

三针的角度和位置是在股骨上端冠状面和矢状面确定的。对于冠状面角度按照“强斜”“贴边”“多方向”的原则^[2]有一枚针要靠近或通过坚固的股骨距，起到抗压应力和剪力作用。“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。矢状面进针角度应符合股骨上端前倾角的特点，操作时一方面注意患肢体位的调整、内旋患肢 15°使股骨上端呈水平位，手术可水平进针。三枚螺纹针在股骨头内矢状面成 3 个点。

术中在电视 X 线后前位监视下钻入三枚螺纹针，

针尖不能超过关节面，因股骨头外观近乎球形，电视 X 线后前位影象不能全面反应内固定针在股骨头内是否超过关节面；将患肢缓慢屈膝屈髋、外展 90°，成单侧“蛙式位”显示股骨头侧位象及三枚螺纹针在头内的位置。我们认为三针之间矢状面呈三角型几何关系，能充分发挥抗旋转作用，牢固地固定骨折断面。

参考文献

1. 戴克戎, 等. 螺纹针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.

(收稿: 1995-01-24)

马氏骨片治疗股骨头坏死 128 例 X 线变化

北京市鼓楼中医医院 (100009) 马素英

笔者应用分型治疗股骨头缺血性坏死 128 例，临床症状改善明显，复查 X 线片疗效肯定，现总结如下。

一般资料

128 例全部选自住院患者，其中男 77 例，女 51 例，年龄 16 岁~67 岁，平均 43 岁，创伤性 36 例，激素性 69 例，酒精中毒性 18 例，髋关节发育不良 3 例，其他 2 例；单侧左股骨头坏死 25 例，右侧 20 例，双侧坏死 83 例，共有患髋 211 个；X 线分期，早期坏死 16 个股骨头，中期 83 个股骨头，晚期 112 个股骨头。

X 线诊断分期

X 线是诊断骨坏死的主要方法。X 线诊断标准参照王云钊^[1]诊断标准，骨缺血坏死 1~3 个月后 X 线才能表现出来。早期：股骨头外形基本正常，头全部或部分区域骨密度相对增高，有囊样或带状骨小梁吸收区。中期：股骨头密度不均匀。有单发或多发囊状破坏或股骨头内有不规则骨吸收带，髋臼周围轻微骨质增生。晚期：突出表现为股骨头塌陷，磨菇状变形或有关节软骨下壳状骨折片，髋关节骨性关节炎变化。

股骨头坏死 X 线分期标准只是主要指征。应注意骨坏死范围和类型不同，而表现各异。

辨证论治

1. 气滞血瘀型：多见于创伤后引起的骨坏死与早期体强者。治则：行气通络、活血化瘀药用马氏 2 号骨片^[2]，黄酒送服。配以 1 号洗药中药浴，日一次。

2. 肾虚血瘀型：多见于激素性骨坏死与其他原因引起的骨坏死中晚期。治则：补肾强骨、活血化瘀。药用马氏 1 号骨片^[2]，白开水送服。配以 2 号洗药中药浴，日一次。

3. 气血两虚型：多见于各种原因引起的骨坏死晚期。治则：补气养血、舒筋通络。药用马氏 3 号骨片^[2]，白开水送服。

治疗结果

1. 疗效评定：股骨头坏死临床症状、体征变化主要表现在疼痛、跛行、功能障碍三个方面，我们采用 3 分级记分的方法，对病人治疗前后个别分值的变化和总体分值的变化作出评价^[2]。

2. X 线照片的疗效判定标准：采用分期，按三个阶段时间对比判定。

(1) 初诊 X 线片如为坏死期，要仔细观察股骨头内相对密度增高区域，估计死骨区范围，囊性变的大小。复诊时观察死骨周围骨吸收带出现的时间，死骨块缩小的程度，新骨增生与囊区缩小和时间关系。6 个月内变化明显者为修复快，12 个月内变化明显者为中，18 个月变化明显者为慢。

(2) 初诊 X 线片为吸收期，要首先测量死骨的大小，最大径、最小径，骨增生的程度与囊状破坏区的大小。复诊时观察死骨缩小和新生骨增生的程度与时间的关系。仍以 6 个月、12 个月、18 个月为判定效果的阶段时间。

(3) 初诊 X 线片为晚期，要记录关节变形的程度，死骨的大小，新骨增生的范围和程度及关节间隙情况。复诊时有骨结构出现，死骨缩小，新生骨增多，关节间隙狭窄有增宽为效果好。

治疗结果

本组 128 例，治疗时间最短 6 个月，最长时间 24 个月，平均 10 个月。优 69 例，良 36 例，可 18 例，差

5 例。X 变化情况见表 1。

表 1 X 线片变化表

	死骨吸收 明显头数 (%)	新骨增生 明显头数 (%)	骨修复 明显头数 (%)	有新骨塑 型头数 (%)
6 个月	107 (50.7)	106 (50.2)	106 (50.2)	25 (11.8)
12 个月	98 (46.5)	97 (46)	97 (46)	59 (28.2)
18 个月	6 (2.8)	6 (2.8)	6 (2.8)	95 (45)

