

塌陷 > 10mm 者应考虑手术治疗<sup>[2]</sup>。我们主张采用既能暴露骨折端，又不用切开关节囊的手术方式。这种方法的优点在于：1. 整个复位过程可以清楚地显露骨折端，术者可在目视下直接进行手法，或通过骨折间隙进行撬拨复位，也可由骨折间隙将塌陷的关节面顶起。同时方便内固定器的安装。2. 手术中避免了关节囊、关节滑膜的再次破坏，降低了关节粘连的程度和减少关节僵硬的发生。膝关节损伤后其僵硬的发生除了与关节固定时间的长短有关之外，与关节的创伤程度，尤其是周围组织的创伤亦有很大关系。膝部骨折已造成了关节的损伤，而手术又将进一步地加重了这方面的伤害，其结果是使关节内的创伤性疤痕增加，粘连加重。因此，在条件许可的情况下，应尽可能避免人为的关节损害。

术后早期的膝关节锻炼将有利于正常功能的恢复，而坚强有效的固定则是关节早期活动的力学基础。

对于平台骨折的内固定选择，我们倾向于选用骨栓，而不是克氏针或施氏针，因为后者在活动过程中容易产生松动、脱落，而且不能起到牢固的固定作用和有效地纠正骨骺间的分离，这不单延长了骨折的外固定时间，也影响了关节功能的恢复。而骨栓则能够将分离的骨块紧紧地挤靠在一起，达到满意的固定作用。在此基础上再根据骨折的不同类型增加松质骨丝钉或钢板的固定，会使骨折的复位，固定效果更好，为早期的锻炼提供了有利的条件。

**参考文献**

1. 于学钧，等．胫骨骨折的分型及治疗．中华外科杂志 1990；28（12）：718～722．
2. 刘军，等．胫骨髁骨折手术治疗．中华创伤杂志 1992；8（5）：305～306．

（收稿：1996—07—19）

## Kaplan's 脱位的撬拨复位

河北省永清县人民医院（302650） 朱法友

第二掌指关节完全脱位，卡入掌侧结构内，俗称纽扣孔脱位，又称 Kaplan's 脱位。我自 1989 年 6 月～1996 年 6 月共诊治本病 9 例，8 例经撬拨法复位成功，现介绍如下：

**临床资料**

本组 9 例均为男性，年龄 8～21 岁，均为意外暴力强行过伸食指掌指关节所致，9 例均采用撬拨法复位，8 例获得成功，其中 1 例合并有掌骨头骨折，撬拨法复位失败，后经手术切开复位。经 1～7 年随访全部病例掌指关节伸屈运动 0°～90°，功能恢复满意。

**治疗方法**

按手术常规患肢肘以下消毒，铺无菌单。2%利多卡因局部浸润麻醉。过伸脱位的掌指关节，使关节间隙尽量增大。取消毒克氏针一枚（直径约 1.5mm），近节基底桡侧先用尖刀刺破皮肤，克氏针沿近节底上缘入关节间，向掌侧前撬，以撬拨出夹在基底与掌骨头之间的掌板，同时将过伸的掌指关节屈曲，并由掌侧推压掌骨头向背侧。使脱位的掌指关节复位。

**体会**

第二掌指关节完全脱位是在食指伸直位时，掌指

关节强行过伸用力，暴力自掌侧向背侧推压，使掌指关节过度背伸，掌骨头突破掌侧关节囊薄弱部分向掌侧穿出达于皮下，近节指骨基底向背侧脱位。完全脱位的掌骨头被四周软组织呈“井”字形紧紧嵌压。暴力强制性过度伸展掌指关节时，掌板在掌骨的附丽处发生撕裂，移至掌骨头背面，夹在掌骨头与近节指骨基底之间，掌骨头掌面被掌浅横韧带卡住，屈指肌腱、腱鞘以及与其相连的腱前带均被推向掌骨头的尺侧，蚓状肌脱向桡侧，当手法复位牵引手指时，掌骨头四周“井”字形软组织更加紧张，卡住掌骨头以复位。根据脱位的机理，摸索出一套撬拨复位方法。通常掌骨头两侧的蚓状肌和屈指肌腱纵向压力不大，不影响复位，近端的掌浅横韧带也不起决定因素，撬拨复位的关键是克服了阻碍复位的决定因素即嵌压在掌骨头与近节指骨基底之间的掌板。复位后铝板功能位固定 3 周，去固定后开始主动练习，一般 1～2 个月可完全恢复自主活动。

（收稿：1996—08—20）