

第一腕掌关节损伤的治疗

刘会仁 张文惠 汪琦 陈杰 金河 张宁

河北省唐山市第二医院(063000)

自 1986~1995 年,我科收治第一腕掌关节损伤(包括 Bennett 骨折,腕掌关节脱位,创伤性关节炎)47 例,现报告如下。

临床资料

本组 47 例中,男 37 例,女 10 例;年龄 20~53 岁。Bennett 骨折 35 例,其中粉碎骨折 2 例,就诊距受伤时间 1~30 天,有 4 例曾被误诊;第一腕掌关节脱位 9 例,其中 5 例陈旧脱位(1 例为自发性),4 例新鲜脱位;第一腕掌关节创伤性关节炎 3 例,其中 2 例继发于 Bennett 骨折(1 例合并虎口挛缩),1 例原因不明。

讨论

1. Bennett 骨折 切开复位克氏针内固定术 12 例,优 10 例,良 2 例;闭合复位经皮克氏针固定术 21 例,优 18 例,良 2 例,差 1 例(去克氏针过早,再脱位);2 例粉碎骨折行指骨牵引,优 2 例。内固定者均将克氏针由第一掌骨基底背侧穿入,经第一腕掌关节固定于大多角骨上,石膏托固定;指骨牵引者在第一掌骨基底背侧加压垫以利复位,每周复查 X 线片。三种方法的固定时间均为 6 周。

Bennett 骨折的诊断比较容易,有经验的医生在拍 X 线片以前已能确定诊断,但误诊时有发生,本组 4 例曾被误诊,为此早期明确诊断仍应强调。我们提出“复位试验”^[1],阳性为特异性诊断体征,新鲜损伤阳性率为 100%,也是闭合复位经皮克氏针固定的手术指征。X 线片是最终确诊的依据。

Bennett 骨折为关节内骨折脱位,且复位容易维持复位难,这决定了治疗应首选内固定术。早期我们选用切开复位克氏针内固定的方法,术中体会切开复位并未给治疗提供多少方便且加重损伤,所以后期我们全部选用经皮克氏针内固定术。只要“复位试验”阳性就可试用经皮穿针术。闭合复位的关键是拇指轻度外展、对掌、内旋位纵向牵引拇指并向掌尺侧按压第一掌骨基底,内旋十分重要。牵引疗法对第一掌骨基底粉碎骨折是行之有效的方法,粉碎骨折时应首选,牵引时在第一掌骨基底背侧加一压垫,非常有利于复位。缺点是需多次复查 X 线片和调整牵引复位,故对一般 Bennett 骨折不适用。

2. 第一腕掌关节脱位 新鲜脱位 4 例中,行手法复位,单纯石膏托固定 1 例,经皮克氏针固定 3 例,随访 6 个月~3 年,优 4 例。5 例陈旧脱位行韧带重建术,其中 4 例行 Eaton 法^[2]韧带重建术,1 例把外展拇长肌腱纵向劈 1/3 腱束,切断止点,通过大多角骨和第一掌骨基底部的关节囊小孔,加强背侧关节囊和重建背侧韧带,再缝于止点处,关节囊切口要紧靠骨止点处。随访 1~7 年,优 1 例,良 3 例,可 1 例。

新鲜第一腕掌关节脱位的畸形较明显,表现为拇指屈曲,掌骨基底部隆起,关节固定不敢活动,X 线片可确诊。但应警惕脱位后自行复位,来院时已无畸形和 X 线片阳性改变而误诊,造成以后的关节脱位和不稳。故详细的病史很重要,必要时麻醉下做应力检查。本组 2 例发生漏诊均因此,应特别注意。

陈旧性第一腕掌关节脱位中,一种表现为“半脱位”即拇指对指或屈曲时第一掌骨基底向背侧脱出,改变关节位置或手法复位可还纳,为韧带松弛型,本组 5 例为此型;另一种表现为完全脱出,即第一腕掌关节在解剖上持续脱位,不能手法还纳,为完全脱出型,此型功能障碍的程度与脱位后拇指被固定的位置有关,治疗一般选用关节融合术,本文未予讨论。对于韧带松弛型应行韧带重建术,韧带重建的方向和部位是手术成功的关键,选择何肌腱并不重要。总的看,韧带重建组远不如新鲜损伤经皮内固定组,所以早期诊治非常重要。

3. 第一腕掌关节创伤性关节炎 过去我们选用关节融合术,施行 2 例,结果 1 例仅与示指对指,1 例可与示、中指对指,对指力良好,握细小物体时握力差,生活中感不方便。我们体会手术虽简单,但要获得较好的功能也非易事,不可轻视。一般应使拇指外展对掌,旋前 30°~40°位为好,旋前过小影响拇指握握时的方向及对指时的指腹接触面积,旋前过多则拇指掌指关节、指间关节屈曲时不能使拇指充分尺侧移,失去其对腕掌关节对掌运动的代偿作用,使拇指不能与环小指甚至中指对指。它适合体力劳动者和局部皮肤软组织条件不好者,对非体力劳动者可行腕掌关节成形术^[3]。

