

显效,临床症状消失,关节功能基本恢复,但劳累或气候变化时仍有隐痛;好转,关节疼痛减轻,关节功能部分恢复;无效,临床表现与治疗前无变化。②治疗结果:经 6 个月至 2 年随访(平均随访 1 年 7 个月),本组 188 例中,痊愈 122 例,显效 33 例,好转 32 例,无效 1 例。

讨论 增生性膝关节炎为中老年人常见病,属中医“痹症”的范畴。中医认为人体正虚肾亏,复感风寒湿邪,筋脉痹阻而发病,故有疼痛、畏寒、屈伸不利等

表现,为受寒后细小血管痉挛闭塞,影响血液循环,致病理代谢产物堆积,加速了退行性改变的进展。治疗时要抓住寒凝络痹这一主要病机,予以散寒通痹。根据临床所见,以足底首先受寒者居多,故治疗时要足膝同治,祛却寒源。我们采用温通药泥沃足敷膝、循经温敷、釜底加薪,使下沉之寒无所避匿,体现了“治病求本”的原则。方中制附子、小茴香、川椒、骨碎补温肾散寒健骨;当归、丹参、元胡、鸡血藤活血通络止痛;牛膝补肾壮

膝;醋助药物渗透入里;酒则通血脉、行药势、散沉寒;豆腐渣属土,善入肌腠,作为热量及药物的载体,使之径达病所。诸药合用,有散寒止痛、改善循环、解除肌肉紧张、促进病理代谢产物吸收、控制和改善退行性改变的作用。验之临床,骨刺虽未消除而关节间隙狭窄及临床症状多有改善,考虑为肌肉、关节囊紧张的缓解和关节软骨修复、衬垫作用加强的结果。有局部皮肤疾患者,宜先治愈再行上述治疗。(编辑:李为农)

## 经皮克氏针内固定治疗 Bennett 骨折

王文伯  
(姜堰市中医院,江苏 姜堰 225500)

我院从 1987 年以来采用手法复位,经皮克氏针内固定治疗 Bennett 骨折 32 例,取得满意的疗效,现报告如下。

临床资料 本组 32 例中,男 21 例,女 11 例;年龄 15~50 岁;左侧 14 例,右侧 18 例,伤后当天就诊者 20 例,伤后 2~10 天就诊者 12 例,其中 5 例曾使用 30°弧形外展夹板固定失败后来我院求治。

治疗方法 ①麻醉:采用臂丛或局部麻醉。②复位:近端助手握住患者腕部,远端助手握紧第一掌骨头及拇指,顺势牵引 1~2 分钟。令远端助手外展第一掌骨头,轻度屈曲拇指,术者用力按压第一掌骨基底部桡背侧,矫正畸形。两助手适当牵引,维持复位。③固定:术者常规皮肤消毒,铺无菌单,用两根克氏针经皮肤交叉固定掌骨与大多角骨的关节面。如内侧三角形骨块较大时,也可用

两根克氏针经皮肤直接交叉固定骨折部位。敷料覆盖针孔后用石膏托外固定。④锻炼:术后第 2 天,指导患者作拇指间关节伸屈锻炼活动,去除石膏托后进一步加强拇指间关节和拇指掌关节功能锻炼。拔除克氏针后做拇腕掌关节功能锻炼。

治疗结果 本组 32 例,石膏托固定 2~3 周,克氏针固定 4~7 周。骨折愈合时间 2 个月左右。X 线片显示:拇腕掌关节完全复位,骨折对位良好,骨折愈合。经 1~2 年随访,拇指对掌、外展及内收功能均恢复正常,掌指及指间关节活动基本正常,拇指捏持有力。

讨论 对于 Bennett 骨折,大部分学者主张采用手法复位 30°弧形外展夹板固定,由于虎口与掌骨头平齐,固定时使拇指外展明显,而第一掌骨头外展有

限,加之腕掌关节周围肌肉肌腱的牵拉,所以复位后的骨折端稳定性很难维持,即使在骨折处外侧加用压垫,也难达到非手术治疗的要求,甚至形成压疮。我们应用手法复位经皮克氏针内固定治疗,同样取得了手术的预期效果,且具有操作简便、创伤极小、复位满意、固定可靠等优点。

需要注意的几个问题:①Bennett 骨折是关节内骨折,必须解剖复位,才能恢复满意的功能;②克氏针固定时尽可能交叉于骨折部位,方可获得稳定的固定;③术后第 2 天,就要指导做拇指功能锻炼活动,以促进拇指功能的迅速恢复;④克氏针拔除时间不要过早或过迟,一般 4~7 周。过早会发生骨折重新错位,过迟则影响拇腕掌关节的功能活动。

(编辑:房世源)

## 单钉内固定治疗尺骨鹰嘴骨折

宋鹤龄  
(青海省中医院,青海 西宁 810000)

采用切开复位单钉内固定手术方法治疗尺骨鹰嘴骨折 32 例,现报道如下。

临床资料 本组 32 例中男 18 例,女 14 例;年龄 13~64 岁;横形骨折 21 例,斜形骨折 7 例,小儿骨骺撕脱 4 例;

手术距受伤时间 1~10 天;断端分离 1.5~3.5cm。

治疗方法 臂丛神经阻滞麻醉,上臂上止血带,屈肘位。取尺骨鹰嘴骨折部纵切口,自鹰嘴尖部至断端即可,长约

2.5~3cm。清除断端瘀血,先以骨钻自鹰嘴尖部钻入,后以骨钻持鹰嘴骨块向尺骨远断端复位,对位满意后,即向骨髓腔钻入,然后退出钻头,以一枚松质骨螺钉沿原钻孔拧入。一般采用 3.5mm ×

