

骨质缺损和股骨头血供系统损伤的加重。我们观察到的3例骨折不愈合患者,通过复习X片发现均存在复位不良的问题。不良复位是骨折不愈合的主要原因,也易导致股骨头缺血性坏死。

3. 三针的角度和位置的问题 三针在股骨上端角度应从冠状面和矢状面确定。对于冠状面的角度戴氏^[3]提出“强斜”的观点。由于股骨上端骨质结构特点,临床要做到理想的“强斜”有一定的困难,我们认为“强斜”角度应根据患髋颈干角大小决定,内固定针与股骨干纵轴线内侧夹角不得小于颈干角。于“强斜”位固定二根骨圆针,能起到较好的抗压应力和剪切力的作用,但抗张应力较差;第三根针应稍高于前二针固定于股骨上端张应力骨小梁部加强抗张应力的效果,防止骨折间隙上部的分离。这“二低一高”角度的内固定针能较好解决股骨上端抗应力问题。由于股骨上端有前倾角的特点,同样要重视矢状面的进针角度,临床上往往对此认识不够,出现内固定针向后上或前上偏出股骨颈,起不到固定作用,本组34例中有一例属此类型。操作时一方面注意患肢体位的调整:垫高患髋,内旋患肢15°,使股骨上端呈水平位,便于操作;另一方面进针时应考虑前倾角大小,这种情况是可以避免的。股骨头外观近乎一个球形,X线影象不能全面反映内固定针在股骨上端内的位置,易出现内固

定针穿破关节面的问题,宋氏^[6]提出“隐蔽空间”的观点,对认识和解决此问题是很有帮助的。我们的体会是术前应在X线下,用定位针测量从大腿外侧至股骨头顶点的长度,作为进针深度的参照,再结合进针的角度和位置,就可以正确地将骨圆针固定于股骨头内。三针在股骨上端的位置,还应考虑到其在矢状面的几何关系,有人提出采取平行进针,有利于骨折断端嵌插。我们认为三针之间应呈三角形的几何关系,这样才能充分发挥抗旋转作用,牢固地固定骨折断面。

参 考 文 献

1. 胥少汀. 实验性粗隆间骨折不同内固定方法的生物力学比较. 中华外科杂志 1991; (4): 250.
2. 蒋知节, 等. 股骨颈骨折内固定治疗的生物力学研究. 中医正骨 1991; (1): 8—12.
3. 戴克戎, 等. 螺钉穿刺插钉内固定治疗新鲜股骨颈骨折. 中华骨科杂志 1981; (1): 42.
4. 巫祖荣, 等. 股骨颈骨折治疗进展. 国外医学. 创伤与外科基本问题分册 1985; (3): 147.
5. 董天华, 等. 股骨颈骨折后股骨头坏死塌陷的临床观察. 中华骨科杂志 1991; (1): 5.
6. 宋晋贤. 立体几何与骨伤科学. 中国中医骨伤科杂志 1991; (4): 9.

愈创灵纱条临床使用观察

中国人民解放军第289医院 (043014) 贡世宽 刘安祥 乔志刚

自1989年以来用愈创灵纱条敷盖切口, 临床使用效果满意, 报告如下。

一般资料: 本组53例, 均为本院住院术后病人, 其中男39例, 女14例; 年龄最小3岁, 最大70岁。

药物配制与使用: 方药组成: 红花、白芷、没药、血竭、龙骨、当归、蟹骨、乳香、羌活、防风、七叶一枝花、菖蒲、凡士林等。

将上述药物烤干研细粉过筛混匀。取凡士林置水浴上加热融化, 再将研细的药物缓缓加入, 不断搅拌至冷却为止, 然后放入纱布条。再用制成的油纱条, 高压灭菌后备用。

使用方法: 用时将油纱条敷于缝合好的创口上, 再在油纱条上敷一酒精纱布, 外敷无菌敷料包等。

疗效判断标准: 优: 创口I期愈合, 切口

无疼痛；良：创口 I 期愈合，伤口有疼痛但不
用止痛药可忍受；差：创口 I 期愈合或愈合不
好，但切口疼痛，需用止痛药止痛。

治疗结果：本组53例，优34例，良9例，差
10例。

讨论：愈创灵纱条是在研究古方的基础上
重新筛选组合的方剂，方中红花、乳香、没药

有活血祛瘀、消肿止痛之效；白芷、防风、羌
活有祛风燥湿、消炎镇痛的作用；血竭有散瘀
定痛止血生肌之功，龙骨能镇惊安神，生肌敛
疮；当归善补血和血，养血止痛；蟹骨有行瘀
止痛之功；菖蒲有理气、活血、镇静止痛之
效。诸药相伍有镇静、止痛、活血化瘀，通经
活络及消炎抗菌的作用。

闭合性肱骨髁上骨折并桡神经断伤

浙江省中医院 (310006) 童培建 肖鲁伟 章爱华*

创伤性桡神经损伤在上肢单神经病中发生
率较高^(1,2,3)，按神经损伤分类多为神经失用症
和轴索中断，而神经断伤较少发生。李稔生⁽⁴⁾报
告210例肱骨髁上骨折合并神经损伤 35 条，其
中桡神经15条，无神经断伤。近年我们遇到6
例闭合性肱骨髁上骨折合并桡神经断伤，经手

术探查证实且经手术修复，现报告如下。

临床资料 (见附表)

讨 论

桡神经穿过桡神经沟即肱骨肌管后，下行
于肱骨外上髁近端10cm处外侧穿臂外侧肌间
隙至肘前外侧，在肱肌与肱桡肌之间继续下

附表 闭合性肱骨髁上骨折并桡神经断伤

病性 例别	年龄 (岁)	临床表现	合并 畸形	神经损 伤时间	神经探 查时间	手术所见	结果 (1—3年后)
1. 女	14	垂腕、指、虎口处痛觉减 退，损伤区远端Tinel征(一)	肘内翻	手法整复后	4½月后	位外上髁处完全断裂，断端形 成神经瘤且粘附骨面	略能伸腕
2. 女	11	同上	肘关节 僵直	骨折后	2月后	同上	痛觉有所恢复 伸指肌力3级
3. 男	11	垂腕、指、虎口处皮肤痛觉 消失，损伤区远端Tinel征 (一)	肘内翻	骨折后	2月后	位外上髁上2cm处完全断裂， 断面呈撕开状，与有较多骨痂 的骨面粘附	痛觉有所恢复 伸指肌力3级
4. 男	14	同上	无	骨折后	2月后	位外上髁处大部分断裂余同上	基本恢复
5. 男	10	同上	肘内翻	骨折后	2月后	位外上髁处完全断裂断端形成 神经瘤	痛觉未恢复 伸指肌力可
6. 男	7	同上	无	骨折后	5月后	同上	痛觉未恢复 伸指肌力 I 级

行，靠近外上髁的一段多数与一薄而坚韧的纤
维膜相连，该段移动性较小，最为危险。本组
病例均断于此处。究其损伤机理可能是此段桡
神经穿过外侧肌间隔时改变走向，且为周围组
织所固定，当暴力作用发生肱骨髁上骨折且严
重移位时，或受骨折断面切割，或受移位骨块
推拉，而发生神经全部或大部断裂。粗暴的手

法整复又可加重这一神经的损伤。本组有 1 例
手法整复后出现明显的桡神经损伤症状。有人
观察屈肘90°时，桡神经处于松弛状态，伸肘0°
时，桡神经有一定张力，若伸肘位牵引复位，则
桡神经更为紧张⁽⁴⁾。这在我们手法整复肱骨髁
上骨折时是值得注意的。

*浙江省黄岩市城关医院