

钢丝断裂。

(收稿: 1995-02-14)

加压内固定治疗尺骨鹰嘴骨折

同济医科大学郟阳医学院附院 (442000)

江振华 刘仁寿 温国宏

我院自 1989 年以来对有移位的和粉碎性骨折采用克氏针钢丝张力带内固定, 经观察随访, 效果良好, 现介绍如下:

临床资料 本组共 34 例, 男 25 例, 女 9 例; 左侧 16 例, 右侧 21 例; 其中 2 例为双侧骨折。年龄 16~70 岁, 平均 36 岁; 粉碎型骨折 26 例, 横型骨折 9 例, 8 例伴有其它部位多处骨折; 2 例伴尺神经损伤; 随诊 3 个月~3 年 6 个月, 优 29 例, 良 4 例, 可 1 例。

手术方法 臂丛麻醉下, 患者取半侧卧位, 患侧垫高 30°~45°, 患肢前屈于侧前胸壁, 肘后方“S”形切口, 切口线避开尺骨鹰嘴尖端, 一般从鹰嘴尖之桡侧绕过以避开尺神经, 若骨折移位严重, 宜充分显露尺神经以免手术误伤。显露并清理骨折端及关节腔, 布巾钳协助复位并临时固定骨折端, 检查半月切迹关节面平整, 用 1.5~2.5cm 克氏针 2 枚平行, 相距 1.5~2.0cm 钻入骨折远近端, 深度约 5~8cm, 在鹰嘴骨外保留 1.0~1.5cm; 用直径 2.5mm 钻头在距骨折线 2~3cm 处的尺骨嵴上横行钻孔, 穿透两侧骨皮质, 然后用直径 1.0~1.5mm 软态不锈钢丝穿过骨孔, 呈“8”形交叉后绕过克氏针尾部打结拧紧, 并与骨皮质贴附。若为粉碎型骨折, 在“8”形钢丝的外面再做一“0”形环扎固定。用虎口钳将克氏针外露部分弯成 180°~225°, 弯头朝鹰嘴部钉入骨质内。伸屈肘关节, 检查内固定是否牢固。一般屈肘至 120°左右骨折端无分离移位。冲洗, 酌情置一橡皮片引流, 逐层缝合伤口。

讨论 尺骨鹰嘴骨折属关节内骨折, 在治疗上应尽量达到解剖复位, 以保持尺骨切迹关节面的光滑平整, 以避免创伤性关节炎的发生, 同时以适当的内固定物牢固固定骨折块, 为早期活动提供坚实的基础, 从而最大限度地恢复肘关节原有功能。张力带固定利用钢丝在张力侧所形成的张力, 在肘关节屈曲活动时, 使张力带承受鹰嘴背侧的张应力, 而骨折端承受压应力, 从而刺激骨折端更好地愈合。对尺骨鹰嘴骨折尽量在伤后 8 小时以内手术。在选择内固定物时, 应注意克氏针和钢丝必须是同型号材质的, 以免不同材质的金属

在人体内接触而产生电解反应, 影响骨折及伤口愈合。

以往认为尺骨鹰嘴粉碎型骨折无移位或移位不严重, 可行肘关节伸直或半屈位石膏固定 4~6 周。近几年, 我院对粉碎型尺骨鹰嘴骨折多行切开复位内固定, 术中仔细重建尺骨半月切迹关节面的平整。对有骨质缺损者取松质骨植骨。术后次日即可行患侧肩、腕、指活动及上肢肌肉等长收缩。3 日后行肘关节伸屈活动, 循序渐进, 2 周后可做较大范围的活动, 6~8 周后一般均可达正常伸屈活动度的百分之九十以上。粉碎型骨折尤其是老年病人若保守治疗, 需固定较长时间, 即骨折愈合后才能功能活动, 两者不同步, 而骨折愈合时肘关节已僵硬, 并且多数病人肘关节僵硬于半伸位, 对生活工作带来极大不便。即使经理疗按摩也不易完全恢复。而开放复位不仅可达到解剖复位, 更重要地是牢固固定为早期活动提供了基础, 使关节软骨面得以很好地修复塑形, 使骨折早日愈合并与关节功能恢复同时进行, 以最大限度地恢复肘关节功能。

(收稿: 1995-02-14)

舒筋手法治疗肩关节周围炎

河北沧州市中心医院 (016001)

冯庆欣 冯永生* 吴宝良 李晓鹏* 刘文

1988 年 3 月~1996 年 6 月, 笔者用舒筋手法治疗肩关节周围炎 260 例, 效果满意, 报告如下。

临床资料 本组 260 例中男 90 例, 女 170 例; 年龄 36~70 岁; 发病时间 3 个月~1 年 248 例, 1 年以上 32 例; 左侧 156 例, 右侧 94 例, 双侧 10 例; 有扭伤、牵拉伤或其它外伤原因者 52 例; 所有病人均有明显的疼痛症状和程度不同的功能障碍。

治疗方法 1. 舒筋手法: 病人取坐位, 顺序进行: (1) 水平牵引; (2) 上举; (3) 摸肩; (4) 腋下摸背; (5) 屈肘外旋; (6) 伸肘外展; (7) 后伸摸背; (8) 旋转; (9) 痛点按压弹拔; (10) 按摩松解。以上 10 种舒筋手法医生每日或隔日给病人作一次, 每次 30 分钟, 一个月为一个疗程。

2. 主动功能练习: 要求病人根据以上各种手法在健侧手臂的帮助下, 每日主动练习数十次至数百次, 哪个动作越困难越着重练习那个动作。

治疗结果 1. 疗效标准: 优: 肩疼痛完全消失, 肩

* 河北省肃宁正骨医院