

针部位离开手术部位,只固定局部,不固定关节,截骨断端通过骨针与复位固定器连结形成三维几何不变的稳定结构,既保证了膝关节的早期活动及下肢早期负重,保持膝关节的功能,又能促进截骨断端的愈合,同时还避免了二次手术。

参考文献

1. 沈志祥,孟和. 应用胫骨“U”形截骨术及复位固定器治疗膝内翻. 中华骨科杂志,1987;(5):326

2. Coventry MB, Ilstrup DM, Wallricch S, et al. Proximal tibial Osteotomy. J Bone Joint Surg(Am),1993;75:196
3. 窦宝信. 胫骨高位截骨术治疗膝关节骨性关节炎. 中华骨科杂志,1989;(6):417
4. 张光铂,李子荣,曹永廉,等. 胫骨高位截骨术治疗膝关节骨性关节炎并内翻畸形. 中华外科杂志,1993;31:596

(收稿:1998-02-25)

严重肿胀型肱骨髁上骨折的治疗

河南省巩义市中医院(451200)

曹清峰 张胜利 邵会贞*

从 1988 年以来,我们收治 36 例严重肿胀的肱骨髁上骨折,根据肿胀的程度分别采取手法复位,牵引及手术治疗,疗效满意,现报告如下。

临床资料

36 例中男 25 例,女 11 例;年龄 4~10 岁;开放性损伤 4 例,闭合性损伤 32 例;伸直型 35 例,屈曲型 1 例;尺偏型 33 例,桡偏型及无明显偏移 3 例,伴尺神经损伤 2 例,桡神经损伤 3 例;血管损伤 2 例。我们按局部肿胀的程度分为:Ⅰ°12 例(肘部肿胀明显,局部无青紫及水泡出现,桡动脉搏动正常)。Ⅱ°16 例(局部青紫,皮下瘀血,皮肤张力大,有皮下水泡出现)。Ⅲ°8 例(桡动脉搏动减弱,甲床下再充血时间延长,血循环不良,伴发神经血管损伤)。就诊时间在伤后 3 小时到 48 小时。

治疗方法

入院后均行患肢制动消肿治疗,Ⅰ°损伤以手法复位为主,Ⅱ°损伤以牵引治疗为主,Ⅲ°损伤首选手术治疗。结果本组中手法正复 6 例,牵引治疗 18 例,手术治疗 12 例,其中 3 例同时行切开减张。

治疗结果

36 例患者中有 30 例获得随访,随访时间 3~5 年,平均 4 年。结果除 2 例尺神经损伤患者遗有内在肌轻度萎缩外,其余肘关节功能基本恢复,无 1 例发生 Volkman 缺血挛缩。按陆裕朴等制定的疗效标准^[1]优,肘屈伸受限 10°以内,肘内翻 5°以内;良,肘屈伸受限 11°~20°,肘内翻 6°~10°,尚可,肘屈伸受限 21°~

30°,肘内翻 11°~15°,差,肘屈伸受限 30°以上,肘内翻 15°以上。结果:优 18 例,良 9 例,尚可 2 例,差 1 例。

讨论

1. 关于手法正复的时机问题:手法正复只适用于部分肿胀严重的Ⅰ°损伤。复位时动作切忌粗暴,争取一次成功。值得提醒的是要在麻醉下进行。

2. 关于牵引治疗的注意事项:对于Ⅰ°损伤两次手法复位不成功或Ⅱ°以上损伤的患者,宜根据不同年龄,分别采用 Dunlop 牵引和尺骨鹰嘴过头位牵引,同时配以消肿治疗,这样除可避免骨折端的再度损伤外,还有利于消肿,及时调整牵引力线以纠正旋转畸形和早期对位。牵引时间以 2~3 周为宜。我们体会,维持牵引在桡偏位,骨折端过牵 1mm~2mm 是有益的。此法治疗可能对位欠理想,或部分肘前有骨突形成,然而保留一个能屈伸的肘关节,后期在从容不迫的情况下再作其它治疗。

3. 关于手术治疗的问题:手术治疗肱骨髁上骨折,因其对伸肘装置的扰乱,愈合后肘关节周围粘连影响功能而受到冲击。但对开放性骨折和严重肿胀的Ⅲ°损伤仍以手术治疗为首选,骨折伴神经血管损伤或有早期缺血性肌挛缩体征的患者,更应毫不犹豫行切开减张,修复神经血管损伤的同时固定骨折,术中复位不一定要完全准确,可轻度桡偏,桡侧嵌插维持 10°左右的桡偏角,有利于预防肘内翻的发生。根据我们观察,凡是开放性骨折或局部青紫,肿胀较甚者,多伴有肱肌、肱二头肌、肱桡肌等肌肉不同程度的断裂,此类患

