

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^[1]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 1~2cm² 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散粘连, 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,

取得满意效果，现报告如下。

临床资料 本组 41 例中，男 28 例，女 13 例；年龄 20~72 岁；闭合骨折 39 例，开放性骨折 2 例；横断骨折 23 例，粉碎性骨折 18 例；陈旧性骨折 1 例。

治疗方法 硬膜外麻醉下，大腿上气囊止血带，作髌前横弧形切口，凸面向下，显露骨折端，清除积血，将骨折复位后用大巾钳维持固定。用直径 2mm 的钻头先后于上下骨折块外侧面正中与髌骨关节面平行由外向内钻孔，成上下二横孔。选用二根直径 0.8mm 的钢丝先后于上孔由外向内穿出。将一根钢丝自上孔内侧经下孔由内向外穿出，成横 U 形钢丝，然后将另一根钢丝自上孔内侧经髌前由外向内穿过下孔，先结扎 U 型钢丝。再将另一根钢丝的上端（上孔外侧）与下端（下孔内侧）拉紧，在髌前成 8 字形交叉，然后结扎。二处钢丝结均留于上孔外侧处，钢线结残端折弯后将其贴压于骨面。股四头肌扩张部予修复。术毕切口常规留置皮片引流，术后均不做外固定。腘窝部置软垫使膝关节置于屈膝 20°~30°位。次日鼓励作股四头肌锻炼。横断骨折 1 周后下地行走，逐步进行屈膝及下蹲练习。粉碎性骨折 1 周后开始练习屈膝活动，2 周后加大膝关节屈伸度及下地练习行走，3 周后开始练习下蹲。

治疗结果 随诊时间 3 月~6 年，未发现钢丝结触痛皮肤，骨折均愈合，伸屈功能恢复正常时间 2.5~6 周，按胥氏疗效评定标准^[1]：40 例为优，1 例为良（再次手术病人）。

讨论 笔者采用横 U 形加张力带钢丝内固定的方法，有如下特点：(1) 骨折复位后维持固定并不妨碍侧方钻孔、穿钢丝、结扎等操作。(2) 上下骨块各仅钻一孔，可避免由于钻孔次数增加而导致的骨片碎裂。(3) 本法符合张力带内固定的原理，U 型钢丝及 8 字形钢丝均能使骨折端紧密接触，且后者能防止屈膝时由于三点杠杆系统^[2]的作用而导致的骨折块前部再裂开，并能使骨折端同时产生有利于愈合的压缩力。(4) 内固定牢固，功能恢复快而好。(5) 本组未发现有钢丝结触痛及刺伤皮肤致感染、内固定松动等并发症，内固定安全可靠。(6) 内固定取出方便，仅需一个小切口便可。

参考文献

1. 胥少汀, 于学钧, 刘树清, 等. 改良张力带钢丝内固定治疗髌骨骨折的实验研究及临床应用. 中华骨科杂志, 1987, 7(2): 309
2. 陈履平, 李承球, 韩祖斌, 等. 髌骨张力内固定术后正确功能锻炼的实验研究和临床应用. 创伤杂志, 1989, 5(4): 215

(收稿: 1997-04-21)

尺骨冠状突骨折 10 例

楼雪芬 赵华春

浙江省富阳市新登中医骨伤科医院 (311404)

尺骨冠状突骨折临床上并不少见，且常合并其它损伤，笔者自 1987~1997 年，收治该型骨折 10 例，结合临床和有关文献，对其诊治问题讨论如下。

临床资料 本组 10 例中男 8 例，女 2 例；年龄 20~30 岁 4 例，31~40 岁 4 例，41 岁以上 2 例；左侧 4 例，右侧 6 例；合并桡骨小头粉碎性骨折 6 例，合并肘关节脱位 2 例，合并尺骨鹰嘴骨折 1 例；手术治疗 4 例，手法复位 6 例。经 6 月~10 年的随访，肘关节活动度在 120°以上者为 4 例，在 30°~120°之间者为 5 例，在 30°以内者为 2 例。

讨论 尺骨冠状突是尺骨半月形关节面阻挡肱骨远端向前移位的重要组成部分，同时又是尺侧副韧带及肱肌的止点，对肘关节的稳定起着重要作用。资料表明，尺骨冠状突骨折最多的是合并桡骨小头粉碎性骨折，分析受伤机制可能是当暴力沿尺桡骨向上传导在造成桡骨小头骨折的同时，冠状突与肱骨滑车相撞或肱肌突然收缩，造成尺骨冠状突骨折。在我们治疗过程曾有过这样的教训，在合并桡骨小头粉碎性骨折手术治疗时，切除桡骨小头，而遗留尺骨冠状突骨折，术后拍片误认为桡骨小头碎骨片未取干净，而再次手术摘除，造成病人术后关节不稳或关节僵直。如果我们在手术中将桡骨小头切除拼凑完整，再仔细检查肘关节腔尤其在尺骨冠状突方向，发现尺骨冠状突骨折，则用克氏针或钢丝固定之。所以我们在遇到桡骨小头粉碎性骨折，要想到合并尺骨冠状突骨折的可能，这样才能避免漏诊。在本组 10 例病人中有 2 例未对尺骨冠状突作内固定，结果造成肘关节半脱位，活动有弹响，所以我们对尺骨冠状突进行测量，通过对 36 例左右侧尺骨冠状突标本骨测量，尺骨冠状突的厚度，左侧为 1.3~1.6cm，右侧为 1.5~2.1cm，同时发现当尺骨冠状突骨折线距冠状突尖超过 5mm 同时，即有造成肘关节半脱位的可能，所以治疗时，若冠状突骨块超过 0.5mm 时，即应用内固定，加强肘关节的稳定，防止继发性损害的发生。

(收稿: 1997-12-01)