

术后 4~6 个月始觉走路有力, 3 例病人走路有不同程度的疼痛、跛行、踝关节活动受限 $10\sim 30^\circ$, 2 例病人术后一直存在小腿三头肌明显萎缩, 蹬力减退, 1 例病人术后感染, 经换药而愈。本组病人术后无一出现跟腱再断裂现象。

讨 论

1. 手术治疗跟腱断裂可行直接缝合, 跟腱成形, 阔筋膜及碳纤维缝合, 跖肌腱缝合等多种方法。本文采用带蒂腓肠肌肌膜及跟腱反转缝合法治疗跟腱断裂 32 例, 手术效果满意。其近端腱膜及跟腱保留血运, 故愈合快而牢固。其张力合适, 长度适宜, 并可按照所需要的踝关节屈伸角度去缝合, 避免了术后跟腱短缩或过长。修补后创面光滑不易与皮肤及周围组织发生粘连, 而且操作容易, 创伤小, 不需其它肌腱或组织替代, 感染率低。

2. 本组陈旧性跟腱断裂术后恢复多较新鲜损伤者为差, 可出现不同程度的疼痛及跛行, 皮肤发紧发硬, 跟腱变粗, 小腿三头肌肌力减弱, 踝关节活动受限。而新鲜跟腱断裂者仅出现 1 例跟腱变粗, 无其并发症。这与陈旧性跟腱断裂疤痕组织与周围组织粘连, 术后再粘连趋势大, 断端回缩及术后石膏固定时间长于新鲜损伤等有一定关系。对陈旧性跟腱断裂病人可采用修整疤痕并行带蒂腓肠肌肌膜及跟腱反转法修复, 效果满意。

3. 本组病人跟腱断裂发生于中部者居多, 占

78%, 其原因是跟腱中部最细, 横截面积小且血运最差, 故当小腿三头肌收缩时, 应力传达到跟腱中部则最先达到极限强度而断裂。

4. 本组病人闭合性断裂中, 有 6 人术前出现跟腱及其周围发红、疼痛, 其 10 人为运动员、杂技演员、登山或球类运动者, 2 例静脉曲张患者。故作者认为跟腱周围炎、跟腱劳损及静脉曲张可能为跟腱断裂的内在因素, 外伤为诱发因素。

5. 跟腱断裂临床易于漏诊, 本文总结漏诊率达 53%, 其主要原因是概念及解剖不清, 思想上疏忽。跟腱断裂后患者踝跖屈力量是减弱而不是消失, 而其跖屈范围新鲜断裂则因疼痛而减小, 陈旧断裂则大于正常。跖屈力量存在的原因是胫后肌、腓骨肌、跖屈肌的代偿作用。开放性损伤常因创口小、跟腱断端回缩, 而常误诊为“皮裂伤”, 行清创缝合。临床最可靠的诊断方法为捏腓肠肌试验或提踵试验。而对开放性损伤则宜延长切口, 探查吻合。

6. 一般而言, 跟腱断裂术后应固定于膝屈 30° , 跖屈 30° 位 3 周, 3 周后固定于踝关节中立位 0° 位, 6~8 周去除石膏。因长期踝跖屈位固定, 跟腱松弛, 易与周围组织及跖腱等发生粘连, 导致功能锻炼时恢复较慢, 可出现足跖屈畸形、下蹲受限, 影响踝关节活动范围。去除石膏后采用中药薰洗可促进踝、膝关节功能恢复。功能锻炼宜循序渐进, 不可操之过急。

(收稿: 1995-03-06)

床边穿针治疗老年股骨颈骨折 25 例

山东牟平县中医院 (264100)

王世江 王克佳 宫军红 丛林

我院自 1991~1994 年应用床边简易穿针法治疗老年新鲜股骨颈骨折, 随访完整资料 25 例, 效果满意, 现报告如下。

临床资料

男 15 例, 女 10 例; 右 14 例, 左 11 例; 年龄 62~82 岁; 就诊时间 1 小时~7 天; 头下型 5 例, 颈中型 12 例, 基底型 8 例; pauwel 氏角大于 50° 9 例, 小于 30° 12 例; 术前患严重心肺疾病 16 例, 类风湿病 2 例, 脑血管病后遗症 2 例, 糖尿病 2 例, 余 3 例一般状况较好。

治疗方法

均在入院 1 周内完成复位固定过程。常规行胫骨结节牵引, 摄正侧位 X 线片, 仔细观察股骨头有无旋

转, 必要时施以手法, 使其达到解剖对位。复位满意后, 维持骨牵引重量 4~5kg。术前将患足用绷带缠绕, 固定于两侧床边, 使患肢呈外展 20° , 轻度内旋, 取大粗隆顶点下方 3cm 处和腹股沟韧带中点, 两点放一定位针, 用胶布固定, 摄正位片测量外露针尾长度, 位置调整满意后, 用龙胆紫将两点连一直线, 去掉定位针, 严格消毒铺无菌巾, 局部充分浸润麻醉, 直达骨膜, 选用与定位针等长的 3 或 3.5mm 骨圆针, 针尖必须锐利, 于大粗隆下方 3cm 处沿定位直线钻入一枚固定断端, 用无菌巾覆盖, 床边摄正侧位片, 依据 X 线片调整钢针角度和深度, 使其稍大于颈干角, 距股骨头软骨面下方约 0.5cm 为宜。以此针为导向, 分别于其上下方各 1cm

