

下肢罗索氏胫骨结节牵引。既使采用骨盆外固定支架^[2]治疗,仍需配合股骨髁上牵引。这些疗法对于纠正骨盆单侧骨折向心侧移位,效果较好。而对骨折端横向移位、嵌插、旋转变位纠正较少。骨盆兜带和骨盆夹板固定^[3],又易导致髂骨翼内旋,骨盆变形。本病大多是因来自侧方和前方的直接暴力所致。髌髂关节脱位,髂骨翼骨折,耻骨联合分离以及耻骨上下支骨折,其脱位和骨折端移位的方向往往是上下、前后,旋转同时存在,只要骨盆远折端发生旋转,骨折端必发生前后移位。手法复位时,由于骨盆附着肌肉较多,骨折端逆向骨茬的阻挡以及髌髂关节周围韧带的嵌顿,致使手法和采用单纯牵引不易成功。根据“欲合先离”的原理,用直接力量将骨折远端拉向外侧,缓解了阻碍复位的因素,使骨折端周围肌肉达到一定程度的弹性疲劳,减小了对骨折端的牵扯作用,纠正了旋转畸形及骨折端的横向移位,并使骨折端稍有分离,配合股骨髁上牵引,纠正向头侧移位。治疗压缩型骨折及髂骨翼骨折前后错位较多时,为了防止牵引时髂骨外旋,骨折端互相阻挡复位,可将床旁的牵引点高出髌前上棘平面。如虽

经单侧髂骨大重量牵引,也不能纠正骨折端的嵌插、交锁及横向移位时,可采用双侧髂骨对抗牵引。当旋转已纠正,可将患侧臀部垫一薄枕,利用股骨髁上牵引时,臀下薄枕产生的反作用力纠正向后错位。如为分离型骨折,髂骨外旋,可根据情况采用双髂骨交叉牵引,即将左侧髂骨牵引绳放于身旁右侧的滑轮上作牵引,右侧髂骨牵引放于身旁左侧滑轮上作牵引,以纠正髂骨翼的横向分离。在牵引治疗期间,鼓励患者多作腹肌、臀肌的主动收缩,以利用肌肉本身的弹性回归作用使骨折端残留的移位得以纠正,同时还可防止过牵。

参考文献

1. 孟和. 等. 骨科复位固定器疗法. 天津: 天津科学技术出版社. 1986. 207.
2. 孙锡孚. 严重骨盆骨折脱位应用骨盆外固定治疗初步报告. 中华骨科杂志 1984; 4: 19.
3. 赵文宽. 等. 应用骨盆弹力夹板治疗骨盆骨折初步总结. 中华骨科杂志 1988; 1: 50.

(收稿: 1995-02-14)

Ender 氏钉治疗老年人股骨粗隆间骨折

上海卢湾区中心医院 (200020) 张振庆

我院骨科自 1985~1988 年 4 年间共进行 20 例 Ender 氏钉内固定治疗股骨粗隆间骨折, 经过 1~7 年平均 3 年的随访效果满意, 现报告如下:

临床资料

本组 20 例, 其中男 13 人女 7 人, 年龄 57 岁~85 岁。按骨折类型分成 4 型。I: 稳定的, 无移位的线状骨折 6 例。II: 有移位的, 轻度髓内翻的、伴有小粗隆骨折, 但经过手术能维持稳定的 6 例。III: 有移位的, 不稳定的大粗隆后内缘骨折伴有髓内翻 3 例。IV: 不稳定的粉碎性粗隆间骨折, 大粗隆内缘粉碎、伴有粗隆下骨折 5 例。

手术方法

先将病人置于骨折复位床上(石膏床), 健肢外展 30°患肢外展 30~40°内旋 15~20°, 使髌骨面朝上, 以消除向前倾角, 先摄片或电透证实骨折正复后位线可方可手术。

在股骨内髁中点向股骨近端作一纵切口长约 7~9cm 切开皮肤、皮下深筋膜, 在股内肌与股四头肌扩张部之肌间隔进入, 结扎并切断膝内上动脉, 于内收肌结

节近端 1cm 处于股骨内侧稍偏后骨干上开骨窗 1×3cm 或 1×4cm。角窗与骨干长轴平行。以免 Ender 氏钉钉尾外露于皮下, 以影响膝关节活动。

于骨窗击入预先弯好的, 长短合适的 Ender 氏钉, 并在钉尖 7cm 处前倾 10°左右, 顺行击入 Ender 氏钉 3~4 根, 摄片或电视 X 光机监视 Ender 氏钉在股骨粗隆和股骨颈处的位置, 使其全扇形分布于股骨头, 并达股骨头软骨下 0.5~1cm, 如击入 Ender 氏钉时骨窗有线状裂开, 可将骨窗稍延长扩大, 钉尾经弯曲后夹在股骨内踝骨皮质处, 钉尾外露 1cm, 太长则咬掉, 以免刺激膝关节影响膝关节内活动。

