

会使踝趾外翻加重；(3)足横弓在踝外翻时明显变小即弓背降低，同时足承重中心外移，使第二、三跖骨头下陷。本矫形带正是针对上述诸应力的不对称而研制的。

踝外翻手术疗法很多。除病情严重确实影响生活及工作者外，大部分患者适于本法治疗，简便易行，不受时间和地点限制，安全可靠。对早、中期患者均可获

得满意效果。对少部分中期及晚期患者，因多发生器质性病理改变仅 37.5%~67.2%的病人有效。所以这部分患者仍以采用手术治疗为宜。此外本矫形带在踝关节损伤，踝趾近节趾骨骨折伴外翻者也是良好的固定器材。

(收稿：1995-10-30)

髌臼骨折 39 例临床分析

叶伟洪 蔡立民 骆家伟

广东省东莞市中医院 (511700)

髌臼骨折由于致伤暴力大，合并伤多，移位方式多样，治疗困难而疗效欠满意。1986 年~1996 年共收治髌臼骨折 39 例，用中西医结合方法治疗，效果满意。现分析报告如下。

临床资料

本组 39 例，男 31 例，女 8 例；年龄 18~75 岁；左髌 16 例，右髌 23 例；致伤原因：车祸伤 31 例，坠落伤 2 例，压砸伤 3 例，其他原因创伤 3 例；合并伤：股骨头中心性脱位 7 例，后脱位 9 例，前脱位 2 例，髌骨翼粉碎骨折 2 例，腰椎、肢体骨折 8 例，颅脑损伤 5 例，肝脾肠等内脏破裂 4 例；骨折类型：后柱骨折 23 例，白窝骨折 4 例，横形骨折 5 例，前柱骨折 2 例，白顶骨折 1 例，无移位爆裂形骨折 4 例。

治疗方法

非手术疗法共 20 例。主要采用股骨髁上牵引，患髌外展 30° 位。如合并股骨头中心脱位者加粗隆下骨牵引。3 天后床边照 X 光片，骨位满意后减重维持，6 周去牵引，三个月后扶拐逐渐负重下地。手术疗法共 19 例。采用切开复位、松质骨螺钉内固定。后壁骨折用后外侧切口，前柱骨折用改良 S-P 切口，术后负压引流 2~3 天，胫骨结节骨牵引或皮肤牵引制动患肢 3~4 周。三个月后扶拐逐渐负重下地。

治疗结果

疗效评定：优：无痛、步态正常、关节至少为正常活动范围的 75%，X 片无明显关节或轻度关节间隙狭窄或硬化；良：轻微疼痛，步态正常，关节活动范围大于正常的 50%，X 片显示关节面硬化，间隙变窄。有骨赘形成；可：中度疼痛或轻度跛行，关节活动范围少于正常的 50%，X 线可见有明显的关节间隙狭窄；关节面硬化和骨赘形成；差：显著疼痛，明显跛行，关节僵硬或伴有明显畸形，X 线片所见有明显骨关节炎改变，股

骨头向髌臼中心明显移位。

本组 39 例随访时间为半年~8 年，平均 3 年 2 个月，按上述标准评定优 22 例，良 10 例，可 4 例，差 3 例，优良率达 82%。

讨 论

1. 髌臼 CT 扫描的临床意义：髌臼骨折的常规 X 线检查是当然不可少的。但对线形骨折或较小的局限骨折及骨块特向移位，关节间有无骨碎片等，仍难以作出判断。而 CT 作髌臼横断扫描，能明确显示骨折片的位置，移位程度及关节间隙有无骨碎片等。这都对决定选择手术治疗与否和手术入路有着指导意义。本组 1 例髌臼后壁（包括负重部分）骨折，因 X 线显示误似移位小，选用牵引保守治疗，结果导致股骨头再次脱位，最终因股骨头缺血坏死，被迫行髌关节融合术。因此将髌臼骨折 CT 检查列为常规，从而为手术疗法提供确切的指征，大大提高了疗效。

2. 疗法的选择：对髌臼的治疗同意姚氏等手术指征^[1]：经牵引后，骨移位>3mm，特别是负重区或后壁骨折块超过整个后壁 1/3 以上者，或关节间隙内有游离骨片，股骨头复位不良者。其余的可采用骨牵引治疗。在牵引过程中，配合按摩理疗，解除牵引后用中药汤剂薰洗患肢，早期主动活动髌关节，能加速关节功能康复。本组 1 例女患者，车祸致伤，髌臼复合型粉碎骨折并股骨头中心脱位，髌骨翼粉碎骨折，创伤休克。入院经抢救，全身情况稳定后，采用中西医结合保守治疗，患肢双向牵引，患者配合积极，早期活动髌关节，6 周后解除牵引，结合理疗按摩，中药内服外洗，三个月后能扶拐逐渐负重下地，追踪 7 年，结果评定优。

