

取得满意效果。本组采用了 Borden 氏截骨术 2 例, 转子下斜行外展截骨术 10 例, 后者有 2 例再次手术, 大部病例疗效满意。无论何种手术方式, 关键是消除股骨颈承受的剪应力, 变为压应力, 使股骨颈部骺板由垂直位变为近水平位, 亦即 HE 角小于  $45^\circ$ , 干颈角不小于  $140^\circ$ , 必须使截骨远端能支撑住股骨颈缺陷区。

为了便于截骨远端充分外展, 手术时首先切断挛缩的内收肌, 旋转骨折近端时可在大转子处打入 1 枚斯氏针, 然后持此针向内向下旋转同时将截骨远端外展, 达到理想位置时, 最好采用内固定物(如 Blount 钢板), 可防止畸形复发。

5. 关于大粗隆融合或下移问题: 髓内翻畸形严重的大年龄患儿, 随着生长发育股骨大粗隆向上移位, 可超过髓臼上缘形成短髓畸形, 影响髓关节外展功能。有的作者主张做大粗隆骨骺阻滞术或大粗隆下移术。本组 1 例女患儿 12 岁手术, 大粗隆高于股骨头上缘左侧 3cm 右侧 2cm(分别在臼上缘 2cm 和 1cm)。手术后 6 年 18 岁复查时双侧大粗隆明显下降, 左侧在臼下 1.5cm,

右侧在臼下 1cm, 因此, 大粗隆的位置与术前相比下降了 3~4.5cm。术前大粗隆明显高于股骨头而变得低于股骨头水平。其机理除了手术时大粗隆向下旋转移位外, 另外由于改变了髓关节的生物力学状态, 将股骨颈部的剪应力变为压应力, 促使股骨颈部缺陷区达到骨性愈合, 股骨头不再继续下移, 因此只要髓内翻矫形术达到生物力学所要求的标准, 对大粗隆高位可不用处理。

### 参考文献

1. 史颖奇, 等. 先天性髓内翻 25 例手术结果分析. 中华小儿外科杂志 1988;9(2):96
2. Weinstein J. N, et al Congenital Coxa Vara. A Retrospective Review. J. Pediatr Orthop 1984;4(1):70
3. 野村中雄. 等. 最近经治的小儿先天性髓内翻 5 例整形灾害杂志 1986;29(4):527.
4. 贾和庚. 等. 先天性髓内翻. 中华骨科杂志 1987;7(4):281.

(收稿:1994-04-23)

## 难复性小儿前臂远端双骨折的撬拨整复

银川解放军第五医院(750004) 闫乔生 杜鸿章

我们自 1990 年来采用撬拨整复难复性小儿尺桡骨远端双骨折 23 例, 均获成功, 报告如下。

**临床资料** 男 22 例, 女 1 例; 左 12 例, 右 11 例; 年龄 4~13 岁, 平均 6 岁; 新鲜骨折 20 例, 陈旧性骨折 3 例; 横斜形骨折 19 例, 粉碎性骨折 4 例。

**治疗方法** 强化分离麻醉或臂丛麻醉。首先牵引, 而后常规消毒腕背部, 用一枚直径 2mm 消毒克氏针从腕背尺侧刺入皮下达尺骨骨折远端, 根据透视所见撬拨骨折远端对近端, 注意矫正其前后、内外、重叠移位, 使完全复位。对个别不稳定骨折可经皮克氏针固定, 固定针方向视情而定, 以稳定牢靠为原则, 桡骨复位方法同尺骨。须注意避免伤及腕部神经血管。术后长臂石膏托固定, 4 周后拍片见骨折均已愈合, 对位对线佳。

**讨论** 小儿尺桡骨远端骨折比较常见, 有人统计约有 75% 的前臂骨折发生于远侧 1/3, 大多数无需切开复位, 对 8 岁以前即使合并骨骺损伤, 若初期复位能达到 50% 以上, 就不要反复整复。我们发现骨折远端大多数向背侧移位, 再塑形的能力存在(女 9 岁、男 10 岁), 可取得良好的塑形。如何正确治疗难复性尺桡骨折, 既

要达到解剖复位, 又不造成新的创伤和畸形愈合是一个值得探讨的问题。

撬拨整复小儿尺桡骨远端双骨折, 对完全移位、复位困难, 提供了一个简便易行的非手术治疗方法。对不稳定骨折撬拨同时行经皮内固定, 可收到满意效果, 避免了手术治疗并发症。本法适用于横形、斜形、有明显移位、手法复位失败或肿胀明显难以整复者。对开放性骨折、创口感染及严重粉碎性骨折者撬拨整复同时宜配合牵引。

儿童骨折不同于成人, 在屈曲暴力下容易造成骨折, 但因有一定的韧性, 而且骨膜较成人为厚, 有助于稳定复位。儿童的长骨有骨骺和骺板, 后者是儿童骨骼的薄弱环节, 因此骺板与骨骺应维持于正常解剖部位, 才能避免骨生长停止和成角畸形, 因此对儿童骨折特别是近发育期及骨骺部骨折者复位必须满意, 手术虽可达到解剖复位, 但存在骨骺损伤的可能, 反复整复亦同样如此。撬拨整复可避免上述不足, 操作简单, 成功率高, 需注意 X 线防护。

(收稿:1994-03-21)