达愈合。固定期间患踝不能活动。另 15 例做为对照，不做外固定，口服三七伤药片，元胡止痛片，休息不制动。

治疗结果 所有病例均进行随访。最长 2 年半，最短 1 年，平均随访期 18 个月。

固定组有 49 例愈合好，无慢性关节痛，无关节不稳及习惯性踝外侧韧带损伤，其中 5 例出现关节不稳，习惯性损伤。对照组有 6 例修复好，无关节后遗症，有 9 例出现踝关节损伤后后遗症。

讨论 本疗法是采用胶布与绷带对踝关节做牢固和充足时间的外固定。其原理是使踝关节外翻，外侧韧带在无张力状态下充分修复。韧带的修复是形成疤痕的充填，在无张力状态下韧带修复形成疤痕少，韧带不松弛，愈后关节稳定，故很少出现后遗症。韧带的愈合时间是 3 周。本法固定时间达 4 周，故可达到牢固愈合。固定期间不能活动。本法成功的关键是足够的固定

时间和有效的制动，否则常导致失败。

(收稿：1996-09-10)

手法治疗肩关节脱位并肱骨外科颈骨折 46 例

湖南省长沙市韶山路医院 (410004)

张倩君 张再君

我院自 1985 年起，采用手法治疗新鲜外伤性肩关节脱位并肱骨外科颈骨折 46 例，报告如下。

临床资料 本组 46 例中男 38 例，女 8 例；年龄 16~65 岁；右肩关节并肱骨外科颈骨折 29 例，左肩关节脱位并肱骨外科颈骨折 17 例，其中喙突下脱位并骨折 18 例，孟下脱位并骨折 26 例，锁骨下脱位 2 例，肩关节脱位并肱骨外科骨折前侧方移位 33 例，成角移位 13 例，(均小于 100 度)。

治疗方法 1. 整复手法：(以右侧为例)患者取坐位，患肢外展 25~35°。一助手用宽布绕过腋窝，稍向上，向健侧牵引，二助手紧握伤肢腕部沿患肢纵轴此时仍在原外展角度，徐徐拔伸牵引 10~15 分钟，术者立在患肢外侧，双手套住肩关节，两拇指搭肩峰以其作支点，余四指插入腋窝将肱骨头向外上方钩托，如有回纳感说明肱骨头纳入关节孟而复位，骨折成角移位随之纠正，前侧移位者，两助手继续拔伸牵引，左手掌靠紧患肩前方(骨折近端)，右手掌指紧靠骨折远端，以骨折线为中点横向用力挤压，闻及骨擦音，即告复位成功。

2. 夹板固定：整复完毕，将事先准备放有棉垫的光滑柔韧的杉木皮四夹板，前后夹板与前臂长度相等，宽 5.5cm，外侧夹板超关节 5cm 且熨成弧形，宽 6cm，内侧夹板约前臂 2/3，宽 4cm，分别放于前臂前后内外侧用绷带作超关节固定，至前臂中立位 5~7 周，三角巾悬吊胸前。

治疗效果 本组 46 例新鲜性肩关节脱位并肱骨外科颈骨折获一次性成功的 40 例，6 例一次性整复对位欠佳，待患者肩肿消后(2 周以内)行第二次复位成功，达解剖复位或功能复位 100%。临床愈合时间最短 5 周，最长 7 周，经半年~4 年随访的 36 例，功能恢复满意，无后遗症。

讨论 肩关节脱位并肱骨外科颈骨折因侧向跌倒，上肢呈高度外展，外旋位，手掌或肘部先着地，所受暴力严重，地面的反作用力由下向上传达暴力作用于肱骨外科颈而引起骨折，暴力继续作用于肱骨头受