

临床资料 本组 34 例中男 26 例,女 8 例;年龄 3~10 岁 22 例,11~15 岁 12 例;左侧 14 例,右 20 例;本组均为闭合性骨折,其中青枝骨折 5 例,原位再骨折 2 例,陈旧性骨折 3 例。

治疗方法 新鲜骨折均采用手法复位,小夹板外固定。复位以桡骨为主,屈肘,旋前位牵引,助手固定前臂骨折近端,双拇指分骨,术者固定骨折远端,一拇指分骨,一拇指向尺侧按压桡骨远端,折顶,端提,复位即可完成。夹板固定,屈肘 90°轻度旋后位悬于胸前。陈旧性骨折及 3 例后期出现成角畸形而无法手法纠正患者,予手术治疗。手术开放复位,交叉克氏针固定,石膏外固定。

治疗结果 本组 34 例临床愈合时间 24~64 天,平均 34 天。随访时间 6~60 月,平均 22 月,功能恢复满意,无后遗症。

讨论 儿童尺桡骨下 1/4 骨折多因跌倒时前臂旋前外展,手掌着地所致。桡骨中下段是桡骨生理弯曲的顶点,下 1/4 又是桡骨远端干骺端向桡骨干移行处,肱桡肌、旋前方肌与拇长屈肌、拇长伸肌附丽点之间的薄弱点,肌肉向肌腱逐渐移行,缺乏保护,伸手着地桡骨更多地承受外力,故易于骨折。

旋前方肌附于桡骨下 1/3 前面,骨折后受旋前方肌牵拉桡骨远端向掌、尺侧移位,但因受腕关节韧带拮抗向尺侧移位不大,而受肱桡肌牵拉作用更大,故桡骨移位方向为掌、桡侧。尺骨受暴力和远端重力影响而移位不规则,但多因桡骨骨折后外力消失而为青枝骨折。肱桡肌止于桡骨茎突桡侧面,正常情况下,此肌腱牵拉动作与桡骨长轴平行,骨折后存在变位或成角,该肌腱则起弓弦作用,以骨折处为支点,畸形趋于加重,骨折线越靠近肱桡肌附着点,这种加重畸形的作用也越大。治疗时,要力争解剖复位,纠正桡侧、掌侧偏斜和成角,否则会产生难看的外形和影响旋转。固定时置于旋后位更稳定,旋前位肱桡肌处于紧张状态,以骨折为支点,从而出现成角畸形^[1]。这种桡、掌侧成角畸形,在骨折复位前后均较易发生。Von Lans 等认为伸腕肌力量较屈肌强,屈曲位固定时,伸腕肌张力作用方向仍与骨折变位趋势方向一致^[2]。我们常用夹板固定于腕背伸位上,掌侧夹板固定于腕关节远侧腕横纹之下。去掉成角因素,使整复的骨折稳定。在骨折复位后,迟发性桡、掌侧成角畸形甚为常见,是影响疗效的重要因素,要注意观察,随时调整。

参考文献

1. 潘少川. 小儿矫形外科学. 第 1 版. 北京: 人民卫生出版社, 1992. 314

2. 丁海明, 韩西城. 腕前伸位固定治疗克雷氏骨折. 中国中医骨伤科杂志, 1995, 3 (4): 29

(收稿: 1995-11-21)

13 例桡骨干单骨折的治疗

杨卫平

浙江省诸暨市牌头医院 (311825)

我科在 X 线透视下闭合复位克氏针内固定治疗桡骨干单骨折 13 例, 经过随访, 均取得满意效果。现介绍如下。

临床资料 本组 13 例中男 6 例,女 7 例;年龄 16~45 岁;左侧 5 例,右侧 8 例;骨折部位:中上 1/3 处 2 例,中段 5 例,中下 1/3 处 6 例;骨折类型:横行 4 例,锯齿形 5 例,短斜面 4 例;随访情况:最长 7 年,最短 1 年,平均 3 年,均已愈合。最早愈合时间为 3 个月。

治疗方法 臂丛麻醉后,在 X 线透视下先试行手法整复,若能满意复位即可作克氏针内固定。克氏针内固定步骤:在桡骨茎突上于桡侧腕长伸肌腱与拇短伸肌腱之间作一 2cm 长的纵行切口,显露骨组织,切开骨膜。使腕关节屈曲尺偏,用 2mm 钻头在桡骨皮质上钻孔,开始时将钻头垂直进入皮质,然后将摇钻向远侧倾斜,使钻头方向对准骨干髓腔并指向肱骨外髁,将钻头推进 2~3cm。将事先备好的 $\varnothing 1.5 \sim 2\text{mm}$ 克氏针插入骨洞,打入髓腔。在打入时用左手对克氏针施加一定的压力,使克氏针的尾部偏向尺侧,用右手将克氏针打入,待针尖平远段骨折端后,透视下整复骨折,再继续将针打入骨折近段,针尾弯曲埋于皮下。根据骨折情况和部位,用石膏托固定患肢防止前臂旋转。

术后处理:抬高患肢,手和未被固定的关节术后第 2 天开始活动,2 周后拆线。1 月后去除石膏托,进行前臂的旋转活动,开始时活动幅度不应太大,半年内不能提重和用力活动。拔针时间依据年龄和骨折情况而异,成人一般为 3~4 月,但主要依据 X 片,骨折线模糊,骨痂形成即可拔针。拔针前需作腕、肘关节的被动活动和前臂适当的被动旋转活动。