治疗结果

本组 20 例骨折复位优良 15 人, 可 3 人, 差 2 人, 术后 3 天床上活动, 第 1 周下床持拐不负重活动, 第 2~3 周开始负重活动。

讨 论

对于股骨粗隆间骨折的治疗方法很多, 一般分作保守治疗和手术治疗两大类, 保守治疗通常行骨牵引, 但因牵引时间长, 不能早期下地活动, 对老年人来讲,

长期卧床极易导致肺部感染、褥疮、尿路感染等并发症。同时长时间卧床使心肺功能恶化，严重者危及生命。许多老年人因无法忍受牵引所致的不适，而改穿防旋鞋。使股骨粗隆间骨折产生畸形愈合，导致肢体明显收缩和髓严重内翻畸形，使日常生活自理产生困难。手术方法为切开复位鹅头钉内固定和 Ender 氏钉内固定。鹅头钉内固定虽具有在直视下手术，需达到较满意的复位，且内固定牢固，可防止髓内翻和肢体短缩。但因手术创伤大，对于老年人来说，因其心功能，肾功能差，手术的危险性也相应增大，许多有慢性病的老年人不能手术，Ender 氏钉则具有方法简便，创伤小，即使有冠心病，肺部慢性炎症，I°-II°褥疮也可以手术，且手术中血压的波动少，手术安全。因手术可早期起床活

动，可大大减少并发症提高了生存率。即使有轻度的肢体短缩和轻度髓内翻，仍能为病人及家属所接受。

Ender 氏钉内固定对 type I-II 型骨折来讲，既能达到稳定的内固定，又因早期负重，使骨折端纵向挤压而产生近似于生理的压应力，有利于骨折的愈合，故在 type I-II 型骨折，术后早期负重导致肢体短缩和髓内翻的程度小，病人很满意，对于 type II-II 型骨折，因 Ender 氏钉无法达到稳固的内固定，无法完全对抗股骨内翻的剪式伤力，而导致骨折再移位，产生肢体短缩和髓内翻。如果术后能延长负重时间，肢体短缩和髓内翻现象会大大减少，这一点有待于今后实践中加以验证。

(收稿：1995-01-24)

带蒂腓肠肌肌膜及跟腱反转缝合法治疗跟腱断裂

山东中医学院附院 (济南 250011)

齐尚锋 李金松 于娟 闫波*

我院于 1975~1994 年间采用带蒂腓肠肌肌膜反转及跟腱反转缝合法治疗跟腱断裂 32 例，效果满意，现报告如下。

临床资料

本组 32 例中，男 19 例，女 13 例；年龄 5~56 岁；左侧 15 例，右侧 17 例；新鲜损伤 11 例全部为闭合性损伤，陈旧损伤 21 例中，9 例为初期开放损伤单纯行皮肤缝合，12 例为闭合损伤。伤后就诊时间：24 小时以内~11 个月。损伤原因：锐器伤 9 例，运动伤 23 例。手术探查断裂部位：跟腱中段（距跟腱附着点以上 3~5cm）25 例，肌腱与肌腹交界处 4 例，接近跟骨结节处 3 例。开放性损伤漏诊 9 例，闭合性损伤漏诊 8 例，漏诊率达 53%。

治疗方法

全部采用手术治疗，硬膜外麻醉或腰麻下，取跟腱内侧纵切口，暴露出跟腱断裂部位，以带蒂腓肠肌肌膜及跟腱反转法缝合。如系陈旧损伤应先分离肌腱与周围组织粘连，辨认清楚疤痕组织与正常肌腱之界限。

1. 对跟腱中部断裂：先屈膝、跖屈踝关节。对新鲜断裂，将断端修整后行本奈氏缝合或 U 形缝合，再取腓肠肌肌膜 3×6cm，自上而下反转（应将其光滑面向外以避免粘连），包绕跟腱缝合。对陈旧性跟腱断裂，应

仔细分辨疤痕组织，分离粘连，切除疤痕组织后，可按新鲜损伤方法行对端缝合腓肠肌肌膜反转缝合；亦可根据踝关节屈伸角度，自上和下两部分跟腱各自额状面劈下 0.3cm 厚跟腱，反转后重叠缝合；亦可保留部分疤痕，将其修整成略细于跟腱后，再自近端跟腱反转重叠于疤痕组织及远端跟腱上，或取腓肠肌肌膜反转包绕缝合。

2. 对肌腱与肌腹交界部断裂：可将断端缝合后再以腓肠肌肌膜反转缝合。

3. 对接近跟腱止点处断裂：依其长度可取近端跟腱（勿太厚，应薄于 0.5cm），将其于额状面劈开，反转后与远端跟腱重叠缝合。

术后采用膝关节屈曲 30°、踝关节跖屈 30°位长腿石膏固定，3 周后改膝下踝关节中立位 0°固定，新鲜损伤 6 周后去除石膏，陈旧损伤 8 周去除石膏，逐渐采用本院经验方活血止痛散薰洗行踝关节功能锻炼，半月后扶拐下地行走，半年内避免剧烈活动。

治疗结果

本组病人随访时间半年~19 年。新鲜损伤患者术后 3 个月均能行走有力，无疼痛及跛行，踝关节活动不受限，术后半年小腿三头肌无萎缩，仅有 1 例病人出现跟腱部发紧、变粗，但无其它不适。陈旧损伤患者，于