* 河南省巩义市人民医院

者应以手术治疗为主,固定骨折的同时以便修复断裂的肌肉。否则后期功能受限比手术引起者更为严重^[2]。手术入路应根据损伤的类型分别采取外内及前侧切口,后侧切口因其严重损伤肱三头肌等伸肘装置应坚决杜绝,尺偏型骨折因其桡侧骨膜等软组织损伤较重应选择外侧切口,同理桡偏型宜选择内侧切口,合并有神经、血管损伤宜选择前侧切口^[3]。

4. 关于固定位置和早期练功的问题:实验研究,肱骨髁上骨折复位术后屈肘 90°固定是一个危险的界限^[4],对于严重肿胀患者就更有意义,复位术后 12~24 小时肿胀明显,屈肘角度应尽量不超过 85°,严重者不超过 80°,这样才不致于影响前臂的血液供应。尺偏型宜旋前位固定,桡偏型旋后位固定^[5]。此种类型的骨折,尤其是手术治疗后的患者,肘关节周围软组织的粘连是难以避免的,我们认为外固定的时间不应超过二周,早期应以主动锻炼为主,中期辅以被动锻炼,练功

时有意识的多作旋前位动作,这样方可获得比较满意的疗效。

参考文献

1. 李稔生,陆裕朴. 肱骨髁上骨折的治疗. 中华骨科杂志,1986,6(2):115
2. 马松立,赵晓山,阎连元,等. 小儿移位肱骨髁上骨折治疗的再报告. 中华骨科杂志,1995;15(2):90
3. 李继贤,张源,张发智,等. 肱骨髁上骨折手术入路的探讨. 中华小儿外科杂志,1991;12(2):108
4. 梁鹿章,孔禄生. 肱骨髁上骨折屈肘角度致前臂血流变化的临床观察. 中华小儿外科杂志,1992;13(4):235
5. 俞辉国,宋连成,张建华,等. 肱骨髁上骨折复位后固定位置的生物力学探讨. 中华骨科杂志,1989;9(3):269

(收稿:1996-02-06)

克氏针张力带钢丝治疗髌骨骨折

山东省菏泽地区中医院(274035)

刘明远

自 1988 年 3 月~1995 年 9 月,我院手术治疗单纯髌骨骨折 86 例,效果良好,报告如下。

临床资料

本组 86 例中男 57 例,女 29 例;年龄 19~72 岁;新鲜骨折 81 例,陈旧性骨折 5 例;横断骨折 38 例,粉碎性骨折 36 例,下极骨折 12 例。

治疗方法

腰麻或持续硬膜外麻醉,髌前弧形切口,常规显露,消除积血。横断骨折,首先于近骨折端断面定两点,大致位于髌骨中外和中内 1/3 交界处,矢状面中点或稍偏后方。自两点分别向上逆行打入 $\phi 2\text{mm}$ 克氏针,于股四头肌腱近髌上极处穿出,斜形剪断针尾,继续向上推进至针尾与骨折面相平。使骨折复位,大中钳维持位置,将克氏针顺行打入远折块,于髌韧带两侧穿出髌下极骨面约 5mm。以硬膜外穿刺针套管作引导,贴髌骨上、下极和克氏针后方于股四头肌腱和髌韧带中穿出 $\phi 1\text{mm}$ 软钢丝一根,使之在髌前形成 8 字交叉,收紧纽结,同时在 8 字另一臂亦弯鼻纽结,两结交替拧紧。检查髌骨关节面是否平整,剪断钢丝尾,局部盘压。将克氏针距髌骨上极 0.5cm~0.8cm 处剪断,以自制克氏

针折弯器接近根部折弯 180°,扭向后方,向下锤入骨中。屈曲膝关节超过 110°,观察固定是否牢固。修补缝合髌前筋膜及两侧关节囊和支持带,关节腔置负压引流管一根,关闭切口。粉碎骨折须先以钢丝作荷包环扎,于屈膝 30°位自髌上极直接向下穿入克氏针,最后盘绕 8 字钢丝。折块较多或表面有部分压缩,复位后极不稳定者,可先以细克氏针作折块间预固定,再作环扎和克氏针 8 字钢丝固定,最后将细克氏针拔除,必要时亦可剪断针尾并折弯,予以保留。

术后不作外固定,静滴抗菌素 5 天,24~48 小时拔管。术后次日开始股四头肌等长收缩,3 天进行屈膝锻炼并拄拐下地活动。2 周拆线,刀口均 I 期愈合,未发生感染及皮肤坏死。2~3 周屈膝范围均超过 90°~100°。

治疗结果

全部病例于手术后 3~8 个月复查随访,结果骨折均愈合,按照胥氏^[1]评定标准,优 57 例,良 22 例,中 7 例,优良率 91.9%。

讨论

为恢复膝关节正常力学结构,最大限度地恢复关节功能,减少后遗症和并发症,对髌骨骨折应坚持准确