

有确诊价值,而 B 超检查可了解局部血肿情况,排除内脏损伤,在鉴别诊断上有参考价值。

4.2 治疗 肋软骨骨折后患者最需要解决的问题就是疼痛,尤其是在呼吸运动和夜间休息时疼痛难以忍受,治疗上主要是围绕疼痛作相应处理,针对软骨损伤后骨折的移位及血肿对软骨膜和胸膜的牵拉张力,早期穿刺抽出血肿将严重错位骨尽早复位,然后经肋间神经或局部封闭,再配合跌打丸调酒外敷或威尔贴外用可加速瘀血的吸收,改善局部血循环,为骨折早愈合创造好的条件。肋软骨骨折复位指征: 移位 1/2 ~ 2/3 宜在局麻下手法复位或经皮克氏针撬拨复位,一般复位后无需内固定。完全错位,局部凹陷,多段骨折,经手法不易成功则需开放复位钢丝或粗丝线内固定。

4.3 关于骨折愈合 肋软骨本身无血供及软骨修复慢的特点使肋软骨损伤后修复时间相对较长,通过本组的诊治我们体会到在减轻患者痛苦的治疗中要应用综合措施,促进软骨损伤部位的血运,在血供充足的条件下才有利于肋软骨膜内皮细胞的增殖和分化,加速软骨的修复,缩短病程和肋软骨骨折的愈合时间。

(收稿:1999-09-20 编辑:李为农)

## 经皮克氏针固定治疗 Bennett 骨折及脱位

李学银

(铜山县第二人民医院,江苏 铜山 221143)

自 1990 ~ 1998 年间,应用经皮克氏针固定治疗拇指掌骨基底部骨折及脱位 18 例,收到满意效果。

### 1 临床资料

本组 18 例,Bennett 骨折 14 例,无骨折单纯拇指腕掌关节脱位 4 例,皆为新鲜骨折或脱位,其中男 14 例,女 4 例;年龄 17 ~ 43 岁,平均 28.3 岁。右侧 13 例,左侧 5 例。

### 2 治疗方法

急诊作局部血肿内麻醉,选择性病例臂丛麻醉。在 X 线电视机直视下,在外展位牵引拇指,同时加压于掌骨基部,骨折极易复位,由助手牵引保持骨折整复。在第一掌骨基底部穿一根克氏针,穿过关节进入大多角骨;第二根克氏针将两骨折块固定在一起,若内侧骨块较小,不易用钢针固定时,亦可贯穿第一掌骨后将其固定在第二掌骨上。无骨折的单纯腕掌关节脱位固定方法一样,只需复位后用克氏针将掌骨固定在大多角骨或第二掌骨上即可。如复位固定满意,则将克氏针靠近皮肤处剪断埋于皮下。然后用前臂石膏托将腕关节固定于背屈和拇指外展位,使远节拇指关节可自由活动。术后石膏固定 3 ~ 4 周。经 X 线复查骨折愈合,拆除石膏并拔除克氏针开始加强拇指腕掌关节功能锻炼。

### 3 治疗结果

术后随访 16 例,最长 7 年,最短 1 年,1 年后患指功能均达正常水平。

### 4 讨论

Bennett 骨折是手部常见骨折之一,若整复不完全或固定不理想,骨折常不愈合,结果形成一个疼痛而僵硬的关节,严重影响手的功能。该骨折的特点是整复容易固定难,用石膏保持复位,在掌骨基底部力线也不满意,过大的压力将引起皮肤坏死,太轻就失去复位能力。切开复位方法很多,但创伤大、费用高、住院时间长。而采用闭合复位穿针内固定与石膏托外固定相结合,固定牢固可靠。手术方法简便、易行、创伤小。在 X 线机直视下复位固定骨折端整复完好,未见骨折不愈合或畸形愈合发生。此法肿胀轻,疼痛小,病人易于接受。手术感染机会小。骨折均能于 3 ~ 4 周愈合。治疗时间缩短,治疗经济负担亦减轻。术后功能恢复快,优良率高。对于不伴有骨折的腕掌关节脱位,用此闭合整复穿针固定更方便易行。

(收稿:1999-11-24 编辑:连智华)

## 陈旧性踝关节骨折的治疗

陈功亭 郑党山 李忠烈 国革峰 赵建峰

(漯河市第一人民医院,河南 漯河 462000)

