

杂的手术演变成简便的“安装”,降低了手术强度,缩短了手术时间。②损伤小,无须钻孔,对已粉碎的骨块无进一步的人为损伤。③独特的记忆功能形成了持续的自加压功能。持续的“抱合力”为患骨提供了良好的力学条件。不会因骨质愈合及人体运动而造成器械松动。④愈合周期短,持续的“抱合力”可缩短愈合周期 1/3。⑤取出容易,局麻下用 0℃~5℃的冰盐水可使其松动取出。

5.4 本法注意事项 ①本器必须在 0℃~5℃的冰盐水中展开,切忌在冰块中冷却。②髌骨爪须以上三爪下两爪的方式固定。③手术前及术中固定前,须选择型号合适的髌骨爪,以获得最大限度的固定。④固定前在髌骨爪预计放置部位的髌

骨上下缘切开软组织,以利固定更牢固。⑤用热盐水使其恢复记忆固定时,须用拇指摁住髌骨爪的腰部,使其紧贴于髌骨的前面,避免翘起。

参考文献

- 1 陆裕朴,徐来堂.部分切除术治疗髌骨横断及一端粉碎性骨折的远期疗效.中华骨科杂志,1985,5(5):280-281.
- 2 陈雷,叶澄宇.横向穿针钢丝环扎加“8”字内固定治疗髌骨粉碎性骨折.中华矫形外科杂志,2001,8(5):510-511.
- 3 明立功,明新杰,明新广,等.髌骨骨折 306 例手术治疗体会.骨与关节损伤杂志,2000,15(5):373-374.

(收稿:2002-01-31 编辑:连智华)

• 短篇报道 •

针刀配合手法治疗陈旧性外踝关节扭伤 120 例

木荣华

(温州医学院附属第三医院,浙江 瑞安 325200)

笔者从 1998 年至今对陈旧性外踝关节扭伤 120 例运用针刀配合手法治疗,取得了较好的效果,现介绍如下。

1 临床资料

本组 120 例中男 56 例,女 64 例;年龄 18~67 岁。病程均在 2 个月以上,最长的为 5 年;左踝 57 例,右踝 63 例。临床表现:本组 120 例均有外踝关节疼痛,劳累或行走后明显,部分患者有患侧小腿酸胀感;外踝关节肿胀,在外踝尖前下方有压痛点,部分患者在腓骨头前上方也有压痛点。X 线摄片示:98 例患者患处关节未见明显异常象,8 例患者有腓骨下端陈旧性骨折,其中 5 例患者有第五跖骨基底部陈旧性骨折,骨折愈合好,关节间隙正常,14 例患者患处关节间隙变小,模糊,呈不稳状态,有骨关节炎的改变。

2 治疗方法

2.1 针刀治疗 患者取仰卧位,踝关节于跖屈内翻位,找到外踝尖前下方的压痛点以及外踝肿胀处的压痛点,若腓骨头前下方有压痛点亦要做好定位。常规消毒,铺巾,用 1 型 4 号针刀垂直进针,深达骨面作横行剥离,纵行切割,刀下有硬索或结节应该切开;在腓骨头前上方进针应注意紧贴骨面,不宜过深,避免伤及血管和神经。若 X 线片显示踝关节间隙变小的,可用针刀沿关节间隙进针,松解部分关节囊。术后局部可注射确炎舒松 A 20mg,创口用无菌纱布敷盖。5 分钟后行手法治疗。

2.2 手法治疗 医者坐于患者的患侧,以一手拇指沿外踝的周缘作缓慢的推法,持续十余下。再用拇指指腹揉按、弹拨痛

点 5 分钟。然后用一手托住患者的足跟,另一手握住其足趾,轻缓地摇动踝关节,自左至右及自右至左各摇十余下。最后做踝关节拔伸牵引,在牵引下作踝关节背伸、跖屈、内外旋,动作幅度尽量要大,有时还可听啞喀喀声响。有小腿及大腿酸胀的,还需按揉阳陵泉、绝骨等穴,亦可点按足阳明胃经及足少阳胆经。

3 治疗结果

3.1 疗效评定标准 优:外踝关节肿痛消失,局部无压痛;良:外踝关节肿痛明显减轻,局部压痛不明显;可:外踝关节肿痛有所减轻,局部压痛不明显;差:症状和体征无明显变化。

3.2 治疗结果 本组病例最多治疗 3 次,最少 1 次。其中优 74 例,良 28 例,可 16 例,差 2 例,优良率占 85%。其中对优良病例 3 月后随访,有 8 例有不同程度的复发,复发率为 7.8%。

4 讨论

运用针刀配合手法治疗陈旧性外踝关节扭伤,针刀的松解虽要彻底,但不宜作大范围的横行剥离,纵行切割,以免损伤过大,从而形成新的粘连。针刀与手法互为补充,缺一不可,只要配合,运用恰当定能相得益彰,收到更好的效果。本文 120 例中有 14 例存在着关节间隙的变小,正是这 14 例临床效果也不是很好,所以笔者认为:针刀或手法的治疗其特长还是在于解决软组织的损伤,对于那些通过保守治疗踝关节仍有不稳,反复出现踝关节扭伤或踝关节脱位的,则应通过手术治疗。

(收稿:2001-12-21 编辑:连智华)