

正常,腰部活动自如,正常工作,无腰背疼痛等症状;良:椎体高度大部分恢复,生理曲线接近正常,腰部活动自如。正常工作,有轻度腰背痛症状;差:椎体高度小部分恢复或未恢复,仍有后突畸形,参加轻工作,腰背痛症状明显或需带腰围。本组病例随访 1~5 年,疗效优 24 例,良 10 例,差 3 例。优良率为 91.9%。

讨论

对胸腰段单纯屈曲型压缩骨折的患者。治疗的目的是设法使其恢复正常高度和生理曲线,一般采用非手术疗法整复。最常用的方法是腰部垫枕,以垫枕作支点,利用躯干的重力和杠杆原理使脊柱过伸,通过前纵韧带和椎间盘的牵张,使压缩呈楔形变的椎体逐渐张开复位,从而使脊柱生理曲线得到纠正。本组病例用突发力于胸骨上部和耻骨联合部同时发力,则可加速复位。由于复位快速,复位后伤椎部疼痛缓解,而因病员比单纯垫枕治疗更易于接受。

早期进行腰背肌训练与垫枕有协同作用,可使脊柱进一步伸展,可预防腰背肌废用性萎缩,并为早期佩

戴腰牵器下地活动作好准备。

腰牵器的使用,患者保持胸腰段伸展位牵引。可有效地防止早期下地而出现的椎体再压缩。由于早期下地,改善了患者的心态,提高了患者的治疗信心,可早期达到生活自理,减轻陪护人员的工作负担。

中药治疗是以骨伤内治法的三期辨证为原则,在早、中期主要是针对患者的脘腹胀满,大便秘结、局部肿痛较甚等症状而进行的辨证治疗,而对于胸腰椎骨折病人,我们认为后期的调理乃是中药治疗的关键所在。祖国医学认为肝主筋,肾主骨生髓,其府在腰,也就是说中医的肝肾与全身特别是腰部的骨髓系统及其支持系统有着极其密切的关系,因此在患者使用腰牵器下地行走后,我们予以滋补肝肾、强壮筋骨之剂,丰富了局部骨质的血液营养支持,促进了骨质的吸收和再生,加速了骨痂的生长,从而缩短了病程。另外,中药调理也大大完善了因骨折而被损伤的骨骼支持系统即筋膜、韧带的修复,从而降低了腰痛等后遗症的发生率。

(收稿:1999-01-12)

踝关节功能固定夹板的设计及临床应用

顾德毅

江苏省苏北人民医院(225000)

踝关节的扭伤和骨折较为多见,一般认为要早期进行功能锻炼以防发生关节僵硬,但传统的小夹板由于其固定范围较大,不便于早期功能锻炼,更不便于早期下床行走,且需要专科医师经常调整其松紧程度,给广大病员带来很大的不便,为解决以上问题,作者根据踝关节的形状,自行设计了一种踝关节功能固定夹板。自 1993 年 7 月~1998 年 4 月对踝关节扭伤 395 例、骨折 92 例使用该夹板治疗,取得较好疗效,现总结报告如下。

材料与方 法

1. 结构:踝关节功能固定夹板由外板、海绵垫、脚垫和尼龙搭扣组成。踝关节功能固定夹板是用工程塑料为其外层的框架,并使夹板符合踝部的外形,这样就能保持一定的强度;其内衬垫有海绵,使患者在使用时感到舒适,也使夹板能符合不同体型的人使用;脚垫设计为可调节,这样就可不再设计多种型号而能适应不同脚宽的人使用;近端夹板的固定使用尼龙搭扣,为的是拆装方便,这就为病员能自行调节夹板的松紧提供了方便。

2. 使用方法:调节脚垫,以使之适合不同脚型的人使用,将夹板近端用手扶紧,顺时针方向缠绕二条尼龙搭扣,以松手后不感过紧、难受为原则。

3. 适应症:由于该夹板是在传统小夹板的基础上加以改进和变形,因此其适应症和原小夹板相近。
①踝关节的各类扭伤;②内外踝无移位的骨折(稳定型);③内外踝骨折伴有移位作切开复位内固定术后。

临床应用

1. 一般资料:在全部 487 例病人中,男 392 例,女 95 例;年龄 6~72 岁;左侧 263 例,右侧 224 例;扭伤 395 例,踝部骨折 92 例,其中 S-A 型 I 度 72 例,手术 21 例;S-A 型 II 度 19 例,18 例手术;S-E 型 IV 度 1 例,手术治疗。

2. 治疗情况:全部踝关节扭伤和内、外踝有裂隙骨折患者在诊断明确后均立即使用该夹板治疗,内、外踝定点裂隙骨折但无移位患者可首先使用石膏外固定,待 2~3 周后再换用该夹板治疗;内、外踝骨折并有移位患者先行手术复位内固定术,在拆线后即可使用该夹板治疗。患者在使用该夹板后可立即进行功能锻炼,

并可穿旅游鞋下床持拐行走。

3. 治疗结果: 本组患者随访时间最长 4 年, 最短 1 个月, 平均 6.5 个月, 踝关节扭伤患者全部恢复良好, 行走自如, 骨折患者(手术和非手术)踝关节功能亦全部恢复正常, 无一例发生关节僵硬, 无一例发生骨折移位现象。

