

学习和工作)者 46 例。另外 2 例又单纯封闭,一次痊愈。

4 讨论

醋酸确炎舒松 A, 不仅可缓解急性炎症初期的红、肿、热、痛等症状, 而且也能抑制纤维细胞的增生和肉芽组织的形成, 因而减轻炎症后期组织修复阶段所引起的瘢痕和粘连等反应^[1]。用 12 号肌肉针剥离疼痛部位, 不仅松解了组织的粘连及瘢痕组织, 同时又由于对神经末梢的机械性强刺激, 使局部组织血液、淋巴液循环加快, 提高了局部组织新陈代谢能力, 改变了伤害传入信息的性质而使疼痛解除。再加上局部药物封闭, 加速了已被剥离松解的瘢痕组织很快吸收和减少新瘢痕的形成, 使炎症物质和有害的代谢产物随重建的血运而消失, 使针刺和封闭起到协同作用, 从而临床上收到了良好的效果。

关于剥离工具, 我们应用的是 12 号注射针头, 具有取材

方便, 封闭、针刺一次完成的优点。由于单用针头不便, 故当一时找不到合适的针柄时, 可手持注射器, 同样可进行有效的剥离。但用力要得当, 右手拇、食指捏持注射器的中下 1/3 部, 中指末节紧靠针头帽, 这是针刺时的主要用力点, 而针管只起把持作用, 否则易在针管接嘴处破碎。

棘上韧带浅层损伤时, 指腹轻扪韧带即感疼痛, 此时针刺深度不必深达骨膜, 在浅层及较深层间针刺即可。如果疼痛需用力压迫才出现时, 剥离深度要达棘突骨膜。另外针刺范围不超越棘突顶部为宜, 如扩大剥离范围或不必要的剥离深度, 会导致新的创伤。

参考文献

- [1] 邢孔魁. 临床药理问答. 广州: 科学普及出版社广州分社, 1982. 145.

(编辑: 连智华)

经皮撬拨复位治疗粉碎性跟骨关节内骨折

申才良¹ 彭俊才² 杨庆国¹

(1. 安徽医科大学第一附属医院, 安徽 合肥 230022; 2. 霍邱县第一人民医院, 安徽 霍邱)

我院自 1990 年以来对 37 例粉碎性关节内跟骨骨折采用经皮撬拨复位治疗, 获得满意疗效, 现报告如下。

1 临床资料

本组 37 例中男 35 例, 女 2 例; 年龄 14~60 岁, 平均 30.4 岁。骨折部位左侧 7 例, 右侧 24 例, 双侧 5 例, 骨折共 41 例; 30 例为高处坠落伤, 操作当天行经皮撬拨复位 26 例, 3 天内 7 例, 7 天内 4 例; 根据 X 线摄片全部病例均为距下关节内骨折, 以 Essex-Lopresti 的分类法^[1]分为舌状骨折(28 例)及关节压缩型骨折(9 例)。

2 治疗方法

全部病例均行硬膜外麻醉, 麻醉成功后, 患者俯卧位, 患肢膝关节屈曲 90°, 常规消毒辅巾, 助手握住小腿, 术者在跟骨内外侧放置棉垫, 然后将 Bohler 氏尖置于内外侧, 逐渐夹紧, 纠正侧方移位骨折, 使增宽的跟骨体部恢复接近正常, 然后术者双手交叉环抱跟骨, 并向足底方向牵引, 反复用力内外翻动, 借附着于跟骨周围韧带的牵引, 进一步使骨折块复位。在 X 光透视机引导下, 在跟骨结节外上缘自后上向前下偏内方针尖对准后关节面, 插入一根直径 3.5~4.0mm 斯氏钉至塌陷关节面下, 术者一手四指握住足背, 另一手四指握住斯氏钉, 双手拇指撑在跟骨前端, 用力上抬使膝关节离开手术台面, 助手同时向下方牵引, 利用其牵引力及患肢自身重量, 使斯氏钉在骨折块部位产生复位力; 然后紧靠此牵引针部位再穿入另一根斯氏钉进行撬拨, 使后关节面及骨块复位, 足弓增大, 透视下观察 Bohler 氏角及关节面复位情况, 达满意后由术者维持此位置, 由助手用跟骨夹再次挤压, 使增宽的跟骨进一步复位。透视下复位满意, 将足放在中立位, 打一短腿石膏管型, 并将两枚斯氏钉固定在石膏内, 内外踝下方及足跟部仔细塑形, 4~6 周后去除石膏及斯氏钉, 不负重情况下活动踝关

节, 再 6~8 周后扶拐适当负重及功能康复训练。

3 治疗结果

本组 37 例病人有 34 例获得半年至五年时间随访, 无针孔感染及胫后神经损伤, 骨折全部愈合, 按照马元璋拟定三级标准^[2]评定: 优 23 例, 良 8 例, 差 3 例。

4 讨论

跟骨的中央三角, 是营养血管进入的部位, 当从高处坠落后这一骨质疏松的区域易发生压缩及塌陷。附丽在跟骨内侧的韧带有关节韧带、跟距内侧韧带、距跟后韧带; 附着在跟骨外侧韧带有关节韧带、距跟外侧韧带, 跟骨骨折多为垂直压缩应力所致, 因此利用跟骨周围完整韧带的张力, 借助肢体自身重量及助手牵引力, 在骨折下关节处强力牵引并内外翻转, 使骨折压缩的部分牵开, 在斯氏针撬拨下, 使那些没有与韧带相连的骨折块复位, 同时借助跟骨夹的侧方挤压力, 使侧方移位的骨块复位, 能有效地防止跟骨横径增宽, 减少晚期距下关节面不平而产生的创伤性关节炎。

作者对 37 例粉碎性关节内跟骨骨折行撬拨治疗, 体会如下: ①复位时牵引要有力, 同时做充分的内外翻转; ②斯氏针进针点要位于跟骨结节外上缘, 且方向自后上向前下偏内方, 尖端应达到后关节面下, 以利于撬拨复位, 同时应选择直径 3.5~4.0mm 斯氏针, 以免在撬拨时折弯, 影响撬拨效果; ③跟骨夹的二次挤压复位, 尤其是第二次挤压复位特别重要, 可以有效地防止跟骨增宽; ④打短腿石膏筒型时, 内外踝下方、足跟及足弓部仔细塑形。

参考文献

- [1] Essex-Lopresti P. The mechanism, reduction technique and results in fractures of the os calcis. Br J Surg, 1952, 39: 395.
[2] 马元璋. 跟骨骨折——经皮撬拨复位和内固定. 中华骨科杂志, 1982, 2: 85-89.

(编辑: 李为农)