

胞^[4], 因此把治疗 AS的控制环节放在抑制 AS成纤维细胞过度增殖、分泌骨基质上, 以达到抗骨化的目的, 从而阻断 AS的病情发展是非常必要的。

通痹散是根据扶正化痰、软坚散结的治则而设立的, 作为协定制剂在临床上应用已取得良好的疗效。通痹散含药血清对体外培养的 AS成纤维细胞的增殖、分泌胶原和骨钙素有抑制作用, 并呈剂量依赖性, 可能是其临床上取得良好疗效的重要药理机制之一。

参考文献

- 1 高根德, 刘耀升. 强直性脊柱炎棘上棘间韧带成纤维细胞在体外培养中的成骨作用. 中华风湿病学杂志, 1998, 2(4): 196-199.
- 2 王强, 鲁开化, 杨力, 等. 透明质酸刺激因子对成纤维细胞活性功能和胶原合成的影响. 中华整形烧伤外科杂志, 1999, 15(2): 89-91.
- 3 高根德, 刘耀升, 童培建, 等. 强直性脊柱炎棘上棘间韧带的扫描电镜与成纤维细胞培养研究. 中国中医骨伤科杂志, 2001, 14(6): 338-340.
- 4 王萧枫, 高根德. 强直性脊柱炎成纤维细胞分泌骨钙素的实验研究. 中国矫形外科杂志, 2002, 9(4): 367-369.

(收稿日期: 2006-06-20 本文编辑: 李为农)

• 技术与方法 •

自制弹性钢套治疗闭合性指骨骨折

赵福林

(建水县中医院, 云南 建水 654300)

2000年 1月 - 2005年 2月, 采用自制弹性钢套治疗闭合性指骨骨折 72例, 取得满意疗效, 现报告如下。

1 临床资料

本组 72例患者中, 女 57例, 男 15例; 年龄 17~76岁, 平均 46岁。粉碎性骨折 33例, 横断形骨折 21例, 斜形骨折 18例。近侧指骨向掌侧移位成角 54例, 中节向背侧成角移位 12例, 远节向掌侧成角移位 6例。损伤 1~3 d来诊 54例, 4~10 d来诊者 15例, 10 d后来诊者 3例。损伤原因: 砸伤 48例, 跌伤 24例。

2 方法

2.1 弹性钢套制作 用 0.8 mm 厚的钢片, 剪成宽 3~5 cm (与指节宽), 长 7~9 cm 的钢片, 形似创可贴。长方形两端剪成半圆形, 把长方形部分折成圆柱形, 圆柱形上打一些小孔透气, 把两端半圆靠紧, 半圆中央打一些圆孔, 上一螺丝钉, 磨光滑备用 (见图 1)。

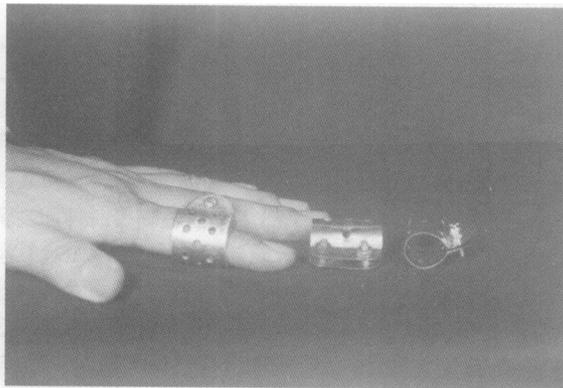


图 1 自制弹性钢套示意图

2.2 治疗方法 在牵引下徒手复位, 矫正重叠、侧方成角旋转等骨折移位, 尽量达到解剖复位后, 套上适合的弹性小钢套, 拧紧螺丝钉。根据指端血液循环情况调整螺丝钉松紧,

使钢套既起到固定作用, 又不影响指端血液循环及骨折断端的修复生长, 配合早期功能锻炼。固定 2~3 周后拆掉钢套。

3 治疗结果

疗效标准^[1]: 优, 关节活动正常, 无疼痛, X 线片示骨折解剖复位, 愈合良好; 良, 关节活动稍差, 过劳时有轻度痛感, 但能胜任日常工作, X 线片示骨折愈合, 近解剖复位, 骨痂生长过多。72 例均获随访, 时间 1~3 年。本组优 68 例, 良 4 例。

4 讨论

指骨骨折的治疗, 传统以手法复位、石膏或小夹板外固定为主^[2-3]。石膏固定常使骨折成角或旋转移位, 以致畸形愈合。而小夹板固定, 频繁拆卸夹板固定物, 远不足以防止此类骨折的移位, 指骨骨折成角可旋转移位。畸形愈合后与其他功能障碍存在着直接关系, 故治疗时就应力求恢复其原有的正常解剖关系, 并保持此种位置至骨折愈合。指骨骨折手法复位容易达到解剖复位, 使用钢套外固定使骨折断端保持在整复后的位置上, 是极为可靠的。在我们的治疗病例中没有一例发生再脱位现象, 同时可以随时调整螺丝的松紧度; 避免了石膏外固定所产生的束缚压迫感又不致影响指端血液循环及其余正常骨关节的活动, 利于早期功能锻炼。弹性小钢套物美价廉, 小巧且使用方便, 用其治疗指骨闭合性骨折较传统方法具有明显的优点。

参考文献

- 1 孙继革. 微型竹帘夹板在手指外固定中的作用. 中国骨伤, 2000, 13(4): 235.
- 2 马有兵, 丰健民, 李成永, 等. 前臂石膏指夹板治疗手部骨折. 中国骨伤, 2000, 13(11): 680.
- 3 张中林. 支架固定治疗指骨骨折 120 例体会. 中国骨伤, 2000, 13(12): 750.

(收稿日期: 2006-04-18 本文编辑: 王玉蔓)