

损伤。

4. 对难整复的胸腰椎骨折脱位, 可采取先椎板下穿钢丝, 两端对折打结, 以克氏钳夹持钢丝环, 上下对拉牵引方法, 使骨折脱位获得整复, 这样较其台下对拉牵引方便、省力, 复位效果满意。

(收稿: 1998—01—20)

## 掌骨颈骨折诊治失误

冯宝龄 宋开训 张峰 吉勇

山东省淄博市中心医院 (255036)

我院自 1980~1995 年收治从基层医院转来诊治失误掌骨颈骨折 14 例, 报告如下。

**临床资料** 本组 14 例中男 10 例, 女 4 例; 年龄 18~58 岁; 左手 5 例, 右手 9 例; 摔伤 4 例, 拳击伤 8 例, 打击伤 2 例, 均为新鲜骨折; 第二掌骨颈 4 例, 第 5 掌骨颈 10 例; 临床表现为患手肿胀, 疼痛伴功能障碍, 骨擦音阳性; X 线检查示掌骨颈横形骨折, 骨折向背侧成角或移位; 本组有 4 例未作 X 线检查而漏诊, 伤后 7 天拍片确诊。

**治疗方法及结果** 治疗失误原因系年青医生没有掌握此类骨折的正确复位手法及固定方法, 而行伸直位小夹板外固定, 或纸壳外固定各 3 例, 外敷膏药 4 例。伤后 2~3 天来诊, 重新手法复位外固定。其正确手法复位方法是在牵引下, 先将掌指关节屈成直角, 使侧副韧带紧张, 然后将掌骨头推向背侧, 并在手背部加压, 骨折即可复位。复位后保持掌指关节 90° 位置, 用石膏或铝板外固定 3~4 周。随访 3~12 个月, 骨折愈合, 有 11 例掌指关节屈曲 90°, 伸直 180°, 仅有 3 例伸直受限约 150°~160°。

**讨论** 1. 掌骨颈骨折以第 5 掌骨颈多见, 握拳冲击伤等直接暴力引起, 多为横断骨折, 骨折因骨间肌、蚓状肌牵拉, 掌骨头向掌侧倾斜, 骨折向背侧成角。由于掌骨头不是一个规则的半球形, 并突向掌侧, 而且侧副韧带附着于掌骨头两侧, 骨折后若将掌指关节伸直位牵引, 则以侧副韧带在掌骨头上的止点为轴, 可使掌骨头向掌侧旋转, 反而加重畸形。

2. 诊断失误原因及预防: (1) 原因: X 线检查是诊断所有骨折最重要措施之一, 本组有 4 例未作该项检查, 仅凭主观印象作出错误判断而漏诊或误诊。(2) 预防: 掌握此类骨折典型症状和体征, 仔细认真检查, 进行必须的 X 线检查, 是预防诊断失误的主要手段之一。

3. 治疗失误: 临床常见失误是伸直位牵引和外固定。掌指关节背伸位或伸直位牵引, 越牵引畸形越严重, 导致复位困难, 这是导致掌骨颈骨折治疗失误的主要原因。

(收稿: 1995—12—11)

## 自身加压牵引治疗 跟骨骨折 50 例

王庆雷 杨瑞荣

山东省梁山县中医院 (272600)

我院自 1993~1995 年利用钢针撬拨, 自身加压牵引治疗跟骨骨折 50 例, 现总结如下。

**临床资料** 本组 50 例中男 45 例, 女 5 例; 年龄 20~65 岁; 发病时间为 1 天~1 周; 右侧 30 例, 左侧 20 例; 患者均有外伤史, 患跟骨内侧肿胀、疼痛, 足弓消失, X 光片示跟距关节角 0°~15°者 20 例, 0°~-10°者 30 例。

**治疗方法** 患者俯卧位, 常规术野消毒, 铺洞巾, 在跟骨结节内外侧, 跟骨结节的上下约 3cm 靠外侧行局部麻醉。在跟骨结节内外侧用骨钻钻入  $\varnothing 2\text{mm}$  克氏针一根; 在跟骨结节上下靠外侧各穿 3.5mm 斯氏针一根, 然后用无菌纱布穿过克氏针盖住针孔处, 把牵引针向同一方向弯曲 90°, 各弯成一个小钩。把一个棉垫、纸壳放在患足跖骨前面, 把一个玻璃瓶、一个棉垫放在足底, 一边用撬拨针 (跟骨结节上下的斯氏针) 撬拨跟骨近端使其复位, 一边用一长约 1m 的宽绷带绕过跖骨前面的纸壳, 交叉通过玻璃瓶, 再分别穿过牵引针两端的钩, 用力拉绷带, 使其能维持撬拨针的复位, 然后再交叉通过玻璃瓶、跖骨前面的纸壳, 并将两个绷带头系在一起。然后拔除撬拨针, 用无菌敷料包扎固定。在术后 3、7、15 日拍片复查, 并调整绷带的松紧度, 使其保持正常位置。28 天拔除克氏针。31 天后用中药活血止痛散: 当归 12g, 川芎 12g, 丹参 30g, 红花 15g, 桂枝 12g, 川草乌各 12g, 伸筋草 30g, 透骨草 30g, 威灵仙 15g。外洗并开始扶拐锻炼负重、行走, 直到行走自如。

**治疗结果** 疗效标准: 痊愈: 行走自如, 无疼痛, 跟距结节角 25°~40°; 显效: 行走时轻度疼痛, 跟距结节角 10°~24°; 无效: 行走时疼痛, 生活不能自理, 跟距结节角 -10°~10°。治疗结果: 随访时间最短者 3 个月, 长者 2 年。结果 50 例全部临床痊愈。

