

## 来稿摘登

## 克氏针经皮内固定治疗锁骨骨折

湖南冷水滩市中医院(425100) 李国安

我们采用克氏针经皮内固定治疗锁骨骨折,操作简便,疗效满意,现介绍如下。

## 术前准备

1、明确诊断;2、备骨科手术包;3、患者坐于有靠背的椅子上,皮肤常规消毒,范围宜宽,包括患者颈项部、胸前区、肩胛区、上臂等;4、确定穿刺点,即远骨折段断面内侧处。以1%普鲁卡因10~15毫升作局部麻醉(皮试阴性)。

## 具体操作

1、术者立于患者对面,持克氏针于定点处穿入皮下,对准远骨折段之断面,插入髓腔;助手立于患者背后,抵住患者肩胛区,术者持骨锤(或骨钻)将克氏针顺髓腔向肩峰端击出(针尖抵肩峰端皮下时,局部注射1%普鲁卡因2毫升),用钢丝钳将克氏针继续拉出至尾端与骨折面平齐(可用手触摸判断)。

2、手法整复。助手扳拉患者双上臂徐徐向后上方用力,并嘱患者挺胸,后伸肩部;术者一手格住骨折近段(或持布巾钳夹持)并向身前提拉;另手格住远折段,以远段骨折端去对合近段骨折端,经摇晃,挤按后,使之达到临床解剖对位,即在体表触摸不到骨折端,锁骨上窝恢复。

3、术者固定复位后之骨折端,助手持骨锤自肩峰端将克氏针逆行击入近骨折段2厘米左右,以钢丝钳咬去过长之克氏针,将外露部分稍稍扭弯,提起皮肤,将针尖退入皮下,无菌敷料遮盖针孔,粘膏固定,三角巾悬吊患肢。手术操作完毕。

## 病例介绍

蒋××,女,17岁,学生。于1987年3月29日入院。住院号449, X线号8317, 8523。

患者被撞倒跌伤左肩,致左锁骨中段斜形骨折

(上接25页)

影响。故笔者非常重视“津血同源”之说,主张化痰要结合治津,所谓兼以治津的原则是在治痰的同时观察津液盛衰之象,分别采取损有余与补不足,然而,病痰而津病症状不著者,临床常有所见,象这类患者,不妨在相应的治痰方中参入通津与养津之品,如石斛、花粉、通草、瞿麦之属;通则津液以防阻遏,滋则脉道不失润滑,

重迭约2厘米。经手法整复,“3”字绷带固定,当晚入睡后翻身,骨折端再次移位。次日上午采用上法,行克氏针经皮内固定术,摄片复查骨折端解剖对位,克氏针入近骨折段髓腔内1.5厘米,住院20天功能完全恢复,留针出院,3个月后复查,拔除钢针,骨折愈合良好。

## 讨论

1、锁骨骨折的治疗,目前临床主要有传统的手法整复加“8”字绷带固定及手术切开髓内固定两种形式,但这两种治疗方法均存在着不足之处。

采用克氏针经皮内固定治疗锁骨骨折,综合了手法整复和切开内固定二者的优点,避开了二者的短处。既可使骨折端达到理想的整复和良好的固定,又不会产生手术疤痕而影响外观,且术后无需过多限制肢体的活动,免去了被“捆绑”之苦和手术切开之创痛,使患肢能够保持或接近正常的生理功能,不影响患者的日常生活,同时,肢体保持适度地活动,能使骨折端的接触加强,对合更加牢固,有利于骨折端的早日愈合和功能重建,术后皮肤仅留下几个针眼,以无菌敷料敷盖几日即可愈合,感染的机会也大大减少。

2、能否准确地将克氏针插入骨折端之髓腔及能否使骨折端准确地解剖对位,是克氏针经皮内固定治疗锁骨骨折的两个关键所在。我们认为,只要平时手法熟练,术前仔细触摸患处,认真分析X线片,手术是不难的。

## 3、几个需要说明的问题

(1)、粉碎性骨折,碎骨片大且多者与小儿童青枝型骨折不宜用此法。

(2)锁骨下神经、血管丰富,应避免损伤,尤其是以布巾钳夹持近骨折段时须谨慎。合并有神经、血管损伤者,应切开修补,作内固定术。

此正合血液生理特性,有利于瘀血的消散。

当然,笔者所倡“津血并治”并非推其治痰之最,而忽略他法,只不过是治痰开辟新途径,丰富治疗内容而已,其他如行气化痰、益血化痰等法亦各具千秋,各有所宜,宜全面掌握,取长补短,唯证是适,应证而用,才能收到更好的疗效。

