

肢伸直,消毒敷巾单,大腿上气囊止血带 600mmHg。膝部横形弧形切口。长约 8~10cm。切口皮肤皮下进入关节腔清除血肿。将骨折端手法复位。特别注意关节面的平整,如有碎小骨块也应予以保留。复位满意后布巾钳固定髌骨骨折端内外两侧。然后用 7 号丝线行间断褥式缝合腱膜 6~8 针,内外两侧用 4 号丝线间断缝合,髌前筋膜腱膜缝合后再缝其它软组织。术毕仍用前后长腿石膏夹板固定于伸直位。同时给予和营生新接骨续筋的中药内服,如生地、川芎、黄芪、杜仲、红花、五加皮等。4 周后解除石膏,开始锻炼膝关节伸屈功能。改服补气养血健壮筋骨药,特别给予下肢熏洗药治疗,使膝关节早日达到正常的伸屈功能。如透骨草、

三棱、莪术、海桐皮等。

治疗结果

50 例伤员得到随访的 39 例,随访时间最长术后 5 年,最短术后 1 年,全部骨性愈合。无红肿、无积液,伸蹲自如者 35 例,4 例在屈曲时达 120°~130°,且有少许隐痛,无 1 例功能差者。

讨论

我们采用此法既不留金属异物在体内又能得到满意的治疗效果,免除二次手术的痛苦,方法简单,容易掌握,是一良好的治疗方法。

(收稿:1990—24—16)

小针刀封闭治疗剑突综合征 10 例

辽宁省抚顺市第三医院(113004) 伊怀成 金一正 刘巨海

作者自 1992 年以来,采用小针刀加封闭治疗 10 例剑突综合征病人,效果显著、无复发,报导如下。

临床资料

10 例中男 8 例,女 2 例;年龄 32~50 岁;单纯用激素局封 1 个月后复发 1 例,病程 2 年 1 例,均已治愈经随访目前无 1 例复发。

剑突综合征诊断要点:(1)起病突然,无明显诱因,病人以剑突部、上腹部疼痛为其特征,劳动、弯腰或深呼吸可使疼痛加重;(2)剑突部有明显压痛,并可触到增大的剑突。

治疗方法

病人取平卧位,常规碘酒、酒精消毒剑突部。取压痛最敏感处,以刀口线与躯体纵轴平行,垂直刺入至剑突软骨面,先做纵行切开疏通剥离,再横行剥离几次出针刀。然后以确炎舒松 A 1ml+2%利多卡因 2ml,于剑

突尖端向上 1cm 处垂直进针,深度达软骨膜或纤维结缔组织之间后注入药液,局部稍加按揉,外敷无菌敷料。一般一次治愈,不愈者 7 天后再做一次,最多不超过三次。

讨论

剑突综合症其病理特点是软骨组织增生和骨性化;另一个是骨膜纤维性增生变厚,导致对周围组织刺激而引起症状。我们利用小针刀将剑突上面软骨膜及纤维增厚的组织做切开剥离从而消除了因软骨组织的增生膨胀对周围组织的刺激,起到了减压作用,再用确炎舒松-A 加利多卡因局封,消除了因剑突骨性压迫造成的周围组织的水肿及无菌性炎症。因此,既有近期效果,又具有远期疗效。

(收稿:1994—03—08)

新生儿股骨骨折诊治 23 例及教训

浙江省平阳县中医院(325401) 姚明

笔者 14 年中共诊治新生儿股骨骨折 23 例 分析讨论于下。

临床资料

男 12 例,女 11 例;年龄:刚出生 15 例,3 天 4 例,10 天 2 例,15 天 1 例;第一胎 18 例,第二胎 4 例,第三

胎 1 例;骨折部位:股骨上段 12 例,中段 8 例,下段 3 例;骨折类型:青枝型 3 例,横断 10 例,斜形 8 例,粉碎性 2 例;农村接生 16 例,医院接生 7 例(其中一例剖腹产术中);受伤来院就诊时间最短出生 15 分钟,当天就诊 4 例,最长 1 例为 14 天,多在 5~6 天来院就诊;产伤

