

等并发症, 术后融合率高, 是一种比较理想的腰椎融合术式。

参考文献

- 1 Greenough CG, Fraser RD. Assessment of outcome in patients with low-back pain. *Spine*, 1992, 17(1): 36-41.
- 2 Hashimoto T, Shigenobu K, Kanayama M, et al. Clinical results of single level posterior lumbar interbody fusion using the brantigan I/F carbon Cage filled with a mixture of local morselized bone and bioactive ceramic granules. *Spine*, 2002, 27(3): 258-262.
- 3 Klemme WR, Cunningham BW, Polly DW, et al. Microradiographic and histopathologic findings in a human Cage explant after two level corpectomy: A case report. *Spine*, 2002, 27(1): 15-17.
- 4 Diedrich O, Perlick L, Schmitt O, et al. Radiographic spinal profile changes induced by Cage design after posterior lumbar interbody fusion: Preliminary report of a study with wedged implants. *Spine*, 2001, 26(12): 274-280.
- 5 Akamanu T, Kawahara N, Tsuchiya H, et al. Healing of autologous

bone in a titanium mesh Cage used in anterior column reconstruction after total spondylectomy. *Spine*, 2002, 27(13): 329-333.

- 6 Totoribe K, Matsumoto M, Goel V, et al. Comparative biomechanical analysis of a cervical Cage made of an unsintered hydroxyapatite particle and poly-lactide composite in a cadaver model. *Spine*, 2003, 28(10): 1010-1014.
- 7 Samandounas G, Shafafy M, John HP. A new anterior cervical instrumentation system combining an intradiscal Cage with an integrated plate: An early technical report. *Spine*, 2001, 26(10): 1188-1192.
- 8 Pflugmacher R, Schleicher P, Schaefer J. Biomechanical comparison of expandable Cage for vertebral body replacement in the thoracolumbar spine. *Spine*, 2004, 29(13): 1413-1419.
- 9 Cook SD, Patron LP, Christakis PM, et al. Comparison of methods for determining the presence and extent of anterior lumbar interbody fusion. *Spine*, 2004, 29(10): 1118-1123.
- 10 Lenke LG, Anderson G, Bridwell K, et al. Summary statement: Fusion technologies. *Spine*, 2003, 28(20): 243-244.

(收稿日期: 2005-04-15 本文编辑: 连智华)

• 短篇报道 •

间断牵引加小夹板固定治疗掌骨斜形骨折

陈凯, 江泽平

(佛山中医院骨科, 广东 佛山 528000)

我们采用手法整复间断牵引加小夹板固定的方法治疗掌骨骨折 65 例, 效果良好, 报告如下。

1 临床资料

本组 65 例, 男 52 例, 女 13 例; 年龄 13~52 岁。其中第 2 掌骨 6 例, 第 3 掌骨 18 例, 第 4 掌骨 13 例, 第 5 掌骨 5 例, 第 2、3 掌骨同时骨折 6 例, 第 3、4 掌骨同时骨折 11 例, 第 4、5 掌骨同时骨折 3 例, 第 2、3、4 掌骨同时骨折 3 例。均为斜形骨折。就诊时间为伤后 1 h~13 d。

2 治疗方法

①整复方法: 一助手扶前臂中下段, 另一助手握与骨折掌骨对应的手指进行拔伸牵引, 纠正缩短移位。术者将骨折端推挤使其互相靠拢, 并用扣挤分骨的手法纠正侧方移位。经 X 线透视骨折对位理想后, 夹板固定。②固定方法: 在助手持续牵引下, 在骨折处加棉花压垫后用 2 块杉树皮小夹板前后包扎固定, 悬吊胸前。嘱患者由次日开始, 自行用另一只手顺手指纵轴方向作多次间断牵引。每天牵引 300~500 次, 每次持续 5~10 秒。每隔 3 d 复诊, 更换敷料, 检查骨折对位情况。4~6 周后, 经 X 线片证实骨折已临床愈合, 即可去除夹板, 用舒筋洗药外洗, 加强功能锻炼。内服中药按骨折三期辨证施治。

3 治疗结果

疗效标准根据 1975 年全国中西医结合治疗骨折经验交

流会拟定的骨折治疗标准草案[天津中医学院学报, 2003, 22(3): 28]进行判定, 优, 骨折解剖或近解剖复位, 其掌指关节伸曲正常者, 主诉无不适; 良, 骨折患者轻度畸形, 或无畸形而掌指关节伸正常, 屈曲在 90° 以上, 劳累后有不适; 尚可, 骨折遗有中度畸形或成角畸形而掌指关节伸正常, 屈曲在 30°~60°, 伴疼痛者; 差, 骨折有严重畸形或无畸形而掌指关节于僵直位或骨折不愈合, 均需手术治疗, 主诉疼痛, 握力小。结果: 优 61 例, 良 4 例。

4 讨论

第 2~5 掌骨骨折, 多为斜形骨折。骨折后, 骨折远端受局部肌肉牵拉发生缩短移位, 很多情况下还会出现向后成角。由于骨折线为斜形, 故手法整复后单纯外固定很难维持骨折的对位, 容易受肌肉牵拉而发生再移位。手术切开复位内固定的固定效果可靠, 但手术有一定创伤, 骨折愈合后要行二次手术取出内固定, 增加患者的痛苦。而且手术后的瘢痕增生、粘连、硬化, 会一定程度地影响肌肉肌腱的伸缩活动, 从而影响手部各关节的活动功能。而持续牵引需要行指骨穿针, 针口的护理带给患者很多不便, 而且有感染的危险。我们采用手法整复后间断牵引加小夹板固定的方法治疗第 2~5 掌骨斜形骨折, 疗效理想。而且具有创伤小、痛苦少、取材容易、经济实用、操作简单方便等优点, 容易被患者接受。

(收稿日期: 2005-04-14 本文编辑: 王宏)