3. 手术时机的掌握：髌臼骨折是一种严重创伤或高速伤，常合并创伤休克，颅脑或内脏损伤。所以必须迅速协同脑外科或腹外科医生优先处理危害生命的并

发伤；待病情稳定后，再尽快处理髌臼和其他骨折。由于髌臼骨折愈合快，因此处理髌臼骨折越早越好。即使伴有严重复合伤的病人，也不宜超过 2 周^[2]。否则会增加手术复位难度和影响关节功能的恢复。如并有股骨头脱位的复合伤者，应在处理复合伤的同时行手法复位，然后牵引维持。以免因股骨头脱位时间过久，终致缺血坏死。本组 1 例髌臼骨折并股骨头、颈骨折，在当地医院治疗 4 周，失败后转至我院。采用手术治疗，髌臼和股骨头用松质骨螺钉内固定，股骨颈用鹅头钉内

固定加髌骨植骨。三年后复查，骨折已愈合，但关节活动功能差，疗效评定仅达可级。这与手术时机过迟有明显关系。

参考文献

1. 姚伦龙. 等. 髌臼骨折 85 例分析. 骨与关节损伤杂志, 1994, 9 (1): 21
2. 蔡体栋摘: 治疗髌臼骨折的体会. 国外医学创伤分册, 1985, (2): 107

(收稿: 1998-01-15)

手法和钢针撬拨整复难复性前臂骨折

童松林 陆文杰

浙江省慈溪市人民医院 (315300)

我们用手法和钢针撬拨整复难复性前臂骨折 21 例，取得了满意的效果。

临床资料

本组 21 例中男 15 例，女 6 例；年龄最大 72 岁，最小 7 岁；受伤到撬拨复位时间最短 2 小时，最长 7 天。其中尺桡骨下端骨折 11 例，桡骨远端骨折 5 例，孟氏骨折 2 例，尺桡骨上段骨折 1 例，桡骨小头骨折 2 例。多数病例是经过多次手法整复失败者。本组所有病例均无血管神经损伤，有 3 例为开放骨折，创口长度均小于 3.0cm，其中有 2 例已在外院清创整复过。

治疗方法

1. 准备：常规皮肤消毒，透视定位后用 1% 的利多卡因注射液 10~20ml 在骨折端作局部浸润麻醉。

2. 手法整复：患者仰卧，由两名助手在骨折两端作牵引和反牵引，持续数分钟，这样可以减轻成角畸形和重叠程度，然后将骨折两端旋至前臂中立位，纠正旋转移位，用横挤等手法纠正侧方移位，尽量使骨折成为前后重叠移位，给钢针撬拨做好准备。

3. 钢针撬拨：在透视下用消毒的必 2.5~3.5mm 斯氏针尖端从前臂背侧垂直刺入皮下，针尖到达需要撬拨一侧的骨折端。以另一侧骨折端为支点，撬拨一侧骨折端为力点，术者一手握住针尾撬拨，使骨折间隙增大并过牵，另一手推压凸起的骨折端，至骨折复位。钢针拔出时，要来回旋转钢针，缓慢退出，以免骨折再移位。

4. 固定：透视显示骨折复位成功后，用无菌纱布覆盖盖针眼，小夹板或石膏固定。注意：钢针撬拨时要绝对无菌，在透视监视下，针尖不要超过撬拨一侧的骨折

面，如骨折端有软组织嵌入需要挑拨时，将钢针调头用针尾，不可用针尖盲目乱拨，以免损伤血管神经等。

治疗结果

复位标准参考王崇武等^[1]拟的复位标准。优：解剖或近解剖对位 9 例。良：对位 1/2 以上，成角 10° 以内，无旋转移位 8 例；可：对位在 1/2~1/3 之间，成角 15° 以内，无明显旋转移位 2 例；差（失败）：未达到以上标准，需要手术治疗 2 例。

讨 论

前臂骨折徒手整复失败的原因有很多，如骨折部位肿胀严重，肌肉层厚，骨折邻近关节和骨折段短不便于手法，骨折端有软组织嵌入，骨折整复时间较长等。以往对手法整复失败，需手术治疗的病例中，像桡尺骨下端骨折，桡骨小头骨折等，切开复位后，内固定很棘手，往往还是靠外固定，手术解决的主要是复位。我们用手法配合钢针撬拨可以克服上述阻挠复位的不利因素，也可以达到复位要求。与手术比较，有局部软组织损伤小，感染机会少，操作简单，病人痛苦少等优点，本方法对这类骨折最为适宜。

用手法和钢针撬拨治疗难复性前臂骨折有其适用范围。本组失败 2 例，1 例为孟氏骨折，尺骨上段斜行粉碎骨折，尺骨整复后极不稳定是整复失败的主要原因。要使脱位的桡骨小头复位后稳定，关键是纠正尺骨的短缩^[2]。尺骨成角，重叠畸形纠正后，既恢复了尺骨的长度，又可解除桡骨头复位的阻力，有利于桡骨头复位，并向尺骨靠拢^[3]。我们在手法和手术整复中常会遇到在骨折整复的同时，脱位也已整复。所以，尺骨极不稳定的孟氏骨折，还是手术治疗为好。失败的另 1 例是