

## 短篇报道

克雷氏骨折合并拇长伸肌腱  
损伤的诊治

内蒙古赤峰市医院 (024000)

孟凡军 张家旺 张海军

我院于 1990 年~1993 年收治克雷氏骨折 716 例,其中合并拇长伸肌腱损伤 21 例。现就拇长伸肌腱损伤的诊断治疗报告如下。

**临床资料** 本组 21 例中,男 6 例,女 15 例;年龄 42~66 岁。19 例伤后 2~48 小时就诊,2 例经外院治疗克雷氏骨折后因拇指屈曲下垂畸形、主动伸指障碍分别于伤后 3 个月、5 个月就诊。克雷氏骨折合并拇长伸肌腱不全损伤的诊断依据:(1)骨折后拇指屈曲下垂畸形、不能主动伸指,经骨折愈合后能恢复伸指功能,本组 9 例;(2)或拇指伸指无力、疼痛,本组 10 例。

**治疗方法和结果** 克雷氏骨折手法复位后检查拇指主动伸指情况,如果主动伸指障碍可被动屈伸拇指解除骨折对拇长伸肌腱的卡压,恢复伸指功能,小夹板固定后鼓励患者积极行患手功能练习,伤后 3 周去外固定恢复正常活动。本组 18 例,随访 3 个月~1 年半未有肌腱断裂者。

**讨论** 1. 局部解剖 拇长伸肌腱起自尺骨中 1/3 及邻近骨间膜,肌束向下移为长腱,绕过桡骨背结节尺侧向桡侧止于拇指末节指骨底背面,功能是伸展指间关节及掌指关节。在腕背韧带形成的第三个鞘管内肌腱紧贴桡骨背侧行走,所受张力较大,侧方滑动度很小,当桡骨远端向桡背侧骨折移位时有可能损伤该肌腱。

2. 损伤机理 目前认为拇长伸肌腱损伤机理如下:(1)机械性磨损;(2)缺血性坏死,认为外伤损害了肌腱血供,肌腱发生变性;(3)直接挤压伤,Denman 提出创伤时腕极度背伸桡骨背伸,结节与第 III 掌骨茎突直接挤压肌腱发生断裂,可同时伴有或不伴有骨折。

3. 体会 (1)肌腱损伤的发生率与骨折的严重程度不呈正比,骨折可以无明显移位。(2)骨折合并拇长伸肌腱损伤的早期多为不全损伤,及时解除骨折对肌腱的卡压,良好的骨折复位、小夹板外固定、早期积极的功能练习是促进肌腱愈合,也是避免损伤肌腱最终发生断裂的关键。损伤的肌腱可通过外源性愈合及内源性愈合两种方式修复。肌腱修复早期重要的营

养来源是滑液的扩散,它保证内源性愈合过程的完成。克雷氏骨折小夹板固定便于患手早期屈伸练习,不但对骨折愈合、减轻软组织肿胀有积极作用,而且肌腱在鞘管内的滑动有利于滑液更好地为肌腱提供营养,促进肌腱愈合。管型石膏不便于患手的功能练习,紧张的石膏还对肌腱有一定的压迫作用,不利于肌腱的修复。(3)不适当的治疗可导致肌腱最终发生断裂。原因有:①未能及时解除骨折对肌腱的卡压;②不适当的制动限制了肌腱在鞘管内的滑动,减少了滑液对肌腱的营养。(4)断裂肌腱在晚期均有慢性炎症反应和变性,治疗时不宜直接缝合,可行示指固有伸肌腱或掌长肌腱移位来重建拇指功能。

(收稿:1995—10—06;修回:1996—07—15)

改良 Lugee 棒及 Harrington  
棒治疗胸腰椎骨折伴截瘫

福建省三明市第一医院 (365000)

王道珍 连福明

我院从 1988 年 1 月~1993 年 12 月应用改良 Lugee 及 Harrington 棒节段钢丝和单用 Harrington 棒内固定治疗胸腰椎骨折患者 65 例,取得了满意疗效,现报告如下。

**临床资料** 65 例中男 44 例,女 21 例;年龄 20~66 岁,青壮年占 90% 以上;损伤节段:L<sub>1</sub>21 例,L<sub>2</sub>11 例,L<sub>3</sub>4 例,T<sub>12</sub>14 例,T<sub>11</sub>4 例,T<sub>4-5</sub>8 例,T<sub>7-8</sub>3 例;骨折类型:爆裂型 35 例,压缩型 27 例,后伸型 3 例;65 例中不完全性截瘫 45 例,完全性截瘫 20 例。

**治疗方法** 麻醉与体位:65 例中局麻加基础麻醉 21 例,硬膜外麻 45 例。体位全部采用俯卧位。

改良 Lugee 及 Harrington 棒节段钢丝内固定法:术中常规显露,一侧应用哈氏棒撑开牵引复位,另一侧借用手法及外撑开器,矫正骨折复位,把与哈氏棒等长的鲁克棒置于椎板另一侧,再分别在损伤椎体上下各两个椎体棘突根部打孔穿过钢丝,把哈鲁氏棒分四点扭节固定,改良了钢丝从椎板下缘穿过的术式。

椎管有限减压探查:本组有 12 例患者采用有限椎管减压探查,即在椎体棘突之间,咬除部分棘突及椎板,直视探查脊髓损伤及骨折。

**治疗结果** 本组 65 例中,经 6 个月~4 年随访 48 例中,不完全性截瘫 31 例,完全性截瘫 17 例,其中用改