

抗感染及补充必要的能量、蛋白质、维生素前提下，常规应用中草药汤剂，以增强患者全身抗病能力，以利创口早期修复。

对于较大范围的病灶，行彻底搔刮后，局部骨组织可能骨缺损，由于慢性骨髓炎病灶周围硬化、增生、局

部血供差，均在感染炎症得到控制后，取髂骨（松质骨）咬成火柴棒状细条状，局部填塞植骨对刺激病灶处的骨质生长，起到明显的加速愈合作用。

（收稿：1996—09—10 修回：1997—01—10）

同侧肱骨并尺桡骨骨折的早期治疗

海南省琼海市人民医院 (571400)

李龙鹤 冯光

我院自 1989~1995 年间共收治同侧肱骨并尺桡骨骨折 17 例，报告如下。

临床资料

本组 17 例中男 11 例，女 6 例；年龄 8~61 岁；左侧 12 例，右侧 5 例；车祸伤 10 例，机器绞轧伤 4 例，坠落伤 2 例，木棍打伤 1 例；均为同侧肱骨并尺桡骨完全性骨折；外科颈骨折和外科颈骨折并肱骨远端骨骺分离各 1 例，骨干骨折 9 例（其中粉碎性骨折 6 例），髁上骨折和髁间骨折各 3 例；尺桡骨双骨折 15 例（2 例桡骨为多段骨折），孟氏骨折 2 例；尺、桡骨粉碎性骨折分别为 9 例和 7 例；肱骨、尺骨和桡骨开放性骨折分别为 7 例、11 例和 5 例；并发桡神经损伤 6 例，尺神经、正中神经损伤各 2 例；并发肱动脉破裂 3 例，尺动脉断裂 1 例，并发其它部位损伤 11 例；发生休克 2 例。

治疗方法与结果

1. 并发休克者，首先纠正休克，血压上升后即行手术。2 例中 1 例为肱骨、尺桡骨开放性骨折，行肱骨 Ender's 针、尺桡骨三棱针内固定治疗，术后石膏外固定 3 周；另 1 例为肱骨开放性骨折、尺桡骨闭合性不稳定骨折，行肱骨双三棱针内固定，尺桡骨石膏外固定处理，病情稳定一周后行尺桡骨钢板内固定处理。该 2 例平稳度过休克关，骨折复位良好，顺利愈合。

2. 未并发休克者均早期处理骨折，(1) 外科颈骨折双三棱针内固定 1 例。骨干骨折钢板内固定 3 例。髁上骨折克氏针交叉内固定 3 例。髁间骨折骨栓、克氏针交叉内固定 5 例。钢板及克氏针内固定各 1 例。桡骨骨折钢板内固定 4 例。三棱针内固定 3 例。孟氏骨折中尺骨均用三棱针内固定，环状韧带修补及重建各 1 例。本组除 1 例发生尺骨骨不连，经植骨、钢板内固定后骨折愈合外，其它骨折均顺利愈合。(2) 肱骨骨折开放复位内固定、尺桡骨骨折手法复位石膏外固定。共 4 例。肱骨干骨折均行钢板内固定。尺桡骨均为闭合性、稳定性骨

折。骨折顺利愈合。(3) 保守治疗共 2 例，1 例为无移位的肱骨髁间骨折并轻度移位的尺桡骨远端骨折；另 1 例为儿童闭合性肱骨外科颈骨折、肱骨远端骨骺分离并尺桡骨远端双骨折，骨折轻度移位。经手法复位后石膏外固定，骨折复位良好，骨折愈合。

3. 并有血管、神经损伤者均在骨折处理同时进行探查。动脉裂口缝合修补及断裂段修剪后端——端吻合各 2 例，血管修补、吻合成功。神经挫伤行外膜松解减压 6 例，神经断裂外膜缝合 3 例，除 1 例位于上臂中上段桡神经缺损 6cm 未吻合外，其它神经损伤均恢复神经功能。

讨 论

同侧肱骨并尺桡骨骨折多为高能量创伤所致。对合并休克者应积极抗休克治疗，一定要遵循先抢救生命后保肢体的治疗原则，在病情允许情况下，早期行伤口清创、骨折复位固定、消除肘浮动。对确定或疑有血管、神经损伤者，在处理创面、骨折同时进行血管、神经探查处理。伤口彻底清创是恢复肢体功能的关键。

浮动肘是同侧肱骨并尺桡骨骨折保守治疗的主要障碍。骨折部位愈近肘关节，肘浮动愈明显，早期开放复位内固定是消除肘浮动主要方法^[1]。我们的原则是：开放性骨折、肘浮动明显者行切开复位内固定治疗；闭合性及稳定性骨折，肘浮动不明显，可行手法复位石膏外固定治疗。