17 例(臀位 14 例,横位 3 例,其中 1 例手术中),跌伤 6 例。

治疗及随访结果

有 7 例为股骨中下段骨折移位较少,用园形纸筒及杉树皮或夹板固定 2~3 周。11 例有移位的中上段骨折,先作对抗牵引,复位后将患肢大腿膝部靠近胸腹部,足趾在对侧肩部(右股骨对左肩部),腹部用棉垫保护,患肢用绷带固定胸腹部 3 周(躯干固定),有 4 例旋转、粉碎、重叠移位较大,用双脚悬吊皮肤牵引 3 周。1 例 14 天来院已有骨痂形成,未作任何固定处理。随访 20 例,最短 2 月,最长 13 年。失访 3 例。20 例中有 1 例未作处理有轻度外旋,19 例下肢完全正常,愈合良好,行走活动正常。

体会

新生儿骨折大多为胎位不正,接生时宫颈口未完全张开,助产医生用食指勾拉大腿暴力牵拉而引起,本组 17 例。少数是跌伤,其中 2 例在婴儿室跌伤,4 例在

家中洗澡时滑地跌断。

因婴儿不会说话,只会啼哭。当抱起或拉动患肢换布时或改变体位时,如啼哭不停,应及时求诊检查。临床医师要仔细询问胎位,分娩,接生情况及外伤史。检查局部是否肿胀、压痛及活动情况。

并发症及其预防:婴儿皮肤薄嫩,牵引时粘贴胶布要平,关节处要保护,不要留空隙,牵引重量以臀部离床为度。避免过重,注意观察有无胶布过敏。本组有 2 例股骨上段骨折,患肢胸前固定时,下腹部及大腿、腹股沟出现压迫疮,大小便渗透感染。经抗炎治疗,解除压迫、改变方法治愈。1 例躯干固定 1 天后出现会阴部,阴囊水肿,两下肢肿胀,为骨折端压迫回流静脉所致,经及时处理后痊愈。所以牵引、固定后,无论住院或门诊随访中,要及时检查,早期处理,固定在躯干时,腹股沟及胸腹部要用纱布棉垫保护,绷带固定时要注意松紧度。

(收稿:1993—01—18)

胫骨骨折 7 年未愈一例

黑龙江省佳木斯市中医院(154002) 李树春 王云飞

我院于 1993 年 12 月治疗 1 例胫骨骨折 7 年未愈患者,报告如下。

高 X,男,44 岁,农民。1987 年 12 月 8 日被马踢伤左小腿而骨折,在当地保守治疗 2 个月无效。于 1988 年 2 月 8 日在某医院行切开复位钢板内固定术,切口一期愈合,住院 30 天出院。术后 1 年内未参加体力劳动,1 年后参加重体力劳动,劳动后局部肿痛、不适,休息后缓解。近 20 天自觉左小腿疼痛加重,出现假关节活动,外观畸形,以“左胫骨陈旧性骨折骨不连接”入院。X 线片显示左胫骨上段 6 孔钢板固定,螺丝钉松动,折端仅有 1/3 接触,其余折端形成缝隙,最宽达 1.0cm,折端髓腔闭塞。于 1993 年 12 月 24 日行切开取内固定物、植骨、单臂架外固定术,取出钢板及螺丝钉,去除折端硬化骨质,再通髓腔,取髂骨劈条植折端,骨折端各拧入 2 枚大螺纹螺丝钉,单臂架外固定。术后 5 个月拍 X 线片,大量骨痂形成,去除单臂架外固定,左小腿无假关节活动,步态恢复正常。

讨论

胫骨骨折不愈合较多见,7 年不愈合者少见,此例不愈合可能有以下几方面原因。

1. 对位不佳,折端有软组织占位;
2. 手术剥离骨膜较多,骨滋养血管损坏,局部骨质血供不佳,骨愈合能力低;
3. 功能锻炼不当,致螺丝钉松动;
4. 钢板及螺丝钉材质结构不同,形成电解,影响骨痂形成。

以上几点因素均可致骨不愈合,故而手术要防止手法粗暴,注意保护骨膜及骨滋养血管,对位要确切,固定要牢靠,选择材质结构相同的内固定物,用过的钢板及螺丝钉不能再用。本例采用单臂架外固定,固定可靠,术后早期锻炼,内服补气养血、滋补肝肾中药,促进骨性愈合,术后 5 个半月髓腔再通,大量骨痂形成。

(收稿:1994-10-21 修回:1995-01-24)