

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<sup>[1]</sup>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  $90^\circ$ , 腕颈带吊于胸前。术后 2、7、14、28 天各复查 X

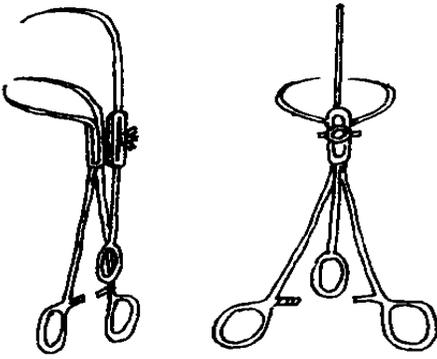


图 1 鹰嘴钩外形图

线片 1 次,如无不适应及骨块分离情况可维持固定,否则重新调整。术后即可活动指、腕关节。2 周后可适当伸屈肘关节。4 周左右去除固定。

治疗结果

本组 43 例,术后 X 线片示解剖复位 35 例,近解剖复位 7 例,较差 1 例。骨性愈合平均 4~6 周。经 3 个

月~5 年随访,肘关节功能恢复 43 例中,40 例 6~8 周均与健侧伸屈相对称,3 例 10 周左右相差 5°~10°。

讨论

鹰嘴钩的治疗实质是把肌、筋牵引骨块移位的病理过程逆转过来,成为骨折复位的一种治疗过程。操作时应注意的问题:(1)应用该法最佳时机为 24 小时内,水肿尚未形成时,如超过 24 小时,局部肿胀明显,操作时不易摸清楚,影响复位质量,可推迟 1 周左右,待肿胀基本消退后,再整复固定,也不影响疗效。(2)对不同类型骨折,加压固定钩应钩住鹰嘴骨块的不同部位,才能防止鹰嘴骨块的前倾或后倾,取得较好的治疗效果。对横断骨折,应钩住骨块中点部位为佳。对斜形骨折,应钩住骨块中点略靠远端部位为度。对粉碎骨折,应钩住骨块中点略靠近端部位为好,且不能过度加压,以防中间的碎片被挤出,影响复位。因此选取钩骨块的位置是取效的关键。

(收稿:1996-09-10)

## 自制小木棒治疗跟骨骨刺

刘树虎 刘文明

北京军区 281 医院(河北北戴河 066100)

作者应用小木棒治疗跟骨骨刺 150 例,收到良好效果,现介绍如下。

临床资料 150 例中男 98 例,女 52 例;年龄 30~60 岁;单足发病者 126 例,双足发病者 24 例,共 174 足;病程 0.5~10 年;患者主诉都有不同程度的立位或行走时足跟疼痛,局部踩及硬物时疼痛明显加重,入院检查 174 足 X 线全部确认为跟骨骨刺。

治疗方法 1. 小木棒的制作:首先选用一根质地坚硬的桃木或松木做成一个长约 40cm 的前细后稍粗的圆柱形棒体,然后再做成一个与棒体粗端等厚度的月牙型棒尾,与棒体粗端连接起来即成。

2. 治疗方法:患者取仰卧位,患足放于床尾。医者坐于床尾面对患足,根据 X 线摄片及压痛点检查确定骨刺所在部位并做出标记。后将小棒细端顶放于标记点上,左手拇指与其它四指分开分别固定患足内、外侧并使虎口部与小棒顶端形成一固定点,以防用力时小棒下滑。右手把住小棒细端,右侧肩部顶住小棒月牙端,使小棒与足平面略呈 70°~80° 角。第一助手将双手

重叠放于患肢膝盖上,压住患肢。在取得患者合作的基础上,肩部用力向前顶压局部,力量达到最大时再顺时针转动木棒 2~3 次,时间约 3~5 秒钟。顶压的力量要均匀一致,以患者能够忍受为度。术毕用拇指轻揉局部 2~3 分钟即可。

治疗结果 应用本法对 150 例进行治疗,一次治愈者 140 例,2~3 次治愈者 10 例。

讨论 此法治病的原理意在通过较大强度短时间的压力刺激,增加局部对疼痛刺激的阈值,降低疼痛的敏感性,并使局部软组织的神经末梢发生变性及纤维化,以起到一个长期的麻醉作用。另外,本法还含有一定的松解局部粘连的作用。应用本法注意点:(1)对有心、脑疾患的病人做治疗时应慎重;(2)顶压时的力量一定要均匀得当,部位要准确,木棒固定要牢,切不可上下滑动;(3)双足患者最好一次只做一足,待 3~5 天后,一足疼痛消失后,再做另一足。

(收稿:1996-04-24)