自 1994 年至 1998 年 7 月共收治陈旧性踝关节骨折包括下胫腓关节分离 32 例,随访 22 例,现报告如下。

### 1 临床资料

22 例中男 10 例,女 12 例,年龄 21 ~ 60 岁,22 例中外踝骨折 5 例,双踝骨折 15 例,三踝骨折 2 例,病程 4 个月至 4 年,平均 23 个月。患者都有不同程度的踝关节负重疼痛、不稳、肿胀、功能受限。

### 2 手术治疗

32 例均采用踝关节水平外踝横行截骨、复位后克氏针固定。硬外麻,仰卧位,先显露内踝及距骨内侧,可见增宽的内踝关节间隙内充满瘢痕组织。用刀将瘢痕组织由前向后切除干净,使距骨复位无障碍。内踝骨折畸形愈合则将内踝重新整复并用克氏针固定。再显露外踝及距骨外侧,在踝关节水平将外踝横行截断,此时向内推挤外踝与距骨向内复位,在 X 线观察下距骨复位良好,也可由外踝切口直视复位。当关节完全复位时由外下向内上,在外踝穿一枚克氏针至胫骨远端内侧骨皮质,冲洗缝合内外切口,小腿管型石膏固定踝关节于中立位。术后 6 周拆除石膏,拔除克氏针,渐行锻炼。

### 3 结果

32 例手术,22 例随访 6 个月至 3 年 4 个月,平均 23 个月。所有病人行走步态正常,双膝并拢可下蹲,无踝疼及不稳,有 2 例 55 岁以上患者活动过度时有轻微肿胀及轻微疼痛。术后无一例感染。未见损伤性关节炎征象。

### 4 讨论

回顾国内外踝关节畸形愈合的各种手术方法,发现腓骨截骨并延长对矫正腓骨缩短、外旋是一个有效的方法,但截骨面较高不能做外踝及距骨的横向移动复位,使复位不良功能恢复差。本手术方法不但纠正了腓骨的畸形,而且能横向水平复位,距骨关节面完全接触,效果满意。本组病程最长 4

年,最短 4 个月,年龄 21~60 岁,术后效果均满意,说明病程长短、年龄大小与治疗效果没有明显关系。我们认为影像学没有明显的创伤性关节炎表现,这种畸形在任何时候都能手术矫正,以恢复踝关节功能并可避免和减少损伤性关节炎的发生。

(收稿:1999-09-07 编辑:程爱华)

## Dick 钉与 Luque 棒结合治疗腰椎滑脱症

韩木春

(武进市中医院,江苏 武进 213161)

自 1991 年以来,作者采用 Dick 钉结合 Luque 棒复位固定加植骨治疗 L<sub>5</sub> 滑脱 5 例,获得满意效果,现报告如下。

### 1 临床资料

本组 5 例,男 2 例,女 3 例,年龄 34~46 岁,病程 2~3 年。均有反复发作性腰骶痛,经长期保守治疗无效,其中 3 例伴坐骨神经痛,直腿抬高试验阳性,趾背伸肌力减弱,屈颈试验阳性,右侧 2 例,左侧 1 例。X 线片显示:双侧椎弓峡部崩裂伴 I 度滑脱 3 例,II 度滑脱 2 例。全部手术行全椎板切除探查椎管和神经根,2 例伴右侧椎间盘突出,1 例左侧椎间盘突出。采用张家港医疗器械厂生产的改良 Dick 钉和 Luque 棒相结合复位固定,取髂后嵴骨块于 L<sub>4</sub>、S<sub>1</sub> 棘突间 H 形植骨,同时 L<sub>5</sub> 横突与 S<sub>1</sub> 植骨融合。

