

治疗结果

1. 疗效标准: 痊愈: 肿胀疼痛完全消失, 膝关节功能活动恢复正常或接近正常; 好转: 疼痛明显减轻, 肿胀消失, 膝关节功能有所改善。

2. 结果: 痊愈 46 例, 好转 22 例, 有效率 100%。

讨 论

膝关节骨性关节炎多发于老年人, 病因较多, 主要表现为膝关节疼痛, 肿胀, 功能障碍及畸形等。中医认为多属肝肾两虚, 筋骨失荣, 加之外伤劳损或风寒湿邪侵袭, 留注关节所致。现代医学则认为膝部受到急慢性损伤, 软骨基质成分的改变或营养障碍^[2], 以及骨内高压^[3], 均可引起膝关节的疼痛和增生。我们在临床上观察到膝骨性关节炎, 骨质增生累及各个关节面, 尤其是胫骨平台内外侧骨质增生最为显著。认为胫骨平台应力较大, 极易损伤关节软骨, 骨质本身的损伤, 导致髓内压力升高。我们选择在胫骨上端钻孔减压, 以调节胫骨上端的血液循环和应力分布, 进而改善膝关节内环境, 降低骨内压力, 缓解疼痛。再配合活血化痰、理气

止痛、祛痰散结、行水利湿之方药进行熏洗, 促使局部血管扩张, 血运增加, 代谢增强, 加快有害物质的清除, 促进炎症和瘀血的吸收。还可提高机体免疫力, 从而使肿胀消失, 疼痛缓解。

胫骨上端钻孔减压配合中药熏洗治疗膝骨性关节炎有以下优点: ①手术创伤小, 特别适用于合并有其它疾病的老年人。②操作简单, 局麻下手术只要有骨钻就可开展, 但要严格无菌操作, 预防副损伤。③中药熏洗避免了内服中药的脾胃损害, 病人乐于接受。而且不需要住院, 方便了病人, 减轻了病人的经济负担。

参考文献

1. 陆裕朴, 胥少汀, 葛宝丰, 等. 实用骨科学. 第 1 版. 北京: 人民军医出版社, 1991: 1439
2. Arnoldi C. Patella pain. Acta Orthop Scand 1991; 62 (suppl 244): 1
3. Kiær T. Bone perfusion and oxygenation. Acta Orthop Scand 1994; 65 (suppl 257): 25

(收稿: 1997-04-21)

折顶法治疗前臂双骨折

四川省泸州市中医医院 (646000)

杨道银 唐中尧 陈茂辉 李宣隆

我们从 1990~1996 年采用折顶手法整复治疗前臂双骨折 73 例, 疗效满意, 现报告如下。

临床资料

本组 73 例中, 男 57 例, 女 16 例; 年龄 2.4~49 岁, 平均 15.5 岁。双骨折断端均有明显移位 46 例, 双骨折单骨移位 27 例 (全部为桡骨移位、尺骨无明显移位)。上 1/3 骨折 4 例, 中 1/3 骨折 26 例, 下 1/3 骨折 43 例。骨折线在同一平面或接近同一平面 64 例, 骨折线不在同一平面 9 例。伤后 1 天内就诊 51 例, 1~5 天内就诊 14 例, 7 天以上就诊 8 例。伤后经其它医院多次整复失败后再来就诊者 16 例。

治疗方法

1. 复位: 首先顺势拔伸牵引, 同时屈肘 90°前臂置于旋前位, 与肩平行 (此体位实际上在前臂置于胸前时是中立位)。在持续牵引的同时施行舒筋、理筋手法, 防止肌腱、筋膜嵌入断端, 继之则先纠正断端的尺桡侧移位, 将骨折移位类型均纠正成掌背侧移位。术者将双拇指置于骨断端背侧 (若远端向背侧移位拇指压远端, 远端向掌侧移位则拇指压近端), 余四指置于掌侧, 在夹

挤分骨的同时, 逐渐加大断端向掌侧成角, 可达 60°左右时, 可有断端皮质骨相接触的骨擦感时, 迅速反方向折顶, 此时双手四指从掌侧将断端顶向背侧方向可成角 5°左右再恢复成 0°角。复位后再次舒筋、理筋, 以恢复肌腱、组织解剖关系, 同时检查断端对位及稳定情况。有条件时可在 TV-X 光机下复位、检查, 位置不佳可再行第二次相同手法。若只有桡骨移位时, 对未移位尺骨可以使断端成角, 但不应加用过大力度折顶远、近端, 本组 27 例桡骨移位尺骨未移位者, 施行此整复手法, 未移位尺骨并未再移位。

2. 固定: 本组全部采用自制杉树皮小夹板外固定。无外伤者同时外敷中药活血接骨散 (医院制剂)。采用四块夹板超腕关节固定, 外缠绷带过虎口, 借用西医管型石膏固定过虎口的原理, 以增加固定的稳定性。本组所有病例均未使用分骨垫。固定好后置前臂于中立位, 并置于带柱中立位托板上, 防止前臂旋转引起移位, 鼓励患者从即时起开始逐渐进行握拳、伸指功能锻炼。

