

率在87.5%。无切口感染及术后近期脱钉等并发症。

体 会

1. 锡钉是一特定形状扁平两脚钉，呈连体结构，有一定的抗变形强度，折弯的钉脚具有支撑和加压的双重作用，如用两枚钉固定，更能加强抗切变应力，对很难归拢的粉碎骨块固定后亦能保持良好的对位，恢复外科颈的原来形态，维持肩肱关节的正常解剖关系，有利功

能康复。2. 自制的锡钉，钉脚扁平，打入骨质内不会发生旋转；钉角与钉背连接夹角呈90°保持两钉脚平行，进入骨内固定较牢，不易脱钉，无需特殊的外固定，简化了治疗。3. 钉背平整，不干扰固定局部周围的软组织，较克氏针、髓内针固定方法具有局部刺激小，无固定物外露，肩关节活动锻炼早，功能恢复快的优点。

胫骨平台骨折治疗体会

山东济宁市第二人民医院(272149) 王涛 宫启梧 孙立江 李健 刘毅 王允彦

我院自1978~1990年10月共收治胫骨平台骨折25例，经治疗效果满意，报告如下。

一 般 资 料

本组25例，男22例，女3例；年龄最大52岁，最小19岁；右侧16例，左侧9例；外侧16例（其中5例合并腓骨小头骨折），内侧6例，双侧3例；车祸挤压伤9例，重伤冲砸伤7例，坠落伤6例，自行车撞伤2例，电击摔伤1例。

骨折分类：根据X线形态及程度分三种类型：塌陷型14例（轻度<1cm8例，重度>1cm6例）；劈裂型6例；粉碎型5例。

治 疗 方 法

1. 石膏固定：8例轻度塌陷骨折均行与受伤应力相反方向的伸膝长腿石膏固定4周。2. 骨牵引：6例重度塌陷骨折和5例粉碎骨折均行跟骨固定牵引，并以受伤应力相反的膝关节内外翻牵引，早期配合手法复位，一般6周。3. 手术切开复位加压螺钉及骨栓固定，用于6例劈裂骨折。早期练习膝关节周围肌力，尤以股四头肌贯穿整个疗程。一般6周。晚期负重，至少3个月。

治 疗 结 果

疗效判定：优：X线形态近正常，关节稳定，无肿痛，能完全下蹲，恢复原工作；良：X线示塌陷在0.5cm以下，有时感关节不适，能坚持工作；差：X线示塌陷在0.5cm以上，关节面有增生硬化，关节屈伸受限20°以上，常伴有

关节疼痛。本组25例，治疗后随访最长11年，最短半年。优16例，良7例，差2例。优良率92%。

讨 论

胫骨平台主要为松质骨，支持它的皮质骨又不够充分，不如股骨髁坚硬，故胫骨平台骨折较对应的股骨髁多见。骨折多因膝关节遭受过度内外反应力所致。内侧平台常有对侧肢体保护，且膝关节存有7°左右外翻角，相应外翻应力增多。故外侧平台骨折多于内侧（本组25例外侧占64%、内侧占24%，双侧占12%），且常合并侧副韧带、交叉韧带，半月板损伤及腓骨小头骨折。治疗困难，如处理不当，可造成关节不稳、畸形、僵硬和疼痛。继之出现创伤性关节炎。

胫骨平台骨折治疗目的是恢复膝关节面平整及负重功能、保持关节的稳定性和屈伸功能。本组25例，根据骨折形态和程度分塌陷型、粉碎型和劈裂型三类。

固定和牵引时均应与受伤应力相反下进行，这样便于利用伤侧完整组织的牵拉力，使骨折块复位。也利于对侧撕裂组织减张对合，促使其自行愈合。粉碎型和重度塌陷型其中均行跟骨固定牵引。骨折愈严重、愈适合骨牵引。劈裂型骨折极不稳定，适用骨栓及加压螺钉固定。早期练习膝关节周围肌力，尤以股四头肌，对代偿和维护关节稳定起决定作用。