**讨论** 跟骨骨折是临床常见病, 我院利用钢针撬拨复位, 跟骨结节处牵引针对抗跟腱的牵拉力, 并用

韧带交叉通过玻璃瓶系于跟骨前面,使足部自身牵引。此法不仅能使跟骨断端复位,恢复跟距关节角,而且还可保持正常足弓,使患者 1 个月后很快恢复负重功能。

(收稿: 1995-07-21)

## 康灵克通局封综合疗法治疗 髌骨软化症

苏再发

福建省泉州市中医院 (362000)

髌骨软化症,是指髌股关节的一种退行性变,我们从 1991 年 4 月~1994 年 2 月,采用康灵克通局封,中药内服、外洗治疗髌骨软化症 32 例,疗效满意。现报告如下。

**临床资料** 本组 32 例中男 19 例,女 13 例;年龄 20~29 岁 10 例,30~49 岁 14 例,50 岁以上 8 例;高髌骨 2 例,膝外翻 1 例,先天性髌骨外脱位 1 例,与外伤有关 20 例;病程在 3 个月以内者 11 例,3~6 个月 13 例,6 个月以上者 8 例。

**治疗方法** 1. 中成药内服:内服壮骨关节丸,1 次 6g,1 天 2 次,1 个月为 1 疗程。2. 关节内封闭:局部常规消毒,在髌骨内上缘中点为穿刺点,注入康灵克通 1ml (西德生产),2%利多卡因 2ml,注射用水 2ml,每次 5ml,每周 1 次,4 次为 1 疗程。3. 熏洗:熏洗方组成:伸筋草 15g,透骨草 15g,当归 12g,赤芍 10g,川芎 10g,海桐皮 15g,五加皮 15g,桃仁 10g,红花 6g,乳没各 6g,防风 10g,牛膝 12g,木瓜 15g,羌独活各 10g。用法:将药物倒入砂锅内,加水浸渍 15 分钟后煎 30 分钟,稍冷后用纱布洗擦患处,每日熏洗 2 次,每次 20 分钟。4. 功能锻炼:适当地锻炼肌力,如股四头肌的静力收缩,在无痛的条件下作膝关节的伸屈活动,避免作下蹲动作。

**治疗结果** 疗效标准:优:症状、体征消失,下蹲不受限;良:症状、体征大部分消失,下蹲轻度受限;可:症状、体征有所改善,下蹲困难;劣:症状、体征、功能均无改善。结果:本组 32 例,经 1~3 个疗程的治疗,经 2 个月~3 年的随访,优 15 例,良 10 例,可 4 例,劣 3 例,总有效率为 90.63%。

**讨论** 我们采用康灵克通(西德生产)作关节内封闭,可减轻滑膜的无菌性炎症,减少滑液渗出,使滑膜恢复正常,软骨的营养得到改善而达到治疗作用。

用壮骨关节丸以补肝肾,强筋骨以治其本,同时配合中药外洗以活血舒筋通络,祛风散寒止痛治其标,标

本兼治,使肝肾气血充足,筋骨健、气血流、经络通而达到治疗作用。功能锻炼要注意做到“动静结合”。“动”就是要锻炼股四头肌的静力收缩,在无痛的条件下进行膝关节的伸屈活动,这样可避免股四头肌萎缩,并且使粗糙面转化为平滑,有助于损伤组织的修复。“静”不是指任何形式的制动,更不是指石膏外固定,因石膏外固定,虽可减轻症状,去除后症状复发,甚至加重病情。“静”是指在无痛的条件下进行有限的活动,特别应限制下蹲动作,这样可减轻髌软骨的应力,加速损伤组织的修复。

笔者临床体会到,大多数髌骨软化症,采用系统的非手术疗法可使症状缓解,特别是病变早期的病例,疗效显著,而对于(1)进行性、持续性疼痛,影响正常的工作和生活者;(2)采用系统的保守治疗达 3 个月症状无改善者;(3)髌股关节结构异常和高髌骨、膝外翻、先天性髌骨外脱位等几种情况,应早期手术治疗,以免延误病情。

(收稿: 1995-07-21)

## 膝关节三联征的外科治疗 13 例

尹应升

河北省泊头市中医院 (062150)

我院自 1986~1995 年,对 13 例膝关节三联征,采用腓肠肌腱条重建前叉韧带及内侧副韧带术进行治疗,报告如下。

**临床资料** 本组 13 例中男 8 例,女 5 例;年龄 20~48 岁;左膝 8 例,右膝 4 例,双膝 1 例;皆为交通肇事或意外事故伤。

**治疗方法** 膝前内侧切口,探查膝关节,确诊为本病后,另于小腿外侧做 4 个长约 5cm 的间断切口,沿腓肠肌前缘,切取长 30cm、宽 4cm 的肌腱膜条,纵向对折缝成管状,保留近端之连续性。由胫骨前外棘向平台关节内内髁方向钻一导针,方向满意后,沿导针方向,扩大成骨性隧道,直径以腓肠肌腱膜通过为准,将肌腱通过骨隧道引入膝关节,入口处用粗丝线与周围筋膜牢固缝合,再于内髁间窝部向内股骨内侧做一同样隧道,将肌腱由此引出,屈膝 20°~30°,收紧肌腱膜,维持适当张力,出口处与周围筋膜缝合固定,然后将肌腱膜末端,紧靠关节囊外侧,将肌腱膜折向胫骨内侧前棘,用丝线固定后,在胫骨结节处做带蒂三角形骨瓣,于伸膝位,收紧筋膜,并嵌入骨槽内,将骨瓣复位,螺