治疗结果

本组 73 例中, 70 例复位成功, 且多数为一次复位

成功, X 线片证实均达到解剖对位或近解剖对位。另 3 例, 在复位后有明显弹响声即感再移位, 行 2 次整复结果一样, 怀疑断端有肌腱、筋膜嵌入, 后为手术所证实。随访 5 个月~5 年, 73 例愈后功能恢复均优良, 无一例有旋转功能障碍。

讨 论

前臂双骨折在临床治疗中的难点在于手法复位比较难, 稳定性差, 容易引起前臂的旋转功能障碍。按前臂双骨折的受伤机理, 其早期移位方向是向掌背侧移位, 而向尺桡侧方向移位是由于骨折后扭转暴力等继续作用的结果, 因此本手法复位拔伸牵引的同时纠正侧方移位和分骨, 最后折顶纠正掌背侧移位, 正是体现了按骨折移位反方向即是整复骨折最佳方法的原理, 其成功率高。本手法的优点在于复位方法简便, 复位后断端间因骨峰相互嵌插而非常稳定, 再移位可能性小, 除非断端间有肌腱、筋膜嵌入。同时该手法快、稳、准, 患者痛苦少, 也减少了因手术切开复位内固定及撬拨整复等可能带来的诸如感染、肌腱血管神经损伤等并发症发生的潜在危险性, 是我们治疗前臂双骨折的理想手法。

前臂双骨折的固定也比较困难, 管型石膏及石膏夹板较笨重, 杉树皮轻便, 吸水性好, 可任意制作相应要求的夹板。由于本法复位后断端稳定, 我们弃用了分骨垫, 在临床中我们发现, 如果复位不佳或断端不稳时, 靠分骨垫是不能维持其有效固定, 相反还有发生局部压迫性溃疡、骨筋膜间隔综合征等严重并发症的危险。

对前臂双骨折, 仅桡骨移位, 采用本折顶整复法并未造成尺骨移位。骨折无移位者虽有局部骨膜撕裂, 但在牵引条件下肌腱、肌肉组织会起到肌肉夹板作用, 有效防止了骨断端的移位。有部分前臂双骨折断端间嵌入了肌腱、筋膜, 在经过一两次手法复位均感复位良好而复完全移位者, 应当果断地采用切开复位内固定, 以防造成更严重的损伤。本组 3 例切开复位证实断端间嵌有肌腱, 3 例均系外院复位效果不佳而来, 温习其原始 X 线片发现 3 例均有较大成角分离移位, 可能是在复位时未能有效拔伸牵引即盲目对位所致。我们在牵引的同时施行理筋、舒筋手法, 对恢复肌腱组织的位置, 防止肌腱、筋膜嵌入断端具有重要的临床意义。

(收稿: 1997-05-21)

后交叉韧带断裂并胫腓骨骨折 12 例报告

广西壮族自治区玉林地区医院 (537000)

陈 海 黄德征 张 宁 陈 强

膝关节后交叉韧带断裂并胫腓骨骨折是下肢一种严重的复合伤, 如未及时有效的治疗, 常造成膝关节失稳而影响活动与劳动。我院自 1992 年~1995 年间收治 12 例, 疗效满意, 现报告如下。

临床资料

12 例中男 10 例, 女 2 例; 年龄 20~45 岁; 均为同侧肢体, 右侧 5 例, 左侧 7 例; 均为新鲜损伤 (1 例漏诊变为陈旧性后交叉韧带断裂); 致伤原因: 摩托车车祸伤 9 例, 车祸伤 2 例, 坠落伤 1 例; 后交叉韧带在胫骨止点处撕脱骨折 8 例, 胫骨止点处撕裂 3 例, 中央部断裂 1 例; 胫腓骨开放性骨折 9 例, 闭合性骨折 3 例; 合并同侧髌骨骨折 3 例, 脑震荡 2 例, 对侧股骨干骨折 2 例。

治疗方法

胫腓骨骨折手术复位加压钢板内固定 4 例, 单侧外固定器复位固定 8 例。髌骨骨折手术复位张力带固定 2 例, 下极切除韧带缝合 1 例。对侧股骨干骨折亦

同时手术加压钢板内固定。改俯卧位, 取膝关节后方“S”形切口, 切断腓肠肌内或外侧头肌腱部, 切开关节囊吸净血肿, 探查后交叉韧带。撕脱骨折大片者, 复位后加压螺丝钉固定。胫骨止点断裂或撕脱骨折小片者, 从胫嵴后上方向前内下方钻小斜孔达胫骨内髁前内侧, 7 号丝线“8”字形缝合韧带断端从斜孔引出固定。中央部呈马尾状断裂及陈旧性断裂各 1 例, 利用腓肠肌内侧头重建。术后长腿石膏固定膝屈曲 20° (重建 2 例屈曲 40°)。

治疗结果

本组病人随访 4 个月~3 年, 骨折均骨性愈合, 膝关节功能恢复满意。疗效评定标准: 优: 膝关节伸屈达 0°~120°以上, 不跛行, 无关节不稳定现象, 恢复正常工作、生活, 能进行较剧烈的体育活动; 良: 术后膝关节伸屈达 0°~120°, 无跛行, 膝关节稳定, 恢复正常工作、生活; 可: 术后膝关节伸屈达 0°~90°, 有时稍痛, 走路稍见跛行, 膝关节轻度不稳定, 能完成一般工作、