



图 4

分钟即可完成复位。操作结束上石膏托固定 3~4 周。

在无透视条件时,或施术者比较熟悉时,勿需透视下复位,予复位前后摄片即可。

治疗结果

本组 30 例 32 指掌指关节闭合性脱位,采用本法治疗全部复位成功。随访 1~12 年,除 2 指功能稍受影响外,余 30 指功能基本或完全恢复,治疗的优良率为 93.7% (30/32)。随访过程中未发现针眼及深部组织感染者,亦未见有脱位曾有复发及术后遗留关节疼痛的病例。

讨 论

闭合克氏针撬拨法治疗掌指关节脱位的原理:在

应用解剖上,掌指关节囊掌面远端增厚、坚韧,形成掌侧纤维软骨板。而其近端部分薄且软,在掌指关节屈伸活动时,只近端部分有弛张改变。掌腱膜在掌指关节处形成二组横纤维。其中近侧者为掌浅横韧带。在手指伸直位时,掌侧暴力致掌指关节过度背伸,掌骨头突破掌侧近端关节囊薄弱部分,达皮下组织。近节指骨基底背侧脱位(图 2, 3)。这是从掌侧进针撬拨近节指骨向掌侧比较顺手的原因。本组 30 例中 28 例从掌侧进针;只有 2 例从背侧进针;该 2 例分别用 30 分钟和 50 分钟才复位成功。体会从“桔皮样皱纹”处进针是掌侧入针的捷径。掌指关节脱位后,屈指肌腱、掌腱膜被推向掌骨头尺侧。蚓状肌被推向桡侧。关节囊纤维软骨板移向掌骨头背面而隔开掌骨头及指骨,掌骨头掌面被掌浅横韧带卡住,用手法牵引复位时,此四边形的软组织卡压掌骨颈更紧张,故难以复位(图 2)。本撬拨法即是依此原理,把撬拨针插入此四边形,拨开卡于脱位关节间的纤维板,并扩大此四边形内界,通过杠杆牵引力,使脱位的掌指关节复位。

(收稿:1996-03-01)

髌骨纵形骨折 10 例临床分析

张家口解放军 251 医院 (075000)

张会生 贾卫斗 周学明

自 1985 年 2 月~1995 年 2 月,我们遇到 10 例髌骨纵形骨折报告如下。

临床资料 本组 10 例中男 8 例,女 2 例;年龄 20~58 岁;左侧 8 例,右侧 2 例;所有患者均为膝部着地造成;X 光膝关节正位片 2 例见髌骨外 1/3 有纵形骨折线,所有病例侧位片未发现异常,髌骨轴位片均可见髌骨外 1/3 纵形骨折,骨折断端分离 1~5mm。

治疗方法及效果 采用下肢前后石膏托将膝关节功能位固定,塑形时注意由外侧向中间挤压以利髌骨复位。1 例因髌骨断端分离错位,采用切开复位内固定术。4 周后拆除固定,开始功能锻炼。本组病随访 6 个月~3 年,平均 14 个月,膝关节功能均恢复正常。

讨论 髌骨纵形骨折为膝关节外翻扭伤后继续着力所致、股四头肌、髌骨、髌腱三者之间的关系基本正

常,伸膝装置不受明显影响。除髌骨处有明显压痛外,其他局部体征不明显。易于漏诊。髌骨纵形骨折处理不当,可发生创伤性关节炎。为减少漏诊和误诊率,我们在临床上体会到:(1)要详细询问受伤时的外力情况及摔倒时的着力部位。(2)检查压痛部位,在膝关节伸直位,在髌骨的内外缘的前部加压,造成骨折线分离,引起或加剧疼痛的患者,骨折的可能性较大。(3)拍髌骨轴位 X 线片,膝关节常规正位 X 线片上,由于髌骨为松质骨,位于股骨下段与骨密度程度相对较高的股骨髁重叠,骨折常显示不清。侧位片显示的是髌骨的侧面影像,而髌骨骨折线刚好与髌骨矢状面平行而表现为“正常”,造成误诊。髌骨轴位片才能确诊。髌骨轴位片对髌骨纵形骨折的诊断有着决定性的作用。

(收稿:1996-03-21)

1997 年征订启事

《中国民间疗法》为双月刊,逢双月 28 日出版,每册定价 4.00 元,邮发代号 46-147,全国各地邮电局所均办理订阅,本刊也办理全年邮寄及零售杂志。本刊地址:北京市朝阳区东兴路七号《中国民间疗法》编辑部,邮编 100027,电话:(010) 64160882。