

中西医结合治疗 Barton 骨折 10 例

杨文峰 杨兵 吴杰
(浙江省平湖市第一人民医院 平湖 314200)

关键词: Barton 骨折; T 形钢板; 内固定; 中西医结合疗法; 中药煎剂

中图分类号: R 739.65

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2007)02-0052-01

自 2000 年以来, 我院采用 T 形钢板内固定结合中药治疗 Barton 骨折 10 例, 疗效满意。现报告如下:

1 临床资料

本组 10 例, 男 7 例, 女 3 例; 年龄 18~65 岁; 右侧 6 例, 左侧 4 例; 跌伤 6 例, 车祸伤 4 例; 背侧缘骨折 7 例, 掌侧缘骨折 3 例。

2 治疗方法

2.1 手术方法 对背侧缘骨折脱位者采用背侧切口, 长约 5cm, 在桡侧腕长短伸肌与拇长伸肌之间进入, 切开伸肌支持带, 而对掌侧缘骨折脱位者采用掌侧“S”形切口, 将掌长肌、正中神经及指屈肌腱牵向尺侧。桡侧腕屈肌、桡动脉及桡静脉牵向桡侧, 切开屈肌支持带, 分别暴露背侧或掌侧骨折端后, 直视下将骨折复位, 选择适宜长度的已预弯的 T 形或斜 T 形钢板固定。术后石膏托固定四周。

2.2 中药治疗 术后 1~2 周以活血化瘀、利气止痛为主, 基本方: 当归、桃仁、红花、柴胡、川芎、制乳没、制香附、赤芍、炙甘草。术后 3~4 周以续筋接骨为主, 基本方: 当归、川牛膝、伸筋草、骨碎补、川续断、生地、桂枝、炒元胡、木瓜。术后 5 周以培补元气、补益肝肾为主, 基本方: 当归、黄芪、熟地、制首乌、川牛膝、茯苓、川断、白术。以上基本方根据辨证随证加减。

3 治疗结果

本组随访 4 个月~2 年。疗效评定以骨折复位、腕关节功能拟定以下标准。优: 骨折达解剖复位, 局部无压痛, 腕关节活动范围达健侧 80% 以上; 良: 骨折端移位小于 2mm, 局部变, 加上掌指屈肌腱活动导致肌腱和腱鞘摩擦发生慢性创伤性炎症, 其环状韧带(腱鞘滑车)可增厚 1~4 倍, 使该处肌腱变得坚硬和狭窄, 同时屈指肌腱也发生创伤性水肿, 增厚的环状韧带成葫芦状, 形成解剖学上的狭窄征, 此时患指做伸屈活动后出现疼痛、弹响, 而患指做屈伸活动, 肌腱与腱鞘滑车之间的摩擦又加重疼痛和局部炎症反应, 使腱鞘狭窄进一步加重, 这样就形成了一个恶性循环^[2]。

4.1 小针刀治疗狭窄性腱鞘炎的机理 主要是通过切开因慢性炎症刺激而增生肥厚、引起狭窄、嵌顿的腱鞘滑车, 以解除对肌腱的粘连束缚, 这已得到所有医家的一致认可^[3]。

4.2 治疗要点及注意事项 (1) 术前解释要细致, 彻底消除病人畏惧心理, 充分了解病人全身情况, 严防晕针现象发生。(2) 术中应按无菌手术操作要求, 严格进行消毒, 以防因手术引起感染, 由于小针刀治疗狭窄性腱鞘炎是经皮穿刺切割狭窄的腱鞘, 为闭合操作, 手术虽小, 但要求较高。首先, 应定位准确, 术者在掌骨头掌侧找到明显压痛点及触及一结节状物, 即位于掌指关节附近的屈指肌腱鞘第一环状韧带; 第二, 向远侧做过度的切割, 可能伤及腱鞘的滑车, 而影响手指的屈伸活动; 第三, 小针刀在手指屈肌腱中央进针, 顺屈肌腱方

无压痛, 腕关节活动范围达健侧 60% 以上; 差: 骨折端移位大于 2mm, 腕部活动时疼痛, 腕关节活动范围小于健侧 60%。本组优 8 例, 良 1 例, 差 1 例; 优良率 90%。

4 讨论

Barton 骨折是 1938 年 Barton 描述的一种腕关节半脱位伴随桡骨远端关节面的骨折, 分为背侧缘骨折及掌侧缘骨折。其损伤机制普遍认为当摔倒时腕背伸, 而前臂旋前, 暴力沿腕骨冲击桡骨远端关节面之背侧缘, 造成背侧型骨折。当摔倒时手背着地, 暴力沿腕骨冲击桡骨远端关节面之掌侧缘, 造成掌侧型骨折。

对 Barton 骨折的治疗, 目前已较倾向于手术治疗, 因手法复位困难而且不易保持对位^[1], 易造成腕部畸形、腕关节不稳等并发症。而外固定也难以维持骨折的位置, 易出现腕关节僵硬。采用切开复位 T 形钢板内固定, 既可解剖复位, 又能牢固维持复位, 并恢复正常掌倾角, 为腕关节功能恢复奠定坚实的基础。而且 T 形或斜 T 形钢板质轻板薄, 易塑形, 故钢板与骨面易贴合, 不会导致相应肌腱的粘连和滑动功能障碍, 有利于早期功能锻炼。术中注意修复腕骨间韧带, 以恢复腕关节的稳定性。术后根据中医三期辨证施治, 从而增强肌体修复能力, 促进骨折愈合。术后及早活动手指及肘关节、肩关节。4 周后去除石膏, 逐渐加强腕关节功能锻炼。

参考文献

[1] 陆裕朴. 实用骨科学[M]. 北京: 人民军医出版社, 1991. 625
(收稿日期: 2006-10-16)
向排刺切割剥离, 提插幅度在皮下和骨面之间, 防止造成屈肌腱损伤, 引起肌腱断裂, 剥离范围根据病情, 一般在 0.5~1cm 左右, 应注意防止针刀向两侧偏离而发生神经支和伴行血管的误伤。(3) 术后贴创可贴即可, 术后压迫止血(≥5min), 术后 24h 患指禁止活动, 之后积极进行功能锻炼, 术后 2d 最好服用少量止痛药, 以减轻术后 1~2d 内的疼痛, 嘱患者 3d 不能洗手浸水, 以防感染, 若未愈, 10d 后可再次治疗。

综上所述, 小针刀治疗屈指肌腱狭窄性腱鞘炎, 创伤小, 出血少, 恢复快, 愈后无瘢痕, 疗效好, 费用低廉, 患者易于接受, 且此疗法简单, 易于开展, 可重复治疗, 安全可靠, 值得大力推广。

参考文献

[1] 国家中医药管理局. 中医病症诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994. 192
[2] 潘志雄. 小针刀治疗屈指肌腱狭窄性腱鞘炎的探讨[J]. 中国矫形外科杂志, 2006, 13(17): 1 358~1 359
[3] 朱国庆. 微创闭合松解术治疗狭窄性腱鞘炎探讨[J]. 中医外治杂志, 2003, 12(5): 26~27

(收稿日期: 2006-10-23)