40mm 螺钉, 拧至骨断端紧密吻合, 复位固定完毕。若断端分离移位大、软组织撕裂者予以缝合。切口缝合后, 半伸直石膏托固定患肢。

一般术后石膏托固定 2 周即去石膏开始功能锻炼, 3 周拍片复查, 骨折线模糊后加强肘关节功能锻炼。老年患者于半伸直位固定 2 周后改中立位石膏固定 2 周。

治疗结果 疗效标准: 优, 骨折解剖对位, 肘关节功能较健侧差  $10^\circ$  以内, 肘关节无疼痛; 良, 骨折对位前后错位在 0.2cm 以内, 功能受限在  $20^\circ$  以内, 无关

节疼痛; 可, 骨折前后移位 0.4cm 以内, 关节功能受限  $30^\circ$  以内, 轻度创伤性关节炎; 差, 骨折前后错位 0.4cm 以上, 功能受限  $30^\circ$  以上, 有明显创伤性关节炎。结果: 本组 32 例中优 19 例, 良 10 例, 可 2 例, 差 1 例。优良率 90.6%。本组无断端侧方错位及分离移位, 无延迟愈合或不愈合病例。4 例骨骺撕脱病例均在 3 月内去除内固定, 1 例有早期骨骺融合表现, 余 3 例无异常。

讨论 ①本法只适用于横形或斜形有分离移位的尺骨鹰嘴骨折, 手术方法简单, 损伤小, 手术只用 15 分钟左右即

可完成。②本法不但能使断端准确复位, 并能使其牢靠固定在最佳对位状态。当螺钉拧入时, 断端即自动靠拢并加压吻合, 很易达到解剖对位。由于是在屈肘时复位, 所以只需观察背侧皮质吻合情况即可准确判断整个骨块的复位结果。③术中观察, 以松质骨螺钉加压固定断端, 较之张力带钢丝或克氏针张力带钢丝缝合等, 有更加牢靠的固定作用, 足以对抗肱三头肌的一般收缩力而不致使其断端分离。断端加压固定作用, 不但能促进骨折愈合, 而且为早期去除石膏外固定行功能锻炼创造了条件。

(编辑: 连智华)

## 类似 Monteggia 骨折 11 例

周传凯 刘树民

(济宁市第二人民医院, 山东 济宁 272149)

我们自 1986 年~ 1995 年间共收治类似 Monteggia 骨折 11 例, 均系儿童。采用中西医结合疗法, 效果满意, 报告如下。

临床资料 11 例中男 9 例, 女 2 例; 年龄 5~ 12 岁; 左侧 5 例, 右侧 6 例; 全部为闭合性骨折; 合并桡神经深支损伤 1 例; 受伤至就诊时间: 6 小时以内 8 例, 其余均不超过 2 天; X 线分型: 根据王云钊教授主编的《骨与关节损伤 X 线诊断学》, 将本组分为三型: 外翻型 1 例, 伸展型 4 例, 内翻型 6 例, 此三型损伤机制均与 Monteggia 骨折颇为相似。

治疗方法 本组除 1 例外翻型经闭合复位失败而改用切开复位克氏针内固定外, 其余 10 例均仿照 Monteggia 骨折的整复机制复位成功, 整复后再根据损伤类型及骨折移位的程度不同, 分别给予石膏固定、小夹板加压垫固定或石膏配合小夹板固定, 2~ 4 周后首先进行肘关节伸屈活动 1 周, 再辅以中药外洗, 遂

之进行前臂的旋转功能锻炼。

治疗结果 11 例患儿全部获得随访, 随访时间 6 个月~ 5 年, 平均 2.5 年。所有病例均达到解剖复位或接近解剖复位。功能恢复时间平均 35 天。优: 9 例, 肘关节屈伸正常或受限  $10^\circ$  以内, 前臂旋转正常或受限  $15^\circ$  以内。良: 2 例, 1 例合并桡神经深支损伤者因功能锻炼较晚, 最后遗留前臂旋转受限  $20^\circ$ , 肘关节屈伸基本正常, 经 6 周观察桡神经症状自行恢复。另 1 例为切开复位内固定治疗者, 前臂旋转受限  $25^\circ$ , 肘关节屈伸受限  $15^\circ$ 。全部病例均获得满意效果。

讨论 本文报告的 11 例损伤机制与 Monteggia 骨折颇为相似, 尺骨上段不同部位、骨折线形状以及成角畸形的方向均与 Monteggia 骨折类型相同, 所不同的是桡骨小头原位不动, 肱桡关节保持正常, 而发生桡骨颈骨折或桡骨小

头骨骺分离, 桡骨颈的移位方向与 Monteggia 骨折中桡骨头脱位的方向很相似, 故我们将本组骨折称为类似 Monteggia 骨折。其原因可能是儿童时期骺线薄弱, 关节韧带比干骺松质骨或骺板软骨相对坚强。

我们主张对此类急性损伤以保守治疗为主。因儿童骨骼在发育时期, 其周围肌肉韧带较成人薄弱松弛, 急性损伤后组织张力较小, 手法复位较易, 复位后也相对稳定, 尺骨近端即使遗有轻微成角, 可在儿童生长中塑形矫正。但恢复桡骨颈和桡骨头的生理轴线对恢复前臂的旋转功能尤为为重要。本组有 1 例外翻型骨折手法复位失败, 改用手术治疗, 术中见桡骨颈骨折后向内侧极度移位交锁在尺骨喙突的内侧, 临床上十分少见。术中给予轻柔地向前外撬动桡骨干, 将骨折断端解剖复位, 术后功能恢复尚满意。

(编辑: 连智华)