### 2 手术方法

在连续硬膜外麻醉下,选 L<sub>2</sub> 棘突下缘至 S<sub>2</sub> 后正中切口,暴露 L<sub>3</sub>~S<sub>2</sub> 椎板及 L<sub>4,5</sub> 关节突,切除 L<sub>5</sub> 椎板及峡部不连处增生的纤维组织和骨痂,探查椎管和神经根。在横突中线与小关节突外缘垂直线的交点咬除骨质约 0.5cm×0.5cm(稍偏外侧),用细小刮匙轻轻地刮除松质骨,朝向前内下方,与脊柱的矢状面和横切面各呈 15° 角,约深达 1cm,改用 1mm 克氏针尾凭手感提插,有插进松质骨的感觉,到达椎体前缘有骨皮质感觉即结束。再退回探查孔壁四周均有骨皮质感觉者,则证实位置理想。拔出克氏针,顺时针旋入椎弓根螺钉。螺钉尾部接复位杆,在上下对抗牵引状态下提拉复位杆进行复位,然后去除复位杆,将两根 Luque 棒剪断成为 L<sub>2</sub> 至 S<sub>2</sub> 长度,套上夹钳(改良 Dick 钉之夹钳孔径与 Luque 棒粗细相当)并与椎弓根螺钉尾部衔接,同时旋上螺帽,再通过旋紧螺帽提拉滑脱椎体进一步达到复位。如果放置在棘突两侧的 Luque 棒间距过宽,可将原 Dick 固定器中连接杆上的夹钳套在 Luque 棒上再与椎弓根螺钉上的夹钳衔接,可缩短两 Luque 棒间距,使其位置恰到好处。取髂后嵴骨块,制成 H 形植于 L<sub>4</sub> 与 S<sub>1</sub> 棘突之间,于骨块的背侧用钢丝连接两侧 Luque 棒,既固定骨块,又有固定两棒的作用,在 L<sub>3,4</sub> 棘突间同样穿钢丝连接两侧的 Luque 棒。同时将 L<sub>5</sub> 横突背侧用骨锉锉成毛糙面,相对应的 S<sub>1</sub> 修整后植入骨块,用丝线固定,双侧留置负压引流管,术后 48 小时拔除。

### 3 治疗结果

术后 X 线摄片复查,除 1 例 I 度滑脱恢复至 I 度以内之外,其余均达到理想复位。经 2 年以上随访摄片复查,除 1 例采用切下的椎板植于 L<sub>5</sub> 横突 S<sub>1</sub> 间未达到骨性愈合外,其余均达到骨性愈合。

### 4 讨论

对于需要手术治疗的腰椎滑脱症,良好的植骨融合是保持腰椎长期稳定的关键。要达到良好的植骨融合必须有坚强的内固定为植骨融合提供必备的条件,如果能同时获得安全复位,就更为理想。近年来采用 Rog-Camille、Staffee、CD 和 RF 等内固定器械使滑椎复位已成为可能,且固定有效,又不失较多的脊椎功能,但这些方法技术上要求高,需要影像学协助。作者采用改良 Dick 器械中的椎弓根螺钉、夹钳与 Luque 棒相结合进行复位固定加植骨融合,方法简便,无需影像学定位可以完成手术,也可以使滑椎复位,固定稳妥,术后不需外固定,卧床休息 1 月后可下床活动。

本方法的作用原理:Luque 棒起杠杆作用,L<sub>3</sub>、S<sub>1</sub> 椎板为支点,椎弓根螺钉、夹钳连接 L<sub>5</sub> 椎体和 Luque 棒,对 L<sub>5</sub> 椎体产生向后上方的拉力,复位效果显著。术中在纵轴牵引状态下提拉复位,然后可能还有所剩残余的移位椎体则可在旋紧椎弓根螺钉尾部的螺帽过程中得到进一步的矫正,获得理想的复位,则在术中可直视下证实。

此方法具备如下优点:只需置入两根椎弓根螺钉即可,这与其它方法需置入多个椎弓根螺钉相比,操作较为简便、安全,其固定强度及稳定性,维持脊柱的功能方面,不亚于其它的内固定。术后经多次摄片复查,没有发现再移位。安装 Luque 棒比较方便,因每边只有 1 枚椎弓根螺钉,不受所置入其螺钉的方向和角度的限制,两棒之间的距离,可通过加减夹钳调节,不像 Rog-Camille……等内固定器械孔或滑槽比较固定,有时可能会因对合不准使手术者处于难堪的局面。

(收稿:1999-05-19 编辑:程爱华)

## 病人自控硬膜外镇痛加牵引治疗腰椎间盘突出症

蹇洪 骆明恩 何明武

(十堰市太和医院,湖北 十堰 442000)

病人自控硬膜外镇痛(patient controlled epidural analgesia, PCEA)是一种用药量小、安全、可靠的镇痛新方法。我院于 1997 年 1 月~1998 年 12 月,采用该法治疗 124 例腰椎间盘突出症患者,疗效良好,现报告如下。

### 1 临床资料

本组 124 例中男 83 例,女 41 例;年龄 31~52 岁;病程 1 月~12 年;全部病例均经 CT 确诊为腰椎间盘突出症;均经单纯牵引、按摩治疗无效而疼痛症状明显者。

### 2 治疗方法

2.1 PCEA 镇痛方法与配药 我们采用由微型计算机控制的微量给药泵向硬膜外腔持续注射药物。首次注入负荷量 5~8ml 的药物后,微量泵定时注入基础剂量 2ml/h 的药物,同时