处不同平面钻入另二枚，摄片满意后，将针尾弯钩剪断，埋于阔筋膜下方。术后维持骨牵引 3~4 周，直至 X 线片示骨折线模糊，有连续性骨小梁通过骨折线时，方可负重。1 年后取出内固定。

术后按三期指导病人床上活动。术后第二天，可指导陪床家属扶患者于床上坐起，并逐渐引导患者行自主活动及合理功能锻炼。骶尾部及全身骨突处外涂滑石粉按摩，预防褥疮发生。医护人员密切合作向病人及其家属讲明功能锻炼重要性，使逐渐形成一套完整的床上练功和床边护理规律。

治疗结果

本组病例均随访 1~3 年。优：4 例，行走、蹲坐自如，无疼痛，X 线片示颈干角正常，骨折线消失，有清晰骨小梁通过骨折线。良：16 例，略跛行，轻度疼痛，X 线片示骨折愈合，颈干角减小，均在 100°~120°之

间，生活可以自理。差：5 例，疼痛明显，生活不能完全自理，1 例因内固定滑出，4 例下地负重过早，头颈吸收不愈合及股骨头坏死而失败。

讨 论

应用本法需注意以下几点：1. 术中进针抵达皮质骨时，不要过于用力推顶皮质骨，以免远端向内侧移位，此时需有助手从对侧对抗。2. 内固定术中力争一次到位，避免多次进针退针造成针道宽松。针尾必须充分埋入阔筋膜下，术后弯针时，应用骨钻套住骨圆针，紧压皮肤，用力要充分，忌扭转，可以有效地预防骨圆针滑脱问题。3. 下床负重时间不可过早，仔细阅读 X 线片，观察断端骨小梁的分布情况，切不可把骨折线模糊误认为骨折已愈合。4. 在一周内完成复位固定过程有利于骨折愈合。5. 早期床上活动为关键环节。

(收稿：1995-01-05)

经皮穿三枚螺纹针固定治疗股骨颈骨折

哈尔滨市骨伤科医院 (150080) 董晓明

我院从 1988 年~1993 年以来应用经皮穿三枚螺纹针内固定治疗股骨颈骨折 68 例，经随访观察，取得满意疗效，报告如下：

临床资料

68 例皆为新鲜骨折，男性 36 例，女性 32 例。年龄在 45~89 岁，60 岁以上 56 例，骨折类型，头下型(抱抱头颈型) 32 例，经颈型 24 例，基底型 12 例，伤后 1~10 天手术，手术时间 10~40 分钟，骨折愈合时间 6~18 个月。

治疗方法

1. 复位：患者入院立即行胫骨结节或股骨髁上骨牵引，牵引重量为体重 1/7，3 天后拍片如复位不佳可加重牵引及配合手法复位。如骨折嵌插或位置良好即可穿针内固定。

2. 麻醉：对复位好一般采用局麻，对手法复位较差一般采用硬膜外麻醉，便于在术中复位。

3. 进针固定：患者经麻醉后，平卧于 C 型臂平台上，术区常规消毒，盖无菌单，患肢在助手牵引下外展 10°内旋 15°左右，先在小转子下约 1cm 股骨外侧用手钻或电钻经皮进第一针，第二枚针在第一枚针上 1cm 进针，第三枚在第二枚针上 1cm 进针，针头在股骨头内呈三角型，整个过程都在电视 X 线 C 型臂下进行穿完针后再以“蛙式位”检查内固定螺纹针是否在股内是否

穿出股骨头。之后把针最短限度剪断埋于皮内，用酒精消毒敷料复盖。

4. 术后处理均常规使用抗菌素，患肢外展中立位，允许半坐位或坐位，轻度活动髋关节，一个月扶拐下地下负重行走，术后 3~6 个月根据 X 线拍线显示骨折愈合情况后逐渐负重行走。

治疗结果

1. 骨折愈合情况：随访 36 例骨折患者，31 例骨折愈合，5 例不愈合均为头型骨折。2. 股骨头坏死情况：随访 36 例中 9 例术后合并股骨头坏死。3. 功能情况：优：髋关节活动正常无痛 21 例；良：能半蹲，一般活动患肢无痛，生活自理 8 例；尚可：不能下蹲，行走患髋有轻度疼痛，生活基本自理 6 例；差：患髋活动痛，不能离拐，生活不能自理 3 例。

讨 论

骨折准确良好的复位是内固定成功的重要条件，也是骨折愈合的关键。复位必须保持颈干角和前倾角的正常。骨折远端各种移位可在持续牵引中能矫正，骨折近端旋转移位可手法整复。股骨颈骨折后不愈合及股骨头坏死主要原因是头颈部的血运受到创伤的破坏，本组内固定方法避免了手术对血运的进一步破坏，而且螺纹针股骨头，颈部损伤轻微，使骨折愈合率提高尽可能减少股骨头坏死是本法优点之一。