讨论 1. 桡骨干单骨折,传统的治疗方法主要采用闭合复位加外固定和切开复位加内固定两种方法。但是,前者对外固定的要求较高,整复后常易发生再错位,需要频繁的复查。石膏托外固定时间长,因此并发腕肘关节功能和前臂旋转功能障碍在临床上并不

鲜见。后者则加重软组织的损伤，术后往往因肌肉粘连和疤痕化，骨间膜挛缩等而影响前臂的功能。本法则将上述两种方法有机地结合起来，扬长避短，具有损伤小、并发症少，固定稳固，愈合快，功能恢复好等优点。而且所用设备简单，便于基层医院应用。

2. 术前应用老虎钳将准备用作内固定的克氏针尖头略作弯转，并于其尾部作好标记，术中在插入骨洞时应使弯头朝向桡侧，以免针尖穿透尺侧骨皮质。如在打入时有明显的抵抗力，可能为插入的角度太小，应将克氏针退出，再用钻头斜钻地钻出隧道，改变进入的角度，然后用中等力量将克氏针打入。

3. 在成人采用 $\varnothing 1.5\sim 2\text{mm}$ 的克氏针，它既具有一定的韧性，适应于骨髓腔的生理弯曲，又有一定的硬度，不会弯曲而使骨折端成角畸形愈合，本组无 1 例成角畸形发生。但它最大的缺点是不能有效地控制骨折端的旋转移位。我们采用前臂旋转加石膏托外固定的方法，控制骨折端旋转，取得了满意的疗效。前臂旋转的角度依据骨折端的情况和部位决定，原则上，上 1/3 骨折取前臂旋后位，中 1/3 骨折取中立位，下 1/3 骨折取稍旋前位。石膏固定可用“U”形石膏托，但要前后略扁。

4. 骨折的愈合在第 4 周已有原始骨痂形成，如果骨折的对位对线良好，鉴于本法对软组织损伤小，骨折端周围组织已基本愈合，我们认为，1 月后便可去除外固定，开始前臂的旋转活动，但是不得负重和用力活动，只是作活动关节为主的功能锻炼。

(收稿：1995-12-11)

承载散治疗股骨头缺血性坏死

赵 岩

江苏省连云港市第三人民医院 (222001)

我科以中西医结合治疗骨病的长期实践为基础，自 1988 年以来，自行研制中药“承载散”透入治疗骨坏死，收到满意疗效。

临床资料 246 例患者，男 131 例，女 115 例；年龄 16~65 岁。共 386 个病变关节，有外伤史者 208 个病变关节，有激素应用史者 152 个病变关节，其它原因者 26 个病变关节。治疗时间 3~9 个月。

适应症选择：按 Marcus 分型^[1]，Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ型为其适应症。

“承载散”方剂组成：水蛭 50g，蜈蚣 20g，当归 20g，

川芎 30g，炮甲 40g，川续断 30g，灸二乌 30g，大黄 50g，麝香 1.0g，冰片 25g。用法：上药研细末，每次 10 克，温姜水调糊，装入纱布袋中备用。

治疗方法 采用中药离子透入机，其 2 块金属板下放置中药“承载散”按分组配定穴位，依临床不同骨病类型组穴，每次取 2 个穴位为 1 组，3 个月为 1 疗程。治疗期间病变关节避免负重，有关节僵者，需配合必要的手法治疗。

治疗结果 1. 疗效标准：按 1982 北京髋关节疗效评定标准^[2]即疼痛、生活能力、关节活动度、行走距离的百分制评定，优 ≥ 80 分，良 > 60 分，可 ≥ 40 分，差 < 40 分。

2. 治疗结果：386 个病变关节，优者 107，占 28%，良者 153，占 40%，可者 90，占 23%，差者 34，占 9%。总有效率占 91%。全部病例经 2 年以上随访。

体会 采用“承载散”配合脉冲直流电加之红外线辐射行中药离子透入治疗骨坏死，收到满意疗效。国外 Friedenber^[3] (1971 年) 首先报告了直流电治愈骨不连的病症，为电刺激促进骨愈合发现了一种新的治疗途径。*righton^[3] 解释电磁场成骨机理是对骨与软骨细胞的直接作用，主要是激活细胞内的环磷酸腺苷系统 (C-AMP system) 而产生的特殊生理反应。

运用电脉冲，红外释放，使中药成份呈离子状态在人体相关穴位上导入吸收，达其肌里，透其筋骨，收到调节经络、舒筋活血、通脉化瘀、祛腐生新、消肿止痛、修复组织、加速骨愈合的功效。

参考文献

1. 邵光明. 骨缺血与坏死病. 青岛: 青岛出版社, 1980. 100
2. 股骨头缺血性坏死专题讨论会纪要. 中华外科杂志, 1994, 9: 548
3. 王崇武. 电刺激成骨的实验与临床进展. 中华外科杂志, 1983, 21 (2): 118

(收稿：1995-12-20 修回：1996-06-12)

腋下夹泡沫塑料垫治疗肱骨外科颈内收型骨折

鲁玉琦 张雷

山西省垣曲县新城镇卫生院 (043700)

自 1993 年 6 月~1995 年 7 月，我们采用闭合手法复位，小夹板外固定，腋下夹泡沫塑料垫治疗肱骨外科颈骨折内收型 8 例，疗效满意，结合临床浅谈治疗体会。

临床资料 本组 8 例中男 5 例，女 3 例；年龄 4~