

X线拍片检查。

诊断 左髌关节前脱位。

治疗 撕裂伤经外科缝合包扎后，当即运用多种复位手法，一次顺利成功。整复方法：在手法复位前，给杜冷丁100mg肌注，患者仰卧于地上，一助手固定两侧髂前上棘，术者面向患者，屈曲其膝关节并握住患肢小腿，在髌外展，外旋位渐渐向上拔伸牵引至屈髌90°位，这时骑跨于伤肢上，伤肢的踝部前面抵于术者会阴部，术者用双手或肘窝部套住伤肢腘窝部，继续用力沿股骨纵轴拔伸牵引，并轻轻将股骨干左右摇晃旋转。另用一助手立于伤肢外侧，用双手抱住伤肢大腿根部，向后外方用力牵拉，术者助手同时用力。此时，术者抱患腿摇向头侧，拉向健侧，即稍屈髌内收内旋，可感到股骨头纳入髌臼时的弹响声，最后伸直下肢，复位即告成功。次日X片示复位良好，无合并骨质损伤。将患肢维持在内收、内旋、伸直位皮牵引18天后，扶拐行走一个半月，负重锻炼。1991年3月6日随访，功能正常，X片复查未见组成骨及关节异常变化。

讨论 髌关节脱位，临床上比较少见，复

位也相对较难，尤其是髌关节前脱位，医者掌握复位技巧更为重要。“欲合先离，离而复合”是中医正骨原则之一，联合使用多种复位手法正是建立在这一原则上的。过去在文献上见过用一两种复位手法整复髌关节脱位，同时使用三种以上复位手法却鲜为报道。本手法在屈髌拔伸法的基础上加了在大腿根部用力向后外方直接拔正和操作步骤与后脱位相反的屈髌回旋法。屈髌拔伸是对抗股直肌、股二头肌、半腱肌、半膜肌等肌的牵拉力，使股骨头向髌臼方向移动。牵拉拔正则是对抗臀大肌、臀中肌、梨状肌等肌的牵拉力，直接将股骨头移向髌臼。而先将髌关节外展外旋，然后屈髌屈膝，再内收、内旋，最后伸直下肢的反回旋法则，利用上二组肌群的牵拉力将股骨头纳入髌臼内。多种手法连续动作，目标一致，利用屈膝拔伸，直接拔正手法整复髌关节前脱位，在骨伤科学上提及过，加用反回旋法整复髌关节前脱位更为适宜，更有利于髌关节回纳复位。

本法简单易行，病人痛苦少，医源性损伤轻，复位安全可靠，比单用某手法省力，亦可用于后脱位。

下桡尺关节全脱位一例报告

青海省海南藏族自治州人民医院 (813000) 强 飞

下桡尺关节全脱位属急剧前旋扭转暴力所致的损伤，临床罕见，我院收治一例，施横牵按捺手法治疗，取得满意效果，报告如下。

患者，男，36岁，工人。入院前一天乘汽车外出时，因车祸致右前臂及腕掌部损伤，次日来我院就诊。患者急性痛苦面容，右前臂屈曲内旋托于胸前，前臂至腕关节以及手掌部肿胀较甚，皮下瘀血。动则疼痛难忍，前臂旋转及腕关节功能受限，弹性固定于旋前70度。前臂腕上背尺侧凹陷，掌尺侧凸出明显，可扪及脱出移位的尺骨小头。X线正位片示，下桡尺关节间隙无增宽，腕舟骨与其周围关系顺列轻度异常，第一掌骨远端连续性中断，无错位；

侧位片示，尺骨小头明显向掌侧脱位，环状关节突嵌顿于桡骨的尺骨切迹骨突掌侧。

治疗方法：患者仰卧屈肘，常规消毒局麻，患肢前臂尽量放松，掌心略向上。待麻醉生效后，令助手一人以双手拇指置前臂下1/3掌侧，其余四指置背侧，捏桡骨分骨牵引。术者左手持握患者手掌，右手捏尺骨下端，分骨时主要以五指之力与助手形成横向对抗牵引之势，顺势以拇指轻按尺骨小头，则扪及“格得”入臼感。患者亦有同样感觉，疼痛立即大减，下桡尺关节结构恢复正常，弹性固定解除，前臂旋转功能恢复，并且比较稳定。随施理筋手法，掌尺侧石膏托固定，屈肘悬吊于胸前。五

