

击伤 55 例, 直接砸伤 26 例。单纯肘脱位 201 例, 伴有其他复合伤者 55 例。伤后至就诊时间: 1~5 日。全部病例拍 X 线片示均系肘关节后脱位。

治疗方法 病人仰卧, 患肢肩外展, 术者站在患侧床边(或病人侧卧, 患肘在上, 术者站在患者前侧), 以同侧足置于病人上臂远端, 视病人胖瘦, 双手或单手(左肘用右手, 右肘用左手)握住患肢腕部或前臂下段, 沿前臂纵轴作徒手持续牵拉, 听到响声, 屈肘 90°, 复位即告成功, 肘关节屈伸活动恢复, 肘后三点关系转为正常。术后患肢屈肘 90°位用颈腕带悬吊胸前固定 3 周, 其间作手指及腕关节的功能锻炼, 解除固定后尽早作肘关节的伸屈和前臂的旋转活动。

治疗结果 全部病例均一次复位成功。经随访, 2 个月内肘关节功能完全恢复正常。

体会 肘关节脱位临床上比较多见, 在常见的三大关节脱位中居于首位, 且大都为青壮年, 体壮力强, 复位有一定困难。多年来的实践证明, 复位越早成功率越高, 效果越好。否则局部明显肿胀, 甚至有水泡形成, 循环障碍, 不但整复难度大, 而且易造成前臂缺血性肌挛缩。另外, 复位最好一次成功, 若反复整复, 势必造成关节周围的组织损伤, 日后易致骨化性肌炎, 从而影响关节功能。大多教课书^[1]对肘关节脱位的整复, 一般都要麻醉, 同时还要 1~2 个助手, 且都为单纯徒手操作。本法一不需要麻醉, 二不要助手, 三手足并用, 操作简单、省力。根据力矩平衡原理, 此法整复成功的关键是, 足必须置于上臂远端, 持续缓慢用力纵轴牵拉前臂。若足置于上臂中段, 不但用力要大, 成功率低, 而且对老年人可因骨质疏松有导致骨折的危险。

(收稿: 1998-01-01)

封闭松解法治疗肩周炎 50 例

孙海涛 关家文 牛其昌

武装警察部队山东省总队医院 (250101)

自 1994 年起采用封闭松解法治疗肩周炎 50 例, 效果满意, 报告如下。

临床资料 男 21 例, 女 29 例; 年龄 40~65 岁; 病程 2 个月~3 年; 左侧 19 例, 右侧 28 例, 双侧 3 例; 均表现为肩部慢性疼痛, 活动时加剧, 患肩功能受限; 压痛点多分布于肱二头肌长短肌腱、冈上肌、三角肌粗隆和喙突旁; 治疗前均排除颈椎病和肩关节骨性病变。

治疗方法 患者取端坐位, 患肩制动, 准确标记各

压痛点。严格消毒。注射器抽取 2% 盐酸利多卡因 1ml, 醋酸氢化泼尼松 50mg。将 12 号注射针头尖端磨制成单锋针刀用于穿刺。垂直刺入压痛点皮肤, 推注少量药液, 缓慢进针, 达病变处病人即有麻胀感, 医者可获得刺到腱性或筋膜组织的手感。轻轻提插针头, 在以压痛点为中心的 1~2cm² 范围内, 通过潜行调整针头方向和角度, 多点注射药液并用刀锋小心轻柔地分离松散粘连, 切断挛缩的筋膜。注射完毕数分钟后, 医者一手固定患肩, 另一手握其肘部, 沿肱骨长轴纵向牵引尽量分离盂肱关节。同时缓慢伸展, 提举上肢并轻柔地旋转或环转肩关节。活动范围由小到大, 以病人能够耐受为度, 至关节主动活动范围明显改善为止。每封闭松解 1 次为 1 个疗程, 每次可封闭 1~3 个压痛点, 每 5 天封闭松解 1 次。

治疗结果 1. 评定标准: 优: 疼痛消失, 肩关节各个方向运动功能基本或完全恢复; 良: 疼痛明显减轻, 肩关节活动范围明显增大; 一般: 疼痛减轻, 肩关节活动范围较治疗前稍增大; 差: 治疗 3 个疗程以上与治疗前病情无变化。2. 治疗结果: 优 35 例, 显效 13 例, 一般 2 例, 无差者。

讨论 1. 封闭松解法通过潜行的多点注射, 使药液被病变处组织充分吸收, 起到消炎、止痛、松弛肌肉、改善病变组织微循环和减轻粘连的作用。同时利用针刀切断挛缩组织, 松解关节囊周围之粘连, 解除了限制肩关节活动的阻碍因素。封闭松解后即行肩关节被动活动, 使挛缩的关节囊于无痛状态下被拉长松弛, 关节周围粘连得到进一步松解, 有助关节活动范围的增大。该法操作简便, 创伤小, 痛苦少。在严格无菌条件下操作, 避免了感染。由于采用多点注射, 对压痛点弥散者亦有效。2. 注意事项: (1) 疼痛点定位尽量要准确。(2) 操作者应熟悉局部的解剖层次和组织病理学知识。(3) 封闭松解操作手法应轻柔, 以防用力过猛造成断针。(4) 被动活动肩关节要缓慢轻柔, 循序渐进, 禁用暴力。(5) 一次治疗结束后, 应嘱患者继续行肩关节主动功能锻炼, 锻炼的程度与治疗效果密切相关。

(收稿: 1997-06-21)

张力带钢丝内固定治疗髌骨骨折

尹律平

江苏省宜兴市中医院 (214200)

笔者采用张力带钢丝内固定治疗髌骨骨折 41 例,