

合。

4 讨论

我们认为克氏针在桡骨中 1/3 处外侧缘骨质进入桡骨上段骨髓腔内呈弧形, 针尖呈夹角 30°, 面向外侧, 越过桡骨颈骨折线, 达桡骨小头骨骺下, 起到了桡

骨颈, 骨折移位成角复位后, 骨髓腔内从远段向近段弧形张力支撑固定作用, 肱二头肌腱及周围有环状韧带包绕固定, 防止肱骨小头压挤桡骨小头使桡骨颈骨折再移位, 骨折未再出现移位, 比单纯小夹板、石膏托外固定稳定, 撬拨复位针道

可排出瘀血, 起到局部减压作用, 减轻肿胀。

参考文献

- [1] 中华人民共和国中医药行业标准, 中医骨伤病症诊断疗效标准, 1995, 166-167.

(编辑: 李为农)

塑形夹板固定治疗柯雷氏骨折

周本庆

(荣县人民医院, 四川 荣县 643100)

我科从 1993 年~ 1996 年采用塑形夹板固定治疗柯雷氏骨折 92 例, 取得了较好的效果, 报告如下。

1 临床资料

本组 92 例中男 58 例, 女 34 例; 年龄 7 岁~ 85 岁; 受伤时间半小时~ 7 天。骨折类型: 单纯骨折背侧及桡侧移位 52 例, 粉碎性骨折 27 例, 骨折累及关节面 13 例。

2 治疗方法

本组全部采用手法整复后塑形夹板固定。具体方法为: 骨折复位后采用塑形前臂夹板将手腕部固定于掌屈尺偏

位, 各块夹板前端均超过腕关节达掌指关节处。两周后把前后夹板分别翻转 180°, 桡侧夹板顶端退至腕关节处, 将手腕部固定功能位。伤后 4 周再把前后夹板头尾调换固定, 直至骨折愈合去除夹板。

3 治疗结果

经半年~ 2 年随访, 按 1975 年天津召开的“全国中西医结合治疗骨折经验交流座谈会”拟定各部位骨折疗效评定标准草案: 优 69 例, 良 16 例, 尚可 5 例, 差 2 例, 优良率 92.39%。骨折愈合时间 4~ 10 周。

4 讨论

柯雷氏骨折复位后用塑形夹板使手腕固定手掌屈尺偏位, 此时腕背侧和桡侧关节韧带及伸肌腱紧张, 可防止骨折向背侧或桡侧移位, 这是一种非功能位。两周后再把夹板翻转使手腕部固定成功能位, 此时由于骨折处尚不稳定, 仍需限制腕关节活动。这一阶段主要行肘关节和手指活动锻炼。伤后 4 周, 骨折已较稳定, 把夹板调头并退至腕关节以上固定, 逐渐加强腕关节功能锻炼, 直至愈合。一般 6~ 8 周去夹板, 青少年夹板固定时间可相应缩短。

(编辑: 荆鲁)

中西医结合治疗顽固性跟痛症

欧阳晓

(徐州市第三人民医院, 安徽 徐州 221005)

采用跖筋膜切断和骨赘切除等综合手术疗法结合术前及术后用自制中药方剂熏洗的中西医结合疗法治疗顽固性跟痛症 15 例 21 足, 效果满意, 现报告如下。

1 临床资料

本组 15 例 21 足, 男 9 例 15 足, 女 6 例 6 足; 年龄 20~ 65 岁; 左侧 13 例, 右侧 8 例; 病史 6 月~ 10 年; 静息痛者 5 例 6 足, 跟骨广泛压痛。本组全部病例均经减轻足跟负重, 服用非甾体消炎镇痛药, 局部封闭及理疗等治疗至少一月而无明显疗效。

2 治疗方法

顽固性跟痛症者术前及术后用自行配制中药方剂滤液加热后熏洗, 并浸泡

患足, 进行适当按摩, 每次 30 分钟, 每日二次。连续熏洗 6 天后, 行跖筋膜切断, 骨赘切除等综合手术疗法。术后 2 周拆线后继续用重新配制的熏洗剂熏洗 10 天。

综合手术方法: 硬膜外麻醉下, 上止血带操作, 作长 4cm 左右的跟内侧切口, 在足底上 2cm 与跖筋膜平行。找及紧张的跖筋膜(附在跟骨结节的前内方及跟骨侧面), 将跖筋膜自起点处切断, 用骨膜剥离器将跖筋膜和跖方肌钝性向前方剥离。跟骨赘可用咬骨钳咬去, 骨锉锉平。皮肤逐层缝合后加压包扎, 术后 2 周拆线, 可下床锻炼。

