

均在麻醉下行松解术，疗效满意，现报告如下。

**临床资料** 480 例中，女 260 例，男 220 例；年龄 35~70 岁；病程 2 月~5 年。一般无外伤史。

**治疗方法** 1. 麻醉方法：我院曾用硫苯妥钠、氯胺酮全麻。1985 年改用颈肌间沟臂丛麻醉法，剂量 1.0%~1.5%利多卡因 20ml。2. 术前检查：术前常规 X 线摄片，排除肩关节骨性病变。3. 松解方法：患者仰卧于手术台上，术者一手扶患肩，一手握患肢前臂先慢慢上举，在此过程中可听到肩关节周围有明显撕裂声，上举达 180°。再嘱患者侧卧位，患侧在上，将患肩 upper 肢后伸屈曲，手指达到对侧肩胛下角，然后再将患肩 upper 肢伸直，作肩关节环绕活动前后数次。术后卧床 24 小时，患肢外展上举位，以后即开始肩关节功能锻炼。

**治疗结果** 疗效评定标准：痊愈：经麻醉松解术后 1 个月，患肢上举达 180°，后伸屈肘手指可触及第 12 胸椎棘突者；好转：经松解术 1 个月，患肢上举达 160°，后伸屈肘手指可触及到腰骶部者；无效：上举达不到 120°，后伸屈肘手指触不到骶椎者。结果：480 例中，经一次松解术 1 个月后随访痊愈 420 例，好转 55 例，无效 5 例。

**体会** 冻结肩是中老年人骨伤科临床上的一种常见病，目前虽有针灸、理疗、推拿、封闭等等治疗方法，但疗效慢，疗程长。麻醉松解术是在无痛情况下将肩周的粘连拉开，从而有效地解除活动受限。此法经我院 480 例实践证明，疗效快，效果好，无副作用及损伤，是治疗冻结肩较理想的方法，适合各基层医院开展。

(收稿：1997-12-01)

## Ender 针治疗胫骨骨折 29 例

史 勇 阿许库

新疆乌苏市人民医院 (833000)

我院自 1993~1995 年间收治胫骨骨折 42 例，其中用 Ender 针固定 29 例，无一例发生骨不连及畸形愈合，取得满意疗效，现报道如下。

**临床资料** 本组 29 例中男 21 例，女 8 例；年龄 14~91 岁；胫骨上 1/3 骨折 9 例，中 1/3 骨折 7 例，下 1/3 骨折 13 例；粉碎性骨折 11 例，合并腓骨骨折 23 例，开放性骨折 7 例。

**治疗方法** 在腰麻下先在骨折部位作 4~6cm 长的弧形切口，尽量不剥离骨膜，将骨折端的瘀血块及附着软组织用刮匙刮尽，在胫骨结节两侧旁 2cm 处各

取一 1.0cm 长的切口或分别在内、外踝顶点偏上 1cm 处做 1cm 长的切口，切开筋膜及骨膜，用 4 号钻头倾斜 45°钻开骨皮质形成一 2~3cm 的骨槽，插入预先选择好的 Ender 针。将双针调整至侧位，观针尾高低角度一致，然后徐徐打入，达骨折端时，见双针均在髓腔内，直视下用骨膜剥离器撬拨骨折端复位，继续将针打入并通过骨折端内，针尾留 0.5cm 埋入皮下。骨折复位满意、固定稳定后，用盐水冲洗。术后用林可霉素及青霉素预防感染。

患肢常规用石膏托外固定，置于 Braun 架上。2 天后开始自动抬举下肢及在床上进行股四头肌练习。12~14 天后，根据切口情况拆线，并更换为不包括膝关节的小腿石膏管型。2 周后，逐渐下床扶拐进行功能锻炼。5~6 周后拆除石膏，并摄片复查。术后 8~18 个月拔除内固定针。

**治疗结果** 本组 29 例无一例输血，手术切口均一期愈合。随访 1~2 年，全部患者无功能障碍，无延期愈合、骨感染、畸形愈合。

**讨论** 本法适用于青年至老年的胫骨干上、中、下三分之一处之横或斜形骨折、斜面较短的螺旋形骨折、骨块较大的粉碎性骨折。注意事项：(1) Ender 针自两侧进针，针体凸面方向常偏后，一根针凸面指向后内侧，另一根指向前外侧，使力的方向在胫骨的冠状面上；(2) Ender 针进针点在胫骨结节两侧旁 2cm 或在内、外踝顶点偏上 1cm 处，如过高或过低均易进入关节腔造成劈裂骨折，影响关节活动，引起疼痛；(3) 针尾在皮下处留置 0.5cm 左右，过长则刺激周围软组织产生疼痛；(4) 术中进行时应避免发生劈裂骨折，用钻头打孔时先垂直进入骨皮质后再倾斜 45°进入 2~3cm，不宜粗暴进针，进针困难时要根据情况调整针尖弧度，避免形成假道。

(收稿：1996-04-24；修回：1996-09-18)

## 足蹬手拉整复肘关节脱位

陈金兰 刘西乾 段永壮

河南省新乡医学院第一附属医院 (453100)

作者从 1988~1997 年，在无麻下用足蹬手拉的方法整复肘关节脱位 256 例，均一次复位成功，特报告如下。

**临床资料** 256 例中男 185 例，女 71 例；年龄 12~65 岁；左肘 99 例，右肘 157 例。跌倒伤 175 例，撞

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<sup>[1]</sup>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 1~2cm<sup>2</sup> 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解粘连, 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,