

3. 病理学特征: (1) 肿瘤大体呈椭圆形或分叶状, 灰白色或淡蓝色, 质地均匀, 脆而有弹性, 表面略有光泽, 常见含粘液的小空腔, 偶见钙化灶或暗红色出血点。(2) 肿瘤包括软骨样、粘液样、纤维组织三种成分, 因三种组织成分不一, 在同一肿瘤的不同部位所含成分各异。光镜下肿瘤由软骨样、粘液样、纤维组织形成大小不等的小叶状和假小叶状结构, 小叶中央部基质丰富, 淡蓝色粘液样, 细胞排列疏松, 呈星状、梭形、多边形, 小叶边缘细胞密集, 细胞较大较圆, 边界清楚, 类似软骨母细胞瘤, 散在多核巨细胞, 部分可见瘤细胞周围基质钙化, 小叶周围可见大量扩张的薄壁血管、新生骨小梁、纤维成分, 其中部分血管壁增厚及内皮细胞增生。超微结构由纤维样细胞、软骨性细胞两种类型构成。

4. 治疗: 刮除植骨是有效的治疗方法, 或扩大的局部切除术, 必要时使用内固定。由于本肿瘤呈小叶状生长, 小叶有伪足向周围松质骨生长, 刮除时易残留, 致术后复发, 年龄越小的病人越易复发, 因此术中病灶彻底刮除后, 宜化学药物烧灼后再植骨。术后反复复发、病变破坏广泛者, 宜行肿瘤的局部截除。关于恶变问题尚无肯定说法。

(编辑: 李为农)

## 跟骨牵引配合中药治疗胫骨平台粉碎性骨折

何善海 李人河  
(新兴县中医院, 广东 新兴 527400)

我院收治胫骨平台粉碎性骨折 12 例, 采用跟骨牵引配合中药治疗, 获得了满意的疗效, 现总结如下。

### 1 临床资料

本组病例均为不伴有神经、血管损伤的新鲜闭合骨折患者, 其中男 11 例, 女 1 例; 年龄 16~54 岁。伤后就诊时间 2 小时~2 天。疗效标准: 关节功能基本恢复, 行走正常者为优; 关节功能受限, 但无行走困难者为良; 发生创伤性关节炎, 行走困难者为差。经治疗本组病例疗效优为 8 例, 良为 3 例, 差为 1 例。

### 2 治疗方法

患者平卧, 患肢置于勃朗架架上, 消毒后铺无菌巾, 保持踝关节于中立位。在外踝下、后方各一横指之交点处作为穿刺点, 行局部麻醉。用克氏手钻将骨圆针略倾斜 15° (外高内低) 钻入跟骨至对侧皮外, 针孔敷盖酒精纱块, 套上牵引弓, 在牵引下进行膝关节屈伸活动。初始牵引重量根据骨折移位情况及体重为 5~7kg, 牵引 2~3 天后, 床边摄片, 根据骨折对位情况调整牵引重量。一般 1 周后, 牵引重量可减少到 3kg。一个月后, 拆除骨牵引, 小夹板固定, 继续进行膝关节主动活动, 定期复查 X 线片, 根据骨折愈合情况逐步进行负重锻炼和拆除小夹板。中药按骨折三期辨证治疗, 早期为活血化瘀, 消肿止痛; 中期宜和营生新, 接骨续筋; 后期拟补气血, 养肝肾, 壮筋骨。外敷药早期用伤灵膏, 中、后期用驳骨膏, 拆除小夹板后, 给予按摩及温经通络中药骨洗粉熏洗。(伤灵膏、驳

骨膏、骨洗粉均为本院制剂)

### 3 讨论

3.1 治疗机理 (1) 通过在跟骨牵引下的患膝主动屈伸锻炼, 肌肉的收缩和关节的屈伸, 可使骨碎片得到部分复位; (2) 关节主动屈伸的应力刺激, 可促进关节面不平处的肉芽组织生长, 并逐渐转化为纤维软骨和骨组织, 从而使骨折愈合过程按胫骨平台的形态, 重新模造成型, 以适应关节的功能; (3) 中药可消除血肿, 减轻疼痛, 促进骨痂生长, 为患者进行主动功能锻炼和早日负重创造良好的条件; 按摩和中药熏洗可松懈粘连, 有利关节功能的恢复。

3.2 本方法的优点与适应症 优点是疗效确切, 关节功能恢复好; 其次是操作简便, 所需设备要求不高, 特别适应于基层医院。适应症: 无血管、神经损伤的青壮年新鲜闭合性骨折患者。这是因为本方法中患者的主动功能锻炼是成功的关键, 青壮年对疼痛耐受好, 能积极配合锻炼, 而年龄太小或太大的患者对疼痛耐受差, 不能配合锻炼。

3.3 本方法的注意事项 (1) 骨牵引术应无菌操作, 避免发生骨感染, 防止骨牵引失败。(2) 牵引重量要足够, 重量不够, 患者反而感觉疼痛更剧烈。(3) 医生要向患者解释清楚主动功能锻炼的目的、意义及必要性, 争取患者的积极配合, 督促患者练功, 特别是开始 1 周内, 一般初始 2~3 天, 疼痛最剧烈, 但逐渐减轻, 1 周后, 疼痛明显减轻。(4) 要配合中药和按摩进行综合治疗。

(编辑: 李为农)

## 经皮穿针治疗小儿高位孟氏骨折

吴绍京 邹凤彩 田栽涛  
(莱西市中医医院, 山东 莱西 266600)

我们应用手法复位闭合穿针内固定法治疗小儿高位孟氏骨折 45 例, 取得满意效果, 现报告如下。

### 1 临床资料

本组 45 例中男 28 例, 女 17 例; 年龄 2~12 岁。左侧 25 例, 右侧 20 例。短斜型 33 例, 长斜型 12 例。伤后至治疗时间 1 小时~5 天。

### 2 治疗方法

臂丛麻醉, 常规消毒术野, 铺无菌巾。患儿取坐位, 一助手握住前臂远端, 另一助手握住上臂远端, 肘关节伸直位, 前臂中立位对抗牵引 2~3 分钟。术者用分骨手法将尺骨远端向尺侧推压复位, 术者一手固定骨折部维持位置, 另一手拇指抵于桡骨小头向内下方向按压, 同时远端助手屈曲肘关节至 90°, 使桡骨小头复位并维持。第三助手用一枚 2.0mm 克氏针由肱骨小头后上约 1.0cm 处进针, 穿过肱骨小头、桡骨小头进入桡骨髓腔, 固定肱桡关节, 针尾屈弯埋入皮下, 石膏夹外固定。

### 3 治疗结果

本组病例经治疗全部复位成功, 骨性愈合, 无针眼感染及骨折移位及成角现象。随访时间最短 2 个月, 最长 2 年, 除一