体会与讨论

1. 中医非手术治疗股骨头坏死的 X 线演变结局, 与股骨头坏死的类型和治疗时机有关。早期, 全头坏死或头大部坏死者, 头顶中心大块死骨吸收越快, 死骨发生裂解破碎, 新骨增生越多, 股骨头可能由正常轮廓转为塌陷变形。是死骨吸收被清除的后果, 因为死骨不能复活。此时极易误认为是治疗的失败。如果是弥漫多发灶性股骨头坏死, 引起多发囊变, 经治疗头不塌陷, 囊区被新生骨充填。或单发小片骨坏死, 治疗后可发生囊变, 头不塌陷, 进而囊区被新生骨充填。此二种均为治疗效果好的。中期, 死骨已经有吸收或裂解, 可能已明确

出现吸收带或已形成囊变。此时治疗成骨活跃, 死骨吸收加快, 多数患者股骨头不再继续塌陷, 修复明显, 有新骨塑型。治疗效果满意。晚期, 股骨头已经发生塌陷变形、缺损。治疗后绝大多数不再继续塌陷, 死骨完全吸收后, 关节面外形经过改建, 表现为较光滑的股骨头, 保持良好的功能。可有部分关节间隙增宽者, 疗效较好。小部分患者由于内侧滑膜肥厚而股骨头向外上移, 关节间隙变窄, 后果不良。

2. 马氏骨片行气通络、活血化瘀、补肾强骨, 调解阴阳气血, 改善骨组织的血供, 去瘀生新, 死骨吸收迅速, 成骨、成软骨活跃, 促进筋骨再生和修复, 可使骨坏死得到良好的修复。

参考文献

1. 王云钊, 等, 骨缺血坏死. 中国医学百科全书 X 线诊断学, 第一版. 上海: 上海科学技术出版社, 1983; 159.
2. 马素英. 马氏骨片治疗激素性股骨头坏死 1323 例. 中国骨伤 1993; 3 (6): 32-33.

(收稿: 1996-02-07)

髌前弧形切口在膝关节手术中的应用

上海市日晖医院 (200032)

顾正义 蒋 森* 诸福度 崔 明 李明祚

膝关节手术都期望术后早期能恢复膝关节活动, 然而, 最令人担心的是术后早期活动可能并发切口崩裂或髌前皮肤坏死⁽¹⁾。1992 年 6 月~1994 年 10 月, 我们根据腰野⁽²⁾介绍的手术方法在膝部不同手术的病人中作了膝髌前弧形切口, 并在 CMP 功能操练器的配合下均取得术后早期膝关节良好活动度, 现将初步体会报告如下。

临床资料

本组 40 例中男 15 例, 女 25 例; 年龄 31~78 岁; 左侧 23 膝, 右侧 16 膝, 双侧 1 例, 共计 41 膝; 新鲜髌骨骨折 14 例, 术后膝关节粘连作松解术 11 例, 膝骨关节炎作胫骨结节前移术 4 例, 胫骨高位截骨术 5 例, 全膝关节置换 2 例, 胫骨平台骨折 3 例, 胫骨外髌骨折 1 例和膝关节滑膜结核作滑膜切除术 1 例。

治疗方法

全组均采用硬膜外脊髓麻醉, 大腿根部空气止血带加压 600mm 汞柱, 经严格消毒后开始手术⁽²⁾。

1. 髌前方弧形切口的皮肤标志: 在髌骨上缘略偏向内侧向外经髌骨中央向下作弧形切口, 下缘经胫骨结节, 再根据手术暴露范围可向下延伸 (图 1)。

2. 深筋膜的切开: 切开皮肤及皮下组织后, 仔细分离和切开深筋膜, 可先用丝线挂针作标志, 以便术后缝合 (图 2)。

3. 内外侧支持带的切开: 然后依次切开髌旁内外侧支持带 (一般外侧较内侧切开长些), 沿髌韧带两侧向下作充分切开, 并切开发节囊和关节滑膜。这样通过膝关节的伸屈动作, 可完全充分暴露关节腔, 如把髌骨翻向外侧时暴露更加充分 (图 3)

4. 术毕用可吸收线或肠线缝合深筋膜, 并置关节腔硅管持续负压吸引 (术后 48 小时可拔除), 术后 24 小时开始 CMP (TAP-TX-A, CMP 下肢关节器, 杭州天宝技术公司研究所产品) 功能操练和锻炼, 对于个别难以忍受疼痛的病人, 可在操练前半小时肌注强痛