讨论

由于踝关节损伤的分类方法很多, 作者采用了 Lauge-Hansen 分类法; 该分类法强调踝关节骨折波及单踝、双踝或三踝是创伤病理的不同阶段, 在重视骨折的同时也必须重视韧带损伤, 强调踝关节受暴力损伤时受力方向, 骨与韧带损伤的先后顺序, 以全面认识损伤的发生与发展过程。按暴力大小, 损伤严重程度, Lauge-Hansen 每型又分成几度, 这就能够准确估计损伤的严重程度, 对确定正确的治疗方案和能否使用踝关节功能固定夹板, 有很好的指导作用。

踝关节是负重关节, 踝关节骨折、脱位是关节内损伤, 常合并有韧带及关节囊的损伤; 因此, 对于单纯的外踝骨折或术后的病人, 要给予其可靠的固定并积极主动地进行功能锻炼, 才能使踝关节功能完全恢复正常。由于踝关节功能固定夹板具有能方便穿鞋的特点, 且固定可靠, 因此患者愿意早期下床行走, 从而达到早期进行踝关节功能锻炼的目的, 有效地防止了踝关节的僵硬, 为踝关节功能完全恢复创造了良好的条

件。

现已公认外踝与腓骨对踝关节稳定与负重和维持距骨正常位置的重要作用。腓骨远端骨折如未行坚强内固定又没有固定下胫腓联合, 由于腓骨干轴线与外踝之轴线相交成向外侧开放 $10^{\circ} \sim 15^{\circ}$ 角^[1]在负重与小腿肌肉作用下和距骨与外踝相互作用下, 外踝将上移, 可造成踝穴增宽, 引起距骨在踝穴内不稳定, 最终出现创伤性关节炎。踝关节功能固定夹板的脚垫一旦固定后, 其近端用尼龙搭扣拉紧, 由于内、外踝明显突出, 而脚垫又相对较窄, 内、外踝即成为支点而受力, 因此踝关节功能固定夹板在此处有向内挤压的作用, 这样有助于防止下胫、腓关节的分离, 从而保持踝穴的间隙, 有助于距骨在踝穴内的稳定, 防止出现创伤性关节炎。

该夹板的应用发挥了传统小夹板的特长, 弥补了小夹板固定外形臃肿, 需经常调整的不足。由于该夹板并不制动关节, 所以在骨折早期就可以进行无疼痛的跖、背屈活动锻炼, 通过早期活动, 改善了局部的血液循环, 可使肿胀迅速消退; 由于踝关节功能固定夹板外形美观, 方便穿鞋, 因此可以早期下床负重锻炼, 避免了关节固定后的僵硬, 减少了肌肉萎缩。

参考资料

1. 丁占云. 踝关节骨折脱位合并下胫腓分离的治疗. 骨与关节损伤杂志, 1988, 3(1): 2

(收稿: 1998-12-20)

鹰嘴钩治疗尺骨鹰嘴骨折 43 例

邵亚平

河北省晋州市中医院(052260)

1990 年 4 月~ 1995 年 12 月应用研制的鹰嘴钩治疗尺骨鹰嘴骨折 43 例, 收到满意效果, 现报告如下。

临床资料

本组 43 例中男 27 例, 女 16 例; 年龄 18~ 69 岁; 左侧 8 例, 右侧 35 例; 横断型 27 例, 斜型 3 例, 粉碎型 12 例, 合并尺骨冠状突骨折 1 例; 无移位骨折 3 例, 移位在 3mm~ 2cm 者 40 例; 伤后 24 小时来诊者 9 例, 2~ 7 天来诊者 32 例。

治疗方法

1. 器械结构: 鹰嘴钩由固定钳、加压固定钩、铰轴螺丝和铰轴螺丝固定螺母等部件构成(图 1)。固定钳: 用医用卵圆钳制成, 保留卵圆钳铰轴以下部分, 铰轴以上部分制成如手术布巾钳的形状, 远端渐细, 末端尖

锐, 环部开口间距 5mm。加压固定钩: 用不锈钢焊条($\varnothing 4$ mm)制成, 远端弯钩并渐细, 末端尖锐, 中间连接扁圆型滑道长 50mm, 宽 4mm, 以使在固定钳蝴蝶螺丝下远近滑动, 近端连接以圆环。铰轴螺丝: 去掉原卵圆钳铰轴, 更换以铰轴螺丝($\varnothing 3.5$ mm)。铰轴螺丝固定螺母: 为蝴蝶螺母, 与铰轴螺丝相匹配。

2. 使用方法: 采用局麻或臂丛麻醉, 电视 X 线机下无菌操作。先用加压固定钩经皮穿透骨皮质钩住鹰嘴骨块, 再据滑道远端的位置, 将固定钳经皮固定尺骨。术者一手推按鹰嘴骨块, 一手拉住加压固定钩近端的圆环使骨块复位, 并嘱助手轻轻将患肘屈伸数次, 尽量使关节面恢复平滑, 旋紧蝴蝶螺丝, 无菌敷料包扎, 屈肘 90° , 腕颈带吊于胸前。术后 2、7、14、28 天各复查 X