

中西医结合

经皮钢针撬拨复位复杂性掌指关节脱位

福建中医学院 骨伤科治疗中心 陶有略
 厦门思明医院 许武士

〔内容提要〕作者自1984年以来对5例复杂性掌指关节脱位，经皮钢针撬拨掌侧纤维软骨板使之复位。认为：掌指关节脱位呈平行侧方移位，一般采用手法复位困难。撬拨时注意籽骨是标志着掌板的位置，循此位置撬拨往往事半功倍的效果。

Complicated Dislocation of
 Metacarpophalangeal Joints
 Reduced by Prying with
 Percutaneous pins:
 Report of 4 Cases
 Orthopedics and Traumatology
 Treatment Centre of Fujian
 Traditional Chinese
 Medical College Xiamen
 Siaming Hospital

Tao You-Lue
 Xu Wu-shi

Summary: Five cases of complicated dislocation of metacarpophalangeal Joints reduced (with percutaneous pins for prying to correct the lamina fibrocartilaginea plama) since 1984 were reported. It is thought that lateral parallel displacement of metacarpophalangeal dislocation is generally difficult to reduce by manipulation. During Prying, care must be taken to the sesamoid bones which will marked the position of lamina. Proceeding along this position to prying will get twice the result with half the effect.

一般掌指关节脱位复位并不困难，但有一种特殊类型的掌指关节脱位，是不可能按常规手法复位，或是只能复位一半，故把这种特殊类型的脱位称为复杂性掌指关节脱位。

笔者曾遇到1例新鲜拇指掌指关节脱位，在外院进行手法复位，其中采用将患指远端捆扎后一端固定在木柱上，术者从患者虎口处做拔伸挤按复位，却未能成功。我们在手术中，仔细观察其病理变化后，轻巧的撬拨后即刻获得复位，我们从中得到了启发，自

1984年以来，对其中4例拇指掌指关节，1例食指掌指关节复杂性掌指关节脱位的病例采用经皮钢针撬拨复位，效果满意，报告如下。

具体操作方法

1. 麻醉：采用臂丛麻醉；
 2. 方法与器械：手腕处以上用消毒绷带包扎。术者与助手均戴消毒手套。备用消毒的2毫米左右克氏针，一端预先砸成扁形的钝头；或备眼科尖刀片一个。

3. 复位操作：首先，复杂性掌指关节脱位不是呈90°烟斗样畸形，而是更接近于平行，在掌侧皮肤上可触及凹窝。在食指复杂性掌指关节脱位时，凹窝不太明显，是因为掌骨头位于近侧掌横纹内，而拇指可在大鱼际处清楚显示。借助术前X线照象，可观察到关节间隙和侧方移位情况。我们一般从掌侧皮肤凹窝正中处用较细骨圆针戳一入口，直达掌骨头。皮肤坚硬者以尖刀片戳口入道，再用克氏针扁圆形的钝头按原入口处插入，在透视下，逐步达到纤维软骨性掌板，从它在掌骨上薄弱的膜性附着处撕脱，故掌骨头即向掌侧移位，而掌板仍附着于指骨上并被卷入关节。掌板被卡于近节指骨基部和掌骨头之间。当针头抵达掌骨远端背侧有触及坚韧感，就是掌侧纤维软骨板。针头向掌骨头背侧45°倾斜，这样撬拨克氏针很自然地于掌指关节面共同组成一个力学杠杆原理。当掌侧纤维板“跳入”原位时，随之掌指关节内发出“咯啪”弹响声，表示复位成功。若从掌侧皮肤凹窝正中尺侧撬拨不成功，亦可改从桡侧撬拨，但切忌急躁情绪，防止关节软骨面的损伤。

典型病例

例一，男性，25岁，1984年7月15日，因与他人扳腕比赛腕力，罹患者右手拇指掌指关节脱位，二小时后在门诊先按呈过伸位拔伸牵引复位数次未奏效。后改用一绷带捆扎指骨基底部，欲加大过伸位拔伸牵引并左右摇摆数次，掌指关节无移动感。最后在臂丛麻醉下，在掌指关节掌侧凹陷处插入钢针，借助电视透视下一次撬拨随之复位。经二年后随访，右手掌指关节功能正常。照像1，2

例二，男性，31岁，1985年4月21日，滑旱冰倒地，左手拇指首先着地，致成左手拇指掌指关节脱位。伤后在某院手法复位未成功，翌日，来我院门诊治疗。X线照片显示掌指关节间隙增宽，并有侧方水平移位。在臂丛麻醉下，借助X光透视一次钢针撬拨复位。3年后随访掌指关节功能正常。

讨论

复杂性掌指关节脱位，是指骨底多向背侧脱位，掌侧关节囊破裂，掌骨头向掌侧突出；掌侧关节囊连同籽骨卡压于指骨底与掌骨头的背侧，掌板亦常自近端撕脱而卡在脱位关节之间，致使手法复位难以成功。

