

长度，在托板上放好纱布衬垫，放在患肢后侧。以无菌操作抽吸血肿。

术者站在患侧，先在膝前放好无菌纱布垫。再用中医正骨手法，一手拇指及中指捏挤远段向上推，并且固定。另手拇指及中指捏挤近段上缘的内外两角，向下推挤，使骨折段接近。用上述手法，骨折两断端对位后，如有残余的前后移位，手指触摸髌骨面不平时，一手食指固定向后下陷的一端，另手食指向后推按向前突出的另一端，使之对齐，最后将骨折远近断端挤紧。助手于髌骨前放上抱膝器，调整好位置和方向，使环齿的内侧面紧密地扣贴在髌骨边缘的下部。开始均匀轻轻的分别旋紧四个垂直螺丝杆上的旋扭，使环体产生均匀垂直的向后下压力。再旋紧环翅螺丝，使之内外侧螺丝产生的纵向抱抓力，均匀相等。同时放好环体上的髌骨上面复平压垫的丝杆托板，再缓缓旋紧复平压垫丝杆上的旋扭，使复平压垫与髌骨上面紧密相贴。注意：旋紧髌骨上面复平压垫丝杆上的旋扭时，不要使复平压垫压力太大，以防影响血液循环，延长髌骨愈合时间。视其抱膝器的松紧度，再分别协调地旋紧旋扭或环翅螺丝，直到抱膝器稳定地固定为止。在一周内，视情况须均匀地调整抱膝器的旋扭和环翅螺丝的松紧度2~3次，使远近断端紧密相接。一周后可在医者监护下嘱患者拄双拐下床步行，四周后改用单拐。此时根据骨折对位稳定程度，结合X线片骨折愈合情况，可解除固定器。练习膝关节活动功能，使活动范围逐渐加大。

丝线环扎法治疗髌骨骨折

陕西扶风县人民医院 (722200) 李高文

笔者自1986年起采用丝线环扎法治疗髌骨骨折30例。其中男21例，女9例；年龄最大73岁，最小17岁；骨折类型：横形骨折25例（上极3例，中极10例，下极12例），粉碎骨折5例（下极2块4例，上极2块1例）；闭合性骨折24

治疗效果

3例均痊愈，膝关节屈曲自如，行走和蹲位均无障碍和疼痛感觉。

讨论

本抱膝器按正骨力学的科学原理制造。具有使用简便，可灵活调整，固定牢固，携带方便，功能可靠等优点。

1. 本抱膝器由两个带有抓齿的半环、穿钉和后侧三块托板组成。临床应用可牢固的环抱断骨，适用于各种类型的髌骨骨折。

2. 穿钉通过后侧的膝后托板，股骨托板和胫腓骨托板上的内外，上下滑动，临床上可适用于伤肢长短不等，粗细不同的髌骨骨折的患者。

3. 通过均匀地旋紧旋扭和抓翅螺丝，使之产生符合于中医正骨外固定的纵向推挤，对抗挤压和扣抱断骨的正骨力量。

4. 抱膝器的后侧托板呈瓦垄形，并在上下用尼龙带固定，可避免剪切力和扭转力的产生。

5. 抓环上的园形和向外倾斜30°的抓齿，内侧面可紧密地抱抓到髌骨边缘的下部，集中抱抓力量。园形抓齿与抓齿之间有向上凹陷的间隙，可避免抓体抓伤和压伤皮肉，增加了血液循环，避免了感染和组织坏死，从而促进了髌骨内骨痂的生成。

6. 髌骨上面复平压垫的应用，可防止在环齿抱抓断骨时在纵向和垂直挤压力的作用下，使髌骨的两个断端向上拱起，造成畸形愈合。

7. 抱膝器后侧托板上的园孔，用以在酷暑炎热天散发一定的热量。

例，开放性骨折6例；新鲜骨折28例，陈旧性骨折2例。

手术方法

硬膜外麻醉。(1) 作膝前弧形横切口，切口的两端相当于髌骨中部的水平线，中点于髌

骨下极处，显露骨折处。(2) 刮除骨折端血凝块或肉芽组织，清除关节内陈旧性积血和血凝块。(3) 将髌骨骨折块对合复位，用布巾钳暂时固定，并检查髌骨骨折块对合情况。(4) 用10号丝线穿一个大园针，双线先从髌骨内侧缘开始，沿髌骨周边，略靠髌骨后缘，间断缝合髌骨旁筋膜一圈后，丝线又从内侧穿出，然后打结拧紧。(5) 用丝线分别修补缝合股四头肌扩张部及髌骨前腱膜。

术后用石膏托将膝关节伸直位固定4周，术后一周作股四头肌锻炼，去石膏后逐步练习膝关节伸屈活动。

本组病例中除1例失访外，29例均获随访，随访时间半年以上10例，一年以上19例。按胥氏标准(1) 评定结果。膝关节功能：优28例，良1例，优良率100%，膝关节活动范围：优25例，良4例，优良率100%，骨折复位程度(以

关节面为准)，优24例，良4例，可1例，优良率96.6%。

体 会

本组采用双丝线环扎内固定，在手术操作上作了部分改进，牢度比单丝线环扎及单纯丝线缝合明显增加，在随访的29例中，术后4周下床行走，并未发生骨折端移位及骨折间隙增宽，说明丝线环扎牢固有力，并避免了用钢丝环扎后二次手术去除的痛苦，及减轻了患者的经济负担。本法手术简单，操作时间短，特别对有分离移位的新鲜横型髌骨骨折疗效满意，值得采用。

参 考 文 献

1. 胥少汀等. 改良张力带钢丝内固定治疗髌骨骨折的实验研究及临床应用. 中华骨科杂志 1987; 7:309.

手法整复治疗第九胸椎椎体完全压缩骨折

湖南省醴陵市中医院 (412200) 李亚军

刘××，男，36岁，干部。1990年7月25日因汽车翻车而跌伤腰背部，当即送医院就诊，X片诊断为第九胸椎椎体前缘完全压缩骨折，脊柱向左侧弯。因患者不愿接受手术，而转入本科住院。

查：T37.2，R22次/分，P72次/分，BP15/10KPa 神志清楚，体位被动，背部广泛性肿胀，青紫血瘀，脊柱以第九胸椎为中心明显后凸畸形，局部压痛，不能行走站立及翻身活动；神经系统未出现阳性体征。

治疗：在四人俯卧位牵引下，手法整复后，局部加垫，仰位脊柱治疗架固定。内服中药，对症处理，按三期处方，住院57天治愈出院，腰背活动功能全部恢复正常，骨折处无疼痛，无压痛及后凸畸形。1年后摄片

复查，该椎体前缘被压缩部分已恢复正常，腰背各项活动自如，并能挑起120斤重担和参加重体力劳动。

体会：脊柱椎体压缩骨折在临床中多见，但椎体前缘完全压缩者较为罕见。采用手法整复，代替了手术，术后仰卧位脊柱治疗架固定，代替了哈氏棒内固定。使脊柱固定在过伸位置上，这种方法，使前纵韧带较长时间处于紧张状态，对被压缩的椎体产生一种张力和牵拉力，将椎体的压缩部分张开，为脊柱稳定创造良好的条件，完全符合脊柱的生理特点和生物力学特点，不但使脊柱恢复了稳定，还促进了脊椎椎体的早期修复。病人免受了手术内固定之苦，费用低廉，恢复快捷，且无任何后遗症。