

多次无效钳夹,加重了组织损伤,增加了伤口污染。伤口出血增多,透照时间过长,附加损伤的出现,放射性累积损害的增加均为实际工作中的困难,不取出金属

异物则使病者心理负担加重。

(收稿:1996-02-06)

中西医结合治疗 Barton 氏骨折 14 例

浙江省临海市中医院 (317000)

周立飞

作者自 1984 年~1996 年共收治该类骨折 14 例,并按前缘(掌侧型)及后缘(背侧型)两种分型,采用中西医结合方法治疗,经随访疗效较满意,现报告如下。

临床资料

1. 一般资料:14 例中男 9 例,女 5 例;年龄 19~57 岁;新鲜骨折 9 例,陈旧性骨折 5 例;掌侧型骨折 10 例,背侧型骨折 4 例。

2. X 线片:掌侧型骨折中,掌侧骨折块占关节面 1/3 以内者 3 例,1/2 者 5 例,超过 1/2 者 3 例,骨折块连同腕骨均向掌侧呈半脱位。背侧型骨折中,背侧骨折块占关节面 1/3 以内者 3 例,1/2 者 1 例,骨块连同腕骨向背侧半脱位 1 例,3 例呈轻度滑移。上述 14 例中,粉碎性骨折 5 例,伴尺桡关节分离 3 例,尺骨茎突骨折 2 例。

治疗方法

背侧型骨折 4 例,均采用闭合复位,屈腕旋前位小夹板加纸压垫外固定。掌侧型骨折 10 例中,2 例闭合复位,腕背伸旋后位小夹板加纸加垫外固定。8 例采用手术开放复位,短四孔钢板内固定;将骨折近端用 2~3 枚螺丝钉固定,远端 1 个螺丝孔的上下部份恰好顶托在骨块上,不上螺丝钉。其中 3 例粉碎性骨折,采用二块短四孔钢板平行排列固定,术后石膏外固定 2 周改小夹板固定 5~6 周。固定期间练握拳及腕肘关节活动,中药分期辨证内服活血通络,接骨续筋等剂。去外固定后中药熏洗并加强功能锻炼。

治疗结果

14 例均获随访,时间 6~32 个月,平均 15 个月。全部骨折均骨性愈合,愈合时间 6~10 周,平均 8 周。根据 Oliveiral 功能评定标准^[1]优 9 例,良 4 例,差 1 例。

讨 论

1. 命名与分型:1938 年 Barton 首先描述一种腕半脱位伴随桡骨远端关节面骨折其中报告了两种类型,一种腕向背侧脱位,骨折块向背侧移位;另者,腕向掌

侧脱位,骨折块向掌侧移位。但此后文献中,有将桡骨远端掌侧缘骨折脱位称为 Barton 氏骨折,背侧缘骨折脱位称反 Barton 氏骨折。将上述两者反之亦有。命名极不统一,十分混乱,如尊重 Barton 原意,将桡骨远端边缘性骨折(前缘或后缘)合并桡腕关节半脱位者统称为 Barton 骨折,应取消反 Barton 骨折的提法^[2]。经过几十年的临床总结,现 Barton 骨折基本定型,即桡骨远端涉及关节面的骨折,伴腕骨向掌侧或背侧脱位(或半脱位),分别称之为 Barton 骨折掌侧型或背侧型^[3]。本文 14 例中掌侧型 10 例背侧 4 例,与文献报告发病率掌侧型明显多于背侧型基本一致。

2. 误诊原因与诊断要点: Barton 氏骨折为少见的关节内骨折,发病率掌侧型与背侧型各占同期桡骨远端骨折的 2.2% 及 1.1%^[4]。加上损伤机制类同与 Colles 氏骨折及 Smith 氏骨折,临床医师又未仔细检查与认真阅读 X 线片或不熟识该类骨折,是易致误诊或漏诊的主要原因。沈氏报告 31 例中 28 例误诊,误诊率为 93.3%^[5]。本文 14 例中 6 例误诊为 Colles 氏骨折及 Smith 氏骨折,其中 5 例陈旧性骨折均为外院或个体医院误诊后而延迟治疗所致,给治疗及功能恢复都造成了困难和影响,应引起重视。诊断要点:背侧型:手部肿胀,亦可呈餐叉样畸形,且部位低于 Colles 氏骨折。尺桡骨两茎突的位置无改变。X 线片示:桡骨远端背侧缘骨折块呈楔形,含关节面的 1/3 或 1/2,腕骨随骨折块一起向背侧移位。骨块连同腕骨向背侧移位是该骨折与 Colles 氏骨折鉴别的依据。掌侧型:外形与 Smith 氏骨折相似,X 线片示:桡骨远端关节面掌侧缘骨折,骨折块呈楔形,有时骨块可占或超过关节面的 1/2,它连同腕骨一起向掌侧移位。骨折线穿过关节面及腕骨一起向掌侧移位是该骨折与 Smith 氏骨折相鉴别的关键依据。事实上只要认真检查,掌握诊断要点,注意相似骨折的鉴别,对 Barton 氏骨折是不难诊断的,完全可以避免误诊。

