

定螺钉的目的是维持下胫腓联合的稳定性使下胫腓联合韧带得以修复。鉴于韧带修复 6 周亦只能恢复部分强度,故早期拔除横向固定螺钉的时间不能少于 6 周,否则会出现分离复发的危险。我们曾经在术后 10 周左右为 3 例患者在局麻下取出横向固定螺钉,未出现下胫腓联合再分离。但因增加患者花费和痛苦且患者难以理解而放弃预防性早期拔钉。Griend 等^[8]认为固定螺钉穿透四层骨皮质能提供更好的稳定性,即使负重后不取出螺钉,也只会造成螺钉松动,而不影响踝关节的活动。目前我们采用固定螺钉穿透四层骨皮质的方法,即螺钉穿过胫骨内侧骨皮质约 2 个螺纹,即使晚期断钉,但此时骨折已经愈合且断钉两端均在骨皮质外,可在取出其他内固定的同时一并将断钉取出。

参考文献

1 王亦璁. 骨与关节损伤. 第 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 2002. 1096-1118.

2 Carr JB, Trafton PG. Malleolar fractures and soft tissue injuries of the ankle. In: Browner B D, Jupiter JB, Levine AM, et al. Skeletal trauma. Harcourt Asia, 1998. 2327-2404.

3 Bums WC, Prakash K, Adelaar RS, et al. Tibiotalar joint dynamics: Irritations for the syndesmotie screw. A cadaver study. Foot Ankle, 1993, 14: 153-158.

4 Stiehl JB. Ankle fractures with diastasis. Instr Course Lect, 1990, 39: 95-103.

5 Claiborne AC. Surgery of foot and ankle. J Bone Joint Surg(Br), 1998, 49: 1248-1256.

6 Scott BD. Mechanical considerations for the syndesmosis screw. J Bone Joint Surg(Am), 1997, 76: 1548-1554.

7 Olerud C. The effect of the syndesmosis screw on the extention capacity of the ankle joint. Arch Orthop Trauma Surg, 1985, 104: 299-302.

8 Griend RV, Michelson JD. Fracture of the ankle and distal part of the tibia. J Bone Joint Surg(Am), 1996, 78: 1772-1783.

(收稿日期: 2003-07-02 本文编辑: 连智华)

•手法介绍•

牵引侧推复位治疗骶髂关节半脱位

Manipulation of sacroiliac joint subluxation by traction and pushing laterally

金富坤, 高文伟

JIN Fu-kun, GAO Wen-wei

关键词 骶髂关节; 手法, 整骨 Key words Sacroiliac joint; Manipulation, osteopathic

我们曾以牵引侧推手法治疗骶髂关节半脱位 2 例, 效果颇佳, 现报告如下。

1 临床资料

本组 2 例, 男女各 1 例, 男 31 岁, 女 50 岁。2 例均为外伤致臀部疼痛, 不能站立行走, 后由他人送我院就诊。查体: 臀部骶髂关节区压痛明显, 腰椎旋转试验、骨盆分离挤压试验、床边试验、“4”字试验均阳性。X 线片示: 男, 右侧骶髂关节间隙基本消失, 左侧骶髂关节间隙无明显紊乱, 骨质结构未见明显异常。女, 左侧骶髂关节间隙较右侧微宽, 骨性结构未见明显异常。诊断: 骶髂关节半脱位。

2 治疗方法

取患者仰卧位, 一助手双手由患者腋后向前交叉于胸前反向牵引, 另两助手各握患者一足踝反向牵引, 在持续对抗牵引 3~5 min 后, 另一助手立于患者健侧骨盆旁, 并双手把持该侧髂骨外侧翼, 术者立于患者患侧骨盆旁, 并双手把持该侧髂骨外侧翼, 在两极继续持续牵引下, 以有节律的、适中的速度相互推髂骨翼, 使骨盆在硬板床上轻度来回滚动, 在患者感到疼痛基本消失后, 遂缓慢停止侧推并逐渐松弛两极对抗牵引, 复位既告完毕。复位后依病情嘱患者卧硬板床 1~2 周。

3 治疗结果

本组男性患者, 常规手法整复无效, 以牵引侧推手法整复

成功; 女性患者牵引侧推手法一次整复成功。术后常规摄 X 线片, 骶髂关节关系均恢复正常。

4 讨论

骶髂关节半脱位临床复位手法多见于过伸压推复位法, 牵引复位法, 脚踏复位法^[1]; 单人复位法, 双人复位法^[2]; 但在临床中, 偶会遇到传统手法不能整复成功的案例, 本组男性患者选用常用脚踏手推复位法、推送复位法, 不能整复成功, 根据患者情况, 考虑其原因: ①患者体质强壮, 局部肌肉紧张度大, 牵引力小达不到松弛的要求; ②局部软组织厚实不利于推送复位; ③韧带等软组织撕裂部分嵌入关节间隙阻碍复位, 非重力牵引配合侧推不能解脱嵌入关节间隙的软组织。遂采用牵引侧推手法, 成功整复。其成功原因在于: 以上下两极对抗牵引整体放松了臀部骶髂关节周围肌群及韧带的紧张程度, 与此同时, 通过骨盆外侧相互对推滚动, 可解脱骶髂关节内外侧撕裂韧带等软组织部分嵌入关节间隙造成的复位障碍, 并利用周围肌肉自身内在的收缩动力, 使其复位。

牵引侧推手法整复骶髂关节半脱位, 对身体强壮、肌肉丰厚者较适用。不足之处是: 所需复位人员较多, 一般 4~5 人, 助手少的情况下不能应用。

参考文献

1 孙树椿, 孙之稿. 中医筋伤学. 北京: 人民卫生出版社, 1990. 214.

2 张安桢, 武春发. 中医骨伤学. 北京: 人民卫生出版社, 1988. 439.

(收稿日期: 2003-10-09 本文编辑: 王宏)