另外，伸直位损伤，受伤后该关节囊的前部破损，掌骨头可插入两肌腱之间，尤其是关节囊撕破过小，将掌骨颈似纽扣样嵌住，妨碍手法复位。手法复位除采用指骨过伸扩大畸形之法同时，并配合左右摇摆活动，再将指骨基底部推向掌侧。

复杂性掌指关节脱位，掌骨头常常被驱经掌横韧带而固定于此韧带和掌浅筋膜纵向部分之间，屈肌腱被移向尺侧，蚓状肌腱被移向桡侧，它们都位于脱位的囊骨头的背侧。钢针经皮撬拨就是建立在这一病理基础上，把卡压于指骨底与掌骨头的背侧纤维板向下拨出，从而达到复位。

掌指关节为手指的关键性关节，借手的内外肌群稳定于功能位，以发挥手指最有效的功能。复位后掌指关节固定于90°塑形小夹板或铝制板上，而指间关节可伸直位或屈曲位3周。我们在手术组病例中有一例因疏忽有效的外固定，而发生再脱位，它直接影响后期功能恢复。这充分说明复杂性掌指关节脱位后，固定原则是既要简单又必须牢固，严防类似压舌板样固定器材。后期采用中药熏洗，尽早活动，以防关节囊挛缩或强直。

总之，掌指关节脱位在临床上较为多见。只要X线照像提示移位不是90°，而接近平行及侧方移位；掌侧皮肤上有凹窝，不应该反复采用手法，揉捏失败后，就切开复位，首选经皮钢针撬拨复位法。

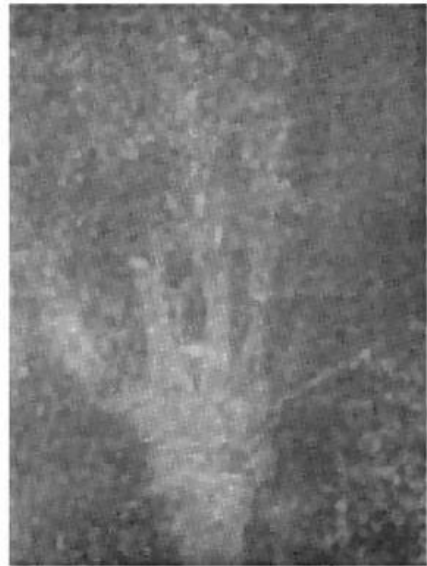
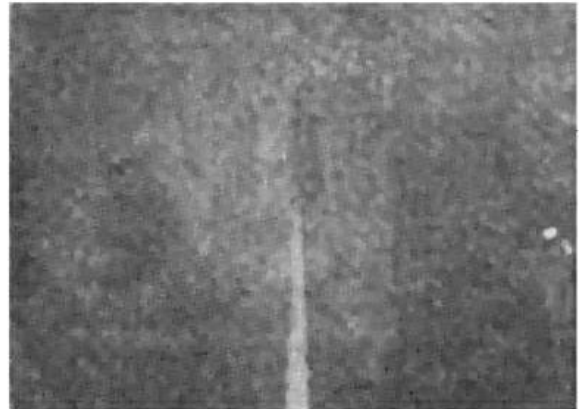
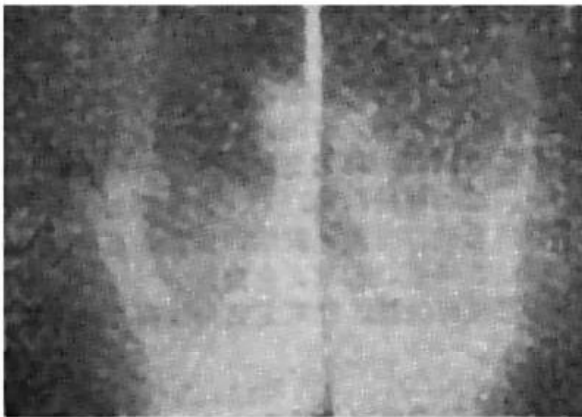


图 2



例二图3



例一图 1

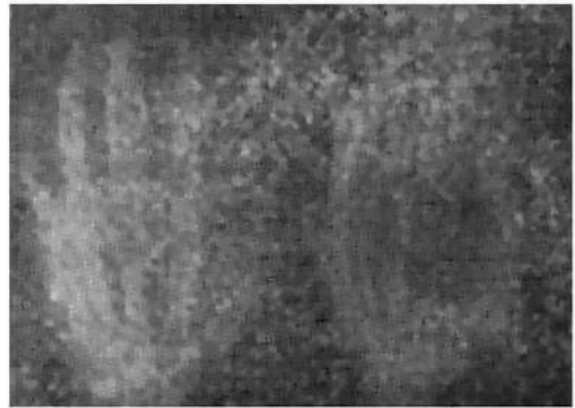


图 4