

变,进一步出现股胫关节的变化。关节清理手术、摘除了增生的骨刺及软骨赘,去除了引起髌骨轨迹不良和股胫关节滚动轨迹不良的因素,为恢复关节正常生理活动打下基础,再加上强有力的张力带钢丝内固定髌骨,术后进行关节的被动活动,为关节正常功能恢复提供了有力的保障。因此 IV 组优、可率为 90%。

参考文献

- 1 郑秀南,唐农轩. 髌骨横断骨折不同改良方式张力带钢丝固定的生物力学测试. 中国矫形外科杂志, 1999, 6(4): 268-270.
- 2 金惠生,朱汉章译. 膝关节外科学. 北京: 中国医药科技出版社, 1990. 157-158.
- 3 王亦璁. 髌骨骨折治疗方法的选择和评价. 骨与关节损伤杂志, 1995, 10(4): 208-209.

(收稿: 2001-05-05 编辑: 李为农)

• 短篇报道 •

尺侧副韧带重建治疗下尺桡关节脱位

孙小平¹ 陈扬波² 杨忠明² 高皓² 戴飞²

(1. 武警广东总队医院, 广东 广州 510507; 2. 武警云南总队医院)

本组报道 10 例为单发下尺桡关节陈旧性脱位, 采用阔筋膜重建尺侧副韧带的方法, 取得较好的疗效, 现报告如下:

1 临床资料

本组 10 例中男 8 例, 女 2 例; 年龄 16~26 岁; 左侧 4 例, 右侧 6 例; 病程 2~7 个月。受伤机制: 均为跌倒时扭伤, 前臂发生强制性旋前运动, 致尺骨远端背侧脱位。受伤早期行闭合手法复位, 石膏外固定, 1 个月后拆除石膏行腕关节功能锻炼。除表现腕痛, 活动受限外, 与健侧对比, 可见尺骨小头向背侧隆起, 压之复位, 抬手即弹回原处。X 线片示: 下尺桡关节仍脱位。

2 治疗方法

平卧位, 臂丛阻滞麻醉, 上肢外展 90° 置于台边小桌上。取经过尺骨茎突纵向“S”形切口, 长约 4.0cm, 逐层切开, 暴露尺骨下端茎突、三角骨、腕豆骨。检查尺侧副韧带已撕裂, 不能直接修补, 尺骨远端向背侧脱位。将前臂旋后, 尺骨远端复位。用一皮质骨螺钉穿过尺骨达桡骨固定。消毒同侧大腿中段外侧皮肤, 局麻下取一外侧纵形切口, 长约 7.0cm, 逐层切开, 暴露阔筋膜, 取下 7cm×1cm 的长条状阔筋膜。逐层缝合筋膜、皮下组织、皮肤。所取阔筋膜折叠成 7cm×0.5cm, 折叠边缘用 1 号丝线连续缝合。于尺侧副韧带起止点即尺骨茎突基底部和三角骨分别钻孔, 先用小号钻头, 逐渐扩大骨道, 以防骨裂。将阔筋膜条穿过两孔, 两端重叠缝合, 重建尺侧副韧带。同时尽量修复三角软骨盘、关节囊。检查复位固定良好, 缝合切口。术后第 3 天开始腕关节掌屈及背伸功能锻炼。复查 X 线片, 下尺桡关节脱位已复位。3 周后拆除固定螺钉, 行旋前及旋后功能锻炼。再次复查 X 线片, 下尺桡关节位置良好。

3 治疗结果

全部病例经 2 个月至 2 年随访。疗效评定按臧鸿声等^[1]

提出标准。优: 疼痛消失, 握力正常, 前臂旋前和旋后均达 90°, 腕关节背伸和掌屈达 40° 以上; 良: 活动时轻痛, 自觉握力增强, 前臂旋前和旋后均达 45°~60°, 腕关节背伸和掌屈达 20°~40°; 中: 活动时轻痛, 自觉握力较弱, 但较术前改善, 前臂旋前和旋后达 30°~45°, 腕关节背伸和掌屈达 10°~20°; 差: 疼痛明显, 握力弱, 较术前无改善, 前臂旋转及腕关节伸屈功能同术前。本组优 9 例, 良 1 例。

4 讨论

下尺桡关节脱位并不少见, 常用的尺骨头切除术, 因术时尺侧副韧带被切断, 腕关节尺侧的稳定结构被破坏, 出现动态性腕关节不稳定, 继之可发生腕骨半脱位, 腕尺偏畸形, 尺骨撞击征等后遗症。受伤早期亦有采用闭合手法复位石膏外固定方法, 但损伤的韧带未修复, 拆除外固定后再次脱位。

下尺桡关节中关节囊、旋前方肌, 骨间膜是稳定桡骨在尺骨远端的旋转; 而尺侧副韧带主要稳定尺骨, 防止掌侧及背侧脱位。因此尺侧副韧带重建治疗尺骨远端背侧脱位, 符合解剖学的要求。因阔筋膜弹性好, 韧性强, 故是适宜的重建材料。

下尺桡关节脱位复位后用一枚螺钉固定, 术中方便尺侧副韧带重建。术后可抵抗重建韧带缝合处牵张力, 有利于缝合处愈合; 且无需石膏外固定, 可早期进行掌屈及背伸功能锻炼。3 周后, 韧带缝合处已愈合, 应及时取出螺钉, 进行旋前、旋后功能锻炼。但有 1 例术后 5 周取出螺钉, 影响腕关节旋转功能恢复。由此可见, 术后早期功能锻炼是保证疗效的重要因素。

参考文献

- 1 臧鸿声, 李文贵, 马积翔, 等. 桡尺远侧关节成形术的实验研究和临床应用. 中华外科杂志, 1997, 13(3): 160-163.

(收稿: 2001-02-22 编辑: 李为农)