参考资料

1. 张长荣, 郑瑞启, 刘会仁, 等. 经皮克氏针内固定治疗 Berr
net's 骨折. 骨与关节损伤杂志, 1991, 6(4): 229

2. 李炳万主编译. 实用手外科学. 上册. 长春: 吉林人民出版

社, 1990. 159

3. 成效敏摘译. 利用拇长展肌腱的第一腕掌关节成形术. 手
外科杂志, 1992, 8(2): 125

(收稿: 1996- 03- 01; 修回: 1996- 09- 27)

胸腰段脊柱骨折内固定术后畸形 32 例分析

邵诗泽 张恩忠 陈宝庭* 张卫 谭远超

山东省文登市整骨医院(264400)

由于胸腰段脊柱的解剖特点, 其骨折常因自高处
跌落所致. 骨折类型常见的为胸腰段椎体压缩性骨
折, 其骨折易并发脱位、后凸畸形及脊髓损伤等. 早期
手术治疗主要是减压、复位、植骨及内固定等. 然而部
分患者术后由于各种因素导致胸腰段脊柱后凸畸形,
再次给病人带来痛苦. 我科自 1993 年 1 月~ 1995 年 10
月接治胸腰段脊柱骨折内固定术后发生脊柱后凸畸形
32 例.

临床资料

本组 32 例中男 27 例, 女 5 例; 年龄 19~ 56 岁; 骨折
部位: T₁₁ 骨折 3 例, T₁₂ 骨折 8 例, L₁ 骨折 11 例, L₂ 骨折 7
例, T₁₂L₁ 相邻型骨折 2 例, T₁₂L₂ 非相邻型骨折 1 例. 内
固定器材: 改良 Dick 钉 23 例, 棘突钢板 5 例, 鲁克氏棒
3 例, Harrington 棒 1 例. 脊柱后凸畸形程度: 20° ~ 30° 14
例, 31° ~ 35° 7 例, 36° ~ 40° 6 例, 40° ~ 45° 4 例, 46° 以上 1
例; 伴有神经受压症状者 9 例. 术后来院时间最短者 6
个月, 最长者 3 年 4 个月.

讨论

1. 胸腰椎骨折的性质: 胸腰椎骨折常为屈曲压缩
性骨折, 椎体垂直劈裂并互相嵌插. 骨折使椎体的形
态发生改变, 其特点为: 椎体前缘变窄的楔形变, 这一
骨折变化使胸腰段脊柱原有的后凸加大而发生畸形,
且容易并发脱位及神经受损等. 病情较重者给予手术
治疗, 以复位、减压、内固定、植骨为主, 使脊柱恢复其
生理曲度, 增强其稳定性. 然而无论哪种后路手术方
法, 均难使发生楔形变的椎体恢复原来的高度.

2. 患者自身因素: 部分病人过份依赖内固定, 术后
出院不听从医生的指导治疗, 随意过早停止使用必要

的外固定器材, 如腰围; 过早使胸腰段脊柱完全负重,
如过早不使用拐杖行走; 不注意坐、立、行走的姿势, 加
重内固定器材所承受的剪力, 导致应力集中, 使内固定
器材弯曲断裂. 本组病例中有内固定器材弯曲断裂 17
例, 从而失去其对脊柱骨折部位的固定作用, 导致脊柱
后凸畸形. 有的患者出院后不做定期检查, 直至发现
胸腰段脊柱明显后凸畸形, 或出现神经受压症状才到
医院检查治疗.

3. 医源性: 本组病例中由于医源性导致术后畸形的
发生占有较大的比例. 有 8 例所使用内固定位置欠
妥, 椎弓根钉未能固定于正确位置上, 其中有 4 例固定
于椎间隙, 2 例固定于椎体侧方, 2 例将椎弓根钉固定
于骨折椎体上. 有 3 例使用了不合理的内固定器材, 其
中 1 例利用 8 孔钢板做内固定, 2 例利用克氏针代替鲁
克氏棒做内固定. 有 5 例未按所利用内固定器材的要
求操作, 其中 3 例利用棘突钢板内固定, 只分别用两个
螺栓将其固定在两个棘突上, 且有 1 例用钢丝取代螺栓
做内固定; 2 例利用鲁克氏棒(包括代替品)内固定时,
只用钢丝将其捆绑于两个棘突上, 其它棘突则利用丝
线捆绑. 有 13 例手术时未予植骨.

胸腰椎骨折后, 脊柱失去其原有的稳定结构. 给
予手术时, 椎管扩大、减压等亦破坏脊柱的后结构. 田
惠忠等^[1]的研究证明, 后部结构破坏, 能影响脊柱稳定
性. 给予内固定是为了增强其稳定性, 必要的植骨是
重建其稳定结构.

参考文献

1. 田惠忠, 王以进, 李永年. 后部结构切除对腰椎稳定性影响
的实验研究. 中华骨科杂志, 1994, 14(9): 557

(收稿: 1996- 03- 21)

* 山东省高密市整骨医院