自行配制用于熏洗方剂如下: 防风 25g, 伸筋草 250g, 红花 100g, 丹参 100g,

牛膝 125g, 川芎 50g, 加水 10000ml, 煮沸至 8000ml, 过滤后备用。

3 治疗结果

随访最短 6 个月, 最长 4 年, 平均 2.7 年。疗效评价标准: 优: 无任何疼痛感, 可正常活动及工作; 良: 剧烈活动时疼痛, 轻微影响活动及工作; 中: 负重时即有痛感, 静息时无疼痛, 部分影响活动及工作; 差: 静息时亦有疼痛感, 严重影响活动及工作。本组病例优 18 足, 良 2 足, 中 1 足, 无差类病例。

4 讨论

综合手术疗法采用软组织松解术, 包括跖筋膜跟骨附着处切断, 剥离跟骨结节前缘的肌附丽, 同时切除骨赘, 而彻底消除局部刺激因素。手术尽可能去除

引起内跖及外跖神经卡压的因素,因而治愈了跟痛症。在综合手术治疗时,术

前及术后用自制的中药熏洗剂治疗,利

于改善局部循环,促进局部代谢。

(编辑:荆鲁)

扶正通痹汤治疗强直性脊柱炎 86 例

周燕媛

(遂昌金矿职工医院,浙江 遂昌 323304)

采用自拟扶正通痹汤治疗强直性脊柱炎,获得较满意疗效,现报告如下。

1 临床资料

本组 86 例中男 76 例,女 10 例;年龄 18~39 岁;病程 5 月~15 年;有家族史者 69 例。受累关节分布情况:腰骶部疼痛 86 例,颈部 29 例,胸及背部 32 例,髋关节功能障碍 18 例,外周关节受累 60 例,病变者发于外周关节 25 例。实验室检查情况:血沉增快 42 例,血红蛋白降低 30 例,HLA-B₂₇阳性 85 例。

2 治疗方法

本组病例全部在门诊治疗,均给予自拟扶正通痹汤。方药:生地 15g,熟地 15g,生黄芪 30g,当归 15g,白芍 15g,肉苁蓉 15g,连翘 15g,独活 9g,法夏 9g,防风 6g,桑寄生 15g,青皮 6g,青风藤 15g,土茯苓 30g,乌梢蛇 24g,刘寄奴 15g。水煎,每日一剂分服。若头顶连背痛甚者加葛根 30g、千年健 15g;阴虚内热者加石斛 10g、白薇 10g;痛甚者加徐长卿 15g、细辛 3g。治疗期间忌酒,停药它药。30 天为一疗程。

3 治疗结果

3.1 疗效标准:显著好转:经治疗后受累部疼痛消失,活动功能改善或恢复正常,ESR 恢复正常,恢复日常劳动,随访 2 年 8 个月以上无复发。好转:受累部疼痛减轻,活动范围增大,ESR 降低。无效:治疗 3 个疗程,受累部症状无改善。

3.2 结果:本组 86 例,治疗时间最短 30 天,最长 100 天,平均 63 天。均得到 2 年 8 个月以上随访,治疗按上述评定标准,显著好转 30 例,好转 51 例,无效 5 例。

(编辑:荆鲁)

钢针内固定治疗下尺桡关节脱位

张明

(博山区中医院,山东 博山 255200)

单纯下尺桡关节脱位多保守治疗,但多造成复发性半脱位引起腕部无力和疼痛。我院自 1993~1997 年治疗 38 例,体会如下。

1 临床资料

本组 38 例中男 29 例,女 9 例;年龄 15~58 岁;右侧 35 例,左侧 3 例;半脱位 36 例,全脱位 2 例。

2 治疗方法

臂丛麻醉下手法复位。背侧脱位置于旋后位牵引下向掌侧推压脱位尺骨头,成功后固定于旋后位。掌侧脱位,于旋前位牵引下向背侧推压脱位尺骨头,

成功后固定于旋前位。取克氏针,以桡骨茎突处为进针点,垂直进针,通过下尺桡关节平面及下尺桡骨远端骨骼中心,以免损伤血管、神经及肌腱,针尖以刚透过尺骨尺侧骨皮质为度。将针尾剪短折弯埋于桡侧皮下。术后用硬纸板外固定,4~5 周后可取出克氏针行腕关节功能锻炼。

3 治疗结果

38 例中共随访 30 例,术后 4~5 周取出克氏针。28 例脱位无复发,前臂旋转及腕关节屈伸功能无障碍。2 例有半脱位,8 例腕关节轻微疼痛。

4 讨论

单纯下尺桡关节脱位,手术治疗效果可靠,术中注意维持原位,选好进针点(桡侧腕长伸与拇短伸肌腱间为进针点)及掌握好进针方向,以减少进而避免腕部血管、神经、肌腱伤,注意进针深度以针尖刚穿过尺骨尺侧骨皮质为度,埋好针尾,以减少对皮肤的不良刺激。术后严格固定于所要求的位置并严格遵守固定时间不可早取针。取针后积极功能锻炼,以利肢体功能恢复,减少脱位复发率。

(编辑:荆鲁)