

闭，封闭之后即感胸闷、胸痛、心悸气短，经含备用药物症状缓解。因此，对每一例局封患者除了解与局封有关的疾病外，还应了解其原有疾病或潜在疾病，以防发生意外。

3. 来自其它方面的原因及对策

(1) 建立局封专用治疗室由专人负责。

(2) 强的松龙制剂的改革：临床所用强的松龙每支5ml, 125mg, 这种规格的剂型，如每次用0.5ml, 要用10次才能用完，如用1ml,

也得5次才能用完，每个病人一支药，隔5~7天用一次，最短1个月，最长70天才能用完。如果将药打开用一次后，再放到一或两个月连用数次，难免变质、污染。而用1~2次就扔掉剩余药物未免太浪费。况且将所打开的药物交由患者保管后，有时瓶子搞得很脏，瓶口污染。因此，建议强的松龙应生产成每支1ml的产品，不但用时方便，还可避免浪费，减少感染的发生。

铜钉内固定治疗肱骨外科颈骨折

安徽省芜湖市中医院 (241000) 陈达山 宋传勤

有移位的肱骨外科颈骨折，采用手法整复加小夹板外固定，多数可获得治愈，只有少数骨折严重错位或有软组织嵌夹，手法整复不能成功的病例，以及骨折伴有肱骨头脱位，手法处理困难者，才作手术复位内固定治疗。为了使固定稳妥，尽早开始功能锻炼，争取最大限度的功能恢复，笔者在近十年中对切开复位的一组病例采用铜钉内固定，经长期随访，治疗结果满意，现予报告。

临床资料

本组24例中，男性18例，女性6例；左侧10例，右侧14例；年龄最小为6岁，最大63岁，平均42岁；内收型错位11例，外展型错位13例；合并肱骨头脱位5例，部分臂丛神经损伤3例；属新鲜骨折因整复困难转手术治疗15例，陈旧性骨折9例。

材料制备：利用废旧的髓内钉剖开制成宽3~5mm的不锈钢条，再剪断加工成扁平两脚呈“口”形的铜钉，钉背与钉脚的夹角为90°，钉背长分别为25、30mm，钉脚长为20、25、30mm大小不等各种规格备用，如急需时亦可用克氏针临时制作。

手术方法

采用高位臂丛阻滞麻醉，取肩前外侧切口

入路，探查肩袖损伤情况，显露骨折断端，清理阻碍复位的软组织，在直视下复位，清除结节间沟中的骨刺、骨痂，然后根据骨折线的形状和肱骨的粗细，选择大小合适的铜钉与骨折线垂直跨骑，在距骨折线远端15mm处定点钻孔，近端松质骨可直接打钉，可增加固定强度。在打钉时必须保持两钉脚平行，使进入骨内的速度相等，以避免钉脚摆动而扩大钉孔，发生松动。固定后台上活动患肢，观察固定是否可靠，必要时在另一方位再加固一枚，以确保固定稳妥，不误早期活动锻炼。闭合切口前要检查结节间沟，修补肩袖。术后用屈肘90°位悬吊患肢，贴胸包扎固定两周开始作钟摆式功能锻炼，逐渐加大活动幅度。如骨折粉碎程度较重而固定欠牢者，功能锻炼可延至三周后开始。

治疗结果

本组均获得随访，时间最长9年，最短2年，平均随访时间4年半。已取钉20例，未取钉2例；臂丛神经损伤均已恢复。按顾云伍氏1984年在全国中西医结合治疗骨折经验座谈会上提出的肱骨外科颈骨折治疗标准评定：24例中关节功能恢复正常者15例，良好6例，3例骨折愈合虽有畸形，但关节功能满意，全组优良

率在87.5%。无切口感染及术后近期脱钉等并发症。

体 会

1. 锡钉是一特定形状扁平两脚钉，呈连体结构，有一定的抗变形强度，折弯的钉脚具有支撑和加压的双重作用，如用两枚钉固定，更能加强抗切变应力，对很难归拢的粉碎骨块固定后亦能保持良好的对位，恢复外科颈的原来形态，维持肩肱关节的正常解剖关系，有利功

能康复。2. 自制的锡钉，钉脚扁平，打入骨质内不会发生旋转；钉角与钉背连接夹角呈90°保持两钉脚平行，进入骨内固定较牢，不易脱钉，无需特殊的外固定，简化了治疗。3. 钉背平整，不干扰固定局部周围的软组织，较克氏针、髓内针固定方法具有局部刺激小，无固定物外露，肩关节活动锻炼早，功能恢复快的优点。

胫骨平台骨折治疗体会

山东济宁市第二人民医院 (272149) 王涛 宫启梧 孙立江 李健 刘毅 王允彦

我院自1978~1990年10月共收治胫骨平台骨折25例，经治疗效果满意，报告如下。

一 般 资 料

本组25例，男22例，女3例；年龄最大52岁，最小19岁；右侧16例，左侧9例；外侧16例（其中5例合并腓骨小头骨折），内侧6例，双侧3例；车祸挤压伤9例，重伤冲砸伤7例，坠落伤6例，自行车撞伤2例，电击摔伤1例。

骨折分类：根据X线形态及程度分三种类型：塌陷型14例（轻度<1cm8例，重度>1cm6例）；劈裂型6例；粉碎型5例。

治 疗 方 法

1. 石膏固定：8例轻度塌陷骨折均行与受伤应力相反方向的伸膝长腿石膏固定4周。2. 骨牵引：6例重度塌陷骨折和5例粉碎骨折均行跟骨固定牵引，并以受伤应力相反的膝关节内外翻牵引，早期配合手法复位，一般6周。3. 手术切开复位加压螺钉及骨栓固定，用于6例劈裂骨折。早期练习膝关节周围肌力，尤以股四头肌贯穿整个疗程。一般6周。晚期负重，至少3个月。

治 疗 结 果

疗效判定：优：X线形态近正常，关节稳定，无肿痛，能完全下蹲，恢复原工作；良：X线示塌陷在0.5cm以下，有时感关节不适，能坚持工作；差：X线示塌陷在0.5cm以上，关节面有增生硬化，关节屈伸受限20°以上，常伴有

关节疼痛。本组25例，治疗后随访最长11年，最短半年。优16例，良7例，差2例。优良率92%。

讨 论

胫骨平台主要为松质骨，支持它的皮质骨又不够充分，不如股骨髁坚硬，故胫骨平台骨折较对应的股骨髁多见。骨折多因膝关节遭受过度内外反应力所致。内侧平台常有对侧肢体保护，且膝关节存有7°左右外翻角，相应外翻应力增多。故外侧平台骨折多于内侧（本组25例外侧占64%、内侧占24%，双侧占12%），且常合并侧副韧带、交叉韧带，半月板损伤及腓骨小头骨折。治疗困难，如处理不当，可造成关节不稳、畸形、僵硬和疼痛。继之出现创伤性关节炎。

胫骨平台骨折治疗目的是恢复膝关节面平整及负重功能、保持关节的稳定性和屈伸功能。本组25例，根据骨折形态和程度分塌陷型、粉碎型和劈裂型三类。

固定和牵引时均应与受伤应力相反下进行，这样便于利用伤侧完整组织的牵拉力，使骨折块复位。也利于对侧撕裂组织减张对合，促使其自行愈合。粉碎型和重度塌陷型其中均行跟骨固定牵引。骨折愈严重、愈适合骨牵引。劈裂型骨折极不稳定，适用骨栓及加压螺钉固定。早期练习膝关节周围肌力，尤以股四头肌，对代偿和维护关节稳定起决定作用。