

净, 屈肘 90 度, 利用桡骨头, 尺骨冠突顶住骨折块, 维持位置缝合切口针置皮外, 外加石膏托固定患肘屈 90 度, 前臂旋后位, 术后 3~4 周去除石膏, 开始功能锻炼, 4~5 周拔除克氏针, 逐步加大锻炼强度。

### 3 治疗结果

疗效评定: 治愈: 骨折对位良好, 骨折愈合, 功能完全或基本恢复; 好转: 骨折对位欠佳, 功能恢复尚可; 未愈: 骨折畸形愈合, 或骨折不愈合, 功能障碍。术后随访 3~6 月, 4~5 周时 X 片示骨折线已模糊, 局部压痛不明显, 肘部活动进步较快。结果: 治愈 8 例, 好转 2 例, 皆未出现并发症。

### 4 讨论

肱骨小头骨折的治疗不外闭合复位和切复内固定两种。

其中手术方法较多<sup>[1]</sup>, 根据肘部骨折对解剖复位要求高<sup>[2]</sup>, 故采用切开复位, 外侧切口, 损伤小, 又利用肱骨小头骨折本身不易移位的特点, 骨折端简单处理, 克氏针固定, 如此既能解剖复位, 固定效果又远较闭合整复理想, 又能实现中医小创伤, 充分利用关节面应力成骨作用之优点, 且无须再次手术。并在 10 例临床病例中获得理想疗效。

#### 参考文献

- [1] 王亦璁, 孟继懋, 郭子恒, 等. 骨与关节损伤. 北京: 人民卫生出版社, 1995. 391-394.
- [2] 陆裕朴, 胥少汀, 葛宝丰, 等. 实用骨科学. 北京: 人民卫生出版社, 1991. 595.

(编辑: 李为农)

## 陈旧性股骨干骨折的治疗

唐刚健 靳嘉昌

(桂林市中医医院, 广西 桂林 541002)

我院自 1992 年 7 月至 1997 年 12 月采用闭合折骨、牵引后再行切开复位内固定术治疗陈旧性股骨干骨折 37 例, 疗效满意, 现报告如下:

### 1 临床资料

本组 37 例; 病程最短 22 天, 最长 70 天, 平均 38 天; 男 23 例, 女 14 例; 年龄 17~72 岁; 部位: 股骨上段 5 例, 股骨中段 25 例, 股骨下段 7 例; 重叠情况: 重叠 1cm 内 12 例, 重叠 2cm 左右 22 例, 重叠 3cm 以上 3 例。

### 2 治疗方法

硬膜外麻醉下将陈旧性股骨干骨折端闭合徒手折断, 再行股骨髁上骨牵引术, 牵引重量 8~12 公斤, 牵引时间 5~7 天, 定期复查 X 线片重叠移位纠正即停止牵引, 行切开复位内固定术, 中上段骨折采用髓内针内固定, 粉碎性骨折加用钢丝捆绑骨折块, 下段骨折采用加压钢板内固定, 术后病人卧床 2~3 周, 扶拐下地, 伤肢不负重→部分负重→完全负重, 循序渐进, 并要求练习下肢关节活动, 待骨折愈合后弃拐行走。治疗期间并按中医骨折三期原则辨证施治。

### 3 治疗结果

本组根据《中医病证诊断疗效标准》<sup>[1]</sup>评定。结果: 治愈 32 例, 好转 3 例, 未愈 2 例。优良率达 94.59%。

### 4 讨论

**4.1 本法优点** 股骨干为三组肌肉包围, 伸肌群最大, 屈肌群、内收肌群依次排列, 三组肌群肌力不均衡加之股骨干直径相对较小, 骨折断端以错位、重叠多见<sup>[2]</sup>。陈旧性骨折因失于治疗时间较长, 两折端周围有大量骨痂纤维增生组织, 伤肢缩短畸形, 如折骨、牵引及内固定术在手术台上一完成相当困难, 并会造成血管危象及神经损伤出现, 而本方法分步治疗, 逐渐缓慢纠正折端重叠移位, 手术切开复位时仅需纠正侧方移位即可, 复位相对容易, 明显缩短手术时间, 可不输血或减少输血量。

**4.2 折骨注意事项** 闭合折骨时在麻醉下病人无痛苦及大腿肌肉松弛情况下进行, 折骨时应刚柔相济, 柔韧有力, 避免使用突然暴力而造成新的骨折出现, 以及损伤血管神经。折骨困难时可用木棍下垫棉块以固定近端为支点, 将远折端向外前方用力折骨, 避免向后内方用力, 以防损伤深处血管、神经, 折骨后即行骨牵引术。因仅需纠正重叠移位不必考虑侧方移位, 故可以超重牵引, 形成骨折端过牵, 及时纠正重叠移位。

**4.3 手术内固定方式** 手术切开复位纠正侧方移位, 根据股骨干生理结构特点, 选用适当内固定物。目前国内对髓内针及加压钢板治疗效果孰优孰劣, 争论不一<sup>[3]</sup>。通过本组病例观察我们认为对股骨干陈旧性骨折的治疗应以保持牢固内固定为目的, 在股骨中上 1/3 骨折采用髓内针内固定, 在中下段采用加压钢板内固定术。因为股骨中上 1/3 段是骨髓腔的最窄部位, 周围有坚硬骨皮质, 最适合髓内针内固定这种方法<sup>[4]</sup>。粗细合适的髓内针在骨髓腔内能够恢复股骨解剖结构, 抵抗骨折端剪力或弯曲力, 对骨折愈合有利, 同时肢体在负重和肌肉收缩作用产生纵向压力有利于骨折愈合, 而股骨中下段骨折因解剖结构因素难以选择合适髓内针形成牢固的内固定环境故改用稳定性坚固性好的加压钢板内固定。

**4.4 本方法不足** 对于那些时间太长已畸形骨性愈合的股骨干骨折, 不宜施用本法, 可考虑先行手术切开折骨术, 而后行骨牵引纠正重叠移位, 再行切开复位内固定术。

#### 参考文献

- [1] 国家中医药管理局. 中华人民共和国中医药行业标准. 中医病证诊断疗效标准. 南京: 南京大学出版社, 1994. 170.
- [2] 陆裕朴主编. 实用骨科学. 北京: 人民军医出版社, 1995. 660.
- [3] 刘长贵, 罗先正, 王宗仁, 等. AO 钢板与 Grosse-Kempf 带锁髓内钉治疗股骨干骨折比较. 中华骨科杂志, 1995, 15(11): 739.
- [4] 郭世绂主编. 临床骨科解剖学. 天津: 天津科学技术出版社, 1986. 781.

(编辑: 李为农)