3. 治疗方法的选择: Barton 氏骨折的治疗与

Colles 氏骨折及 Smith 氏骨折不同,后两种骨折,可用单纯闭合复位石膏或小夹板外固定,仅有少数病例需手术内固定治疗。而且如果复位良好并能保持复位后的位置,腕关节功能恢复亦良好,且保持位置并不困难。Barton 氏骨折则不同,闭合复位不难,但保持其复位后的良好位置并非易事,尤其为掌侧型骨折。本文 4 例背侧型骨折,闭合复位后,均用小夹板加纸压垫固定于前臂旋前轻度掌屈位。6 例掌侧型骨折,闭合复位小夹板加纸压垫固定于前臂旋后腕背伸位,4 例失败,2 例成功。外固定时间 5~6 周较桡骨远端骨折稍长,以免变位,外固定病例功能恢复良好。8 例掌侧型骨折采用手术复位,钢板螺钉固定,因骨块较小固定不牢靠。基层大多不备 T 托型钢板,作者选用短四孔钢板近端 2~3 枚螺钉固定,远端一枚螺孔的上下部份顶托住骨块。其原理是当螺钉钻进时,骨折近端在接骨的压力下,能帮助骨折复位,钢板的远端即可压顶在骨折远端骨块上起固定作用,不需上螺钉。对粉碎性骨折采用二块钢板平行排列固定,完全能顶托住骨块与腕骨向掌

侧的移位,既牢固又简便。内固定病例复位均满意未见变位。但其中 1 例是二个月后手术,虽复位良好,亦致关节僵硬。因此对掌侧型骨折,骨折块占关节面 1/2 的粉碎性骨折;外固定失败即行手术内固定,同时说明掌握指征及早手术的必要性。本文 14 例,除 1 例关节僵硬外,余功能恢复骨折愈合均满意,这与早期锻炼,中药内服外洗亦不无作用。

参考文献

1. De Oliveira J D. Barton's fracture. J Bone Joint Surg (Am), 1973; 55: 286.
2. 王亦璁,等.骨与关节损伤 1990; 444.
3. 赵建宁. Barton 骨折 5 例报告. 中华外科杂志 1993; 3: 136.
4. 黄庆寿,等.中西医结合治疗桡骨远端前缘骨折脱位. 中华骨科杂志 1984; 4: 337.
5. 沈村发. Barton 氏骨折 31 例报告. 骨与关节损伤杂志 1989; 4: 230.

(收稿: 1997-08-21)

活血止痛方治疗桡骨茎突狭窄性腱鞘炎 85 例

浙江省舟山市中医院 (316000)

俞力行

现将近 2 年来我院用自制活血止痛方治疗的桡骨茎突狭窄性腱鞘炎 85 例, 报告如下。

临床资料

本组 85 例中男 15 例, 女 70 例; 年龄 19~65 岁; 右侧 60 例, 左侧 25 例, 均为单侧发病; 病程 2 天~1.5 月; 治疗时间 5~12 天; 本组病例均未内服中药及消炎止痛类的西药。

治疗方法

活血止痛方由生草乌、生川乌、生山栀、乳香、没药、羌活、石膏、蒲公英、苏木、细辛、生蒲黄; 当归、红花、樟脑、黄柏、独活、丁香、血竭; 以 4:2:1 的比例量合成。上述诸药碾成细末拌匀, 然后加适量蜂蜜, 再加温开水调匀, 根据肿痛部位的大小, 将药物均匀涂摊于大小适中的纱布上, 敷贴于患处, 再用绷带包扎, 2~3 天换一次。

治疗结果

疗效标准: 局部疼痛和体征消失, 功能恢复为痊愈; 局部疼痛减轻, 肿胀减退, 功能改善为有效; 局部

症状和体征不减, 功能无改善为无效。治疗结果: 痊愈 79 例, 有效 6 例。

体会

桡骨茎突狭窄性腱鞘炎, 是由于腕部过度运动, 以及寒冷刺激, 用力不当等, 使肌腱与腱鞘发生炎性变、水肿、组织肥厚, 管腔变窄, 肌腱在管内活动困难所致。此病属中医的伤筋范畴。病因病机是由风、寒、湿邪侵犯, 经络受阻, 气血瘀滞, 经脉阻滞不通所致。活血止痛方中生草乌、生川乌、细辛、丁香有温经止痛, 祛风除湿之功; 血竭、当归、乳香、没药、红花、蒲黄、苏木活血祛瘀止痛; 石膏、山栀、黄柏、蒲公英有清热泻火、消肿止痛的作用; 加羌活、独活增其祛风胜湿之力量; 配以樟脑以通关窍、利滞气。本方寒热并用, 辛开苦降, 有活血祛瘀, 祛风除湿, 消肿止痛之效。我们用此药外治之, 使病或提而外泄之, 或消而散之, 方法简单易行, 又无副作用, 疗效显著。

(收稿: 1995-08-15)