双拇指推按法整复股骨干骨折的体会

广东省江门市中医院 (529051) 翁凤泉 李宇明 周思宪

自1982年7月至1990年12月,我们采用双拇指推按手法整复,结合小夹板外固定、牵引及中药三期辨证治疗股骨干骨折,取得满意的效果。现将资料完整及随访的135例总结报告如下。

临床资料

1. 性别、年龄: 男性101例、女性34例, 男女比例为2.97:1。年龄最大90岁, 最小5个月; 其中10岁以下48例, 11岁—20岁24例, 21岁—30岁21例, 31岁—40岁14例, 41岁以上28例。

2. 骨折分类: 新鲜骨折126例, 陈旧性骨折(伤后20天后来诊)9例; 闭合性骨折126例, 开放性骨折9例。

3. 骨折原因: 外伤所致骨折者133例, 占98.52%, 其中跌坠伤64例, 车祸撞伤39例, 压伤29例。病理性骨折2例。

4. 治疗情况: 135例股骨干骨折124例采用双拇指推按法整复、小夹板外固定, 结合皮牵或骨牵。9例作内固定者为部分陈旧性骨折、部分开放性骨折病例。2例无移位骨折者仅作

夹板外固定。

治疗方法

1. 整复手法: 患者仰卧, 一助手用双手固定骨盆, 另一助手双手握患侧小腿, 顺势拔伸5至10分钟, 徐徐将患肢屈髋90°、屈膝90°, 然后将握小腿之一前臂置患者患侧小腿腘窝处; (左侧骨折用右前臂, 右侧骨折用左前臂) 令患者屈曲健膝, 手掌部置患者健膝上, 继续牵引, 矫正重叠移位。

上₃骨折: 外展患肢30°—40°, 稍外旋, 术者将一拇指放在骨折近端外侧, 另一拇指置远端内侧, 双拇指同时用力推按, 并结合轻轻摇摆, 以矫正骨折端内外侧移位, 再将双拇指放在远近端前后侧推按, 矫正折端前后侧移位, 检查以指感折端有稳定和连续感, 纵轴冲击有明显抵抗力说明整复成功, 再置棉压垫于近端前外侧及作四夹板外固定, 皮牵或骨牵。

中₃骨折: 本文病例多数重叠移位, 远端向后内者多, 手法同上₃骨折, 双拇指置远近折端前后侧, 继之内外侧, 摇摆触碰之力可大些, 至骨擦音消失及折端有稳定感为度。压垫

个月后随访, 功能恢复正常。

讨论: 维持下桡尺关节的稳定性主要依靠桡尺掌背侧韧带, 关节囊韧带及三角纤维软骨盘。有关下桡尺关节损伤, 国内曾有报导, 一般是指维持关节稳定的韧带, 关节囊及三角纤维软骨遭受不同程度的损伤。临床均以以下桡尺关节分离为主要特征。整复手法均以纵牵、推挤、提拉、挤压为主。然本文报告病例之下桡尺关节全脱位的特点为: ①关节无分离; ②尺骨小头完全脱向掌侧; ③伤后关节弹性固定。亦为临

床诊断的三个主要依据。其次只有腕背韧带及关节囊韧带的轻度损伤, 而三角纤维软骨盘损伤不明显。治疗中按照“欲合先离”的原则, 施横向对抗分骨牵引, 以解除脱位后尺环关节面与桡尺切迹掌面骨突的嵌顿, 顺势轻按尺骨小头而使其复位。笔者认为, 下桡尺关节全脱位在下桡尺关节损伤中属特殊类型。其辨证施法的关键在于横向对抗分骨牵引。若以常法纵牵推挤, 反而会增加脱位后的下桡尺关节骨突嵌顿的紧张度, 整复难以成功。