坚强的内固定有利于骨折愈合，便于关节早期功能活动，防止关节僵硬。可根据不同的骨折部位选择不同的内固定材料和方法。

对确定或疑有肱动脉损伤者应早期探查或处理。尤其应注意血管损伤的早期诊断。早期手术探查可明确肱动脉损伤情况，以便及时处理，对保全肢体起关键性作用。

对同侧肱骨并尺桡骨骨折均应考虑到并发神经损

伤的可能性,术前应检查手指活动及皮肤感觉情况,如有异常应在清创、骨折内固定同时进行探查,以了解神经损伤程度,及时处理,避免不必要的二期手术探查。

参考文献

1. 王全平,陆裕朴,胡蕴玉.同侧肱骨和尺桡骨骨折的治疗.

中华骨科杂志,1990;10(3):180

(收稿:1996-11-13 修回:1997-03-17)

肱骨近端骨折的治疗

广东省花都市中医院(广州 510800)

曾小平 焦 锋 钟观桥*

自1988年5月~1997年5月,采用尾部折断式加压螺钉内固定治疗肱骨近端骨折46例,疗效满意,现报告如下。

临床资料

本组46例中男25例,女21例;年龄12~69岁;伤后距手术时间1~18天。按Neer^[1]分类法:二部分骨折28例,三部分骨折13例,四部分骨折2例,骨折脱位3例,其中因骨折复位后不稳定、再移位9例,手法复位失败5例。所有病人入院后即行常规拍摄肱骨上段正位及穿胸位片,充分了解骨折类型及移位情况,掌握好手术指征。

治疗方法

本组病人入院后先做术前准备,大部分病人在3~7天内进行手术治疗。病人仰卧位患肩垫高30°,取肩关节前内侧入路之下端进入显露骨折部位,整复骨折,用大巾钳或持骨钳固定骨块后,从骨折远端前外侧定位选择合适长度的尾部折断式加压螺钉,自定位点斜向肱骨头进钉,使螺钉的螺纹部跨过骨折线进入肱骨头拧紧,使骨折端嵌插,形成加压及稳定作用。对于骨折移位、脱位复位困难的,宜向骨折近端延长切口,切断锁骨外1/3的三角肌,用克氏针插入肱骨头进行撬拨,使骨折复位,再加压固定。对大结节、小结节骨折宜先作相应的固定,再作骨干与肱骨头的固定。术后均用颈腕悬带悬吊患肢2~3周,疼痛缓解后即可根据骨折类型及固定牢固程度逐渐进行肩关节的功能锻炼。

治疗结果

本组病例术后均得到随访,时间6~42个月。疗效标准^[1]:解剖复位;功能复位;骨折复位固定后断端移位<1cm,成角<45°,功能良好;部分复位:骨折断端移位>1cm,成角<45°;无变化。结果见表1。

46例远期功能评定结果:优(≥90分)25例,良(80~89分)15例,中(70~79分)4例,差(≤69分)2例。

表1. 46例各类型骨折复位结果(例)

复位结果	骨折类型			
	二部分	三部分	四部分	骨折脱位
解剖复位	19	8	0	1
功能复位	5	3	2	1
部分复位	3	2	0	1
无变化	1	0	0	0

并发症:2例发生肱骨头无菌坏死,其中1例为四部分骨折,1例为三部分骨折,4例螺钉尖穿入关节腔内,影响功能锻炼,2个月后来院取出螺钉,仍遗留有不同程度的肩关节活动受限。本组病例无感染,无血管神经损伤,亦无骨不连并发症。

讨 论

1. 肱骨近端骨折,大部分采用手法整复外固定均能取得良好的效果,有部分骨折移位、骨折脱位需经手术治疗才能达到满意的功能。在手术治疗中以往多采用克氏针,钢丝或钢板,普通螺丝钉固定,近年来加压螺钉的应用逐渐被认同,主要由于加压螺钉有适当的加压作用,不仅能增加骨折断面的紧密接触,使断端嵌插而增强骨折的稳定性,同时由于骨折断面的压缩应力,可产生压电效应,更有利于骨折的修复。本组病例采用尾部折断式加压螺钉,具有进钉稳定,不易偏斜,同时切开范围小,对周围组织损伤小,有利骨折愈合。另外,此法对大多数病体内固定牢靠,不需使用夹板或石膏外固定,肩关节可早期活动,有利于功能恢复,减

* 江西省全南县人民医院