## 青少年肘关节陈旧性脱位的治疗

云南省建水县人民医院 (654300) 陈卫明

临床资料：本组病例共28例，其中男16例、女12例；年龄最大16岁、最小7岁；外伤至入院时间，最长8周，最短4周；在院外复位最多3次，最少1次。单纯肘脱位10例，合并肱骨内上髁骨折5例，外上髁骨折8例，后脱者20例，侧脱（尺侧）1例，桡侧脱2例，X光片上有骨化性炎15例。肘关节均固定于伸直位上，仅有5°—15°活动范围。

手术情况：在臂丛麻醉或分离麻醉下行肘后正中切开复位。术中所见，尺神经移位粘连12例。尺骨滑车切迹和鹰嘴窝为大量的纤维及骨痂充填，肱骨下端后侧，在移位的骨外膜下有大片新骨生成，有19例肘关节前侧关节囊与滑车和肱骨小头关节软骨发生粘连，肱三头肌及肱桡肌挛缩，给予游离尺神经保护。采用肱三头肌切开18例，舌形肌瓣切开10例，均给清除鹰嘴窝及尺骨滑车切迹内的纤维组织及骨痂，把翻转移位的肱骨内、外上髁复位，再作肘关节复位。若不稳定的用2mm克氏针作固定15例，同时也可对肱骨外上髁骨折作克氏针固定8例，尺神经前移10例。

术后观察与结果：18例随访最长的8年，最短的8个月，单纯肘关节的脱位10例，术后恢复屈曲达120°，伸10°，旋后90°，旋前70°。合并骨折15例，屈曲90°，伸15°，旋前60°，尤其是复位3次患儿，屈曲达90°、伸为5°，只基本固定于90°位，旋后50°。28例皮肤感觉均良好。

讨论：1、肘关节的脱位，较为常见，占全身四大关节脱位的47.3%，其组成肱骨下端内外宽厚，前后扁薄，侧方有内、外副韧带加强稳定。前后关节囊

相对较薄弱，对抗肘后脱位的尺骨冠状突较小，肱尺关节活动为屈伸运动，而引起脱位的外力方向多使尺桡骨向后上方移位，故后脱位较常见。〔1〕

2、关节脱位后，关于软骨失去关节液的营养，逐渐退变剥脱。从本组28例手术中，可看出脱位时间越长，骨与关节变化愈严重，如纤维组织及骨痂增多，骨质疏松，肌肉挛缩，关节软骨面粘连，反复复位血肿机化粘连越严重功能恢复差，疗效越差。〔2〕

3、青少年的肘关节脱位应与肱骨髁上骨折相鉴别，二者常常在基层卫生单位相混淆，故被采取错误的治疗而延误。

4、应注意区分脱位合并及单纯脱位。因为肱骨内外上髁骨折合并脱位阻碍肱尺关节复位，这样的陈旧性脱位，因伤期长，损伤重。再加上暴力的反复复位，而引起广泛局部反应、渗血、增生，关节周围广泛粘连，尤其青少年生长较快，盲目的手法复位是有害的。〔3〕

5、应注意侧方脱位，本组3例在院外复位固定4周后仍处于脱位状，肘关节仅有10°的活动。

### 参考文献：

〔1〕蔡汝英主编。〈创伤与急救〉。贵州人民出版社，1983，109。  
〔2〕王桂生编。〈骨科手术学〉。人民卫生出版社，1982，286  
〔3〕孟继懋主编。〈骨与关节损伤〉。人民卫生出版社，1980，155。

## “顶骨针复位固定器治疗胫腓骨不稳定骨折”科研项目通过省级鉴定

一种全新的治疗胫腓骨不稳定骨折或开放性骨折的新疗法，经过辽宁省海城市正骨医院主任医师苏玉新等近三年的潜心研究获得成功。专家们一致认为该疗法具有一定的新颖性、先进性和推广价值，处于国内骨科的领先水平。

苏玉新等把中国中医研究院骨伤科研究所孟和教授发明的“孟氏架”加以改进，突出了以手法复位，顶骨针复位固定器代替小夹板纸压垫作用，以局部弹性固定为准则，以手法——器械——手法——器械为治疗程序，把复位固定、功能锻炼有机的结合在一起，弥补了小夹板的不足又避免了开刀损伤大，需二次手术取出内固定物的缺点。为控制骨折端的侧方移位，苏玉新等改革原设计的弧形压板为顶骨针，更能发挥对骨折部位产生横向压力，避免了压疮的发生又能矫正成角畸形。

从1987年以来，随访了应用顶骨针复位固定器治疗的498例患者，优良率达91%。该疗法是传统的中医正骨与复位固定器的完美结合，代表了近代治疗骨折的最新疗法。

（张广智）