

骨骨折的治疗方法很多^[4,5]，手术治疗已被公认，本组均采用手术或有限手术治疗。如采用有限手术关节腔积血可通过关节穿刺或做侧方小切口放出的方法使之既达到复位固定、又防止关节内感染的目的。对于粉碎性骨折，作者认为一般不主张髌骨全切除或部分切除。因为全切除将使股四头肌失去杠杆作用影响伸膝功能；部分切除相对缩短伸膝装置而影响屈膝功能。故除非万般无奈不宜采用。术后用弹力绷带加压包扎是防止或减少关节内积血的重要环节，不可忽视。

2、关于手术时机的选择：原则上只要全身条件允许以早期手术为好。如有休克或合并脏器损伤则应首先处理。

3、关于内固定材料的选择：本组股骨干骨折的固定材料全部选用国产梅花形髓内针，它的抗弯、抗旋转作用虽不及加压钢板，但却起到了弹性固定的作用，且操作简单、创伤小，只要能够显露骨折端即可，避免了使用加压钢板需切口长、骨膜剥离大、感染多、骨质疏松变薄、螺丝钉松动、钢板弯曲、断裂以及异物刺激所造成的骨折延迟愈合或不愈合之弊。髌骨骨折的固定方法甚多，诸如张力带钢丝、抓髌器、接骨钉、钢针、螺丝钉等。本组 29 例髌骨骨折中，双 10 号丝线固定 24 例，钢丝固定 5 例，除 1 例感染外，余均获得理想愈合。这两种固定材料，经临床观察无显著差异，相比之下，丝线内固定更具有优越性，因其柔软、可塑性好，术中

操作方便，髌骨各骨折块受力均匀，有利于应力在髌骨上的合理分布，而且选材方便，不存在皮肤刺激不需二次手术取出、更不必担心其拉力强度。

4、关于功能恢复的问题，适时进行功能锻炼是治疗成败的关键。本组病人均在术后第二天开始主动股四头肌功能锻炼，3 周后扶拐下床主、被动伸屈膝关节。一般在 50 天左右膝关节活动基本恢复正常。我们不主张在不加任何外固定的情况下术后次日开始下床活动，因过早活动有增加病人痛苦、活动性出血、软组织肿胀之弊。膝关节的粘连、股四头肌的萎缩并不是数日内形成的。中草药的熏洗是增加局部血液循环、舒筋活血、通络，促进功能恢复的重要步骤。

参考文献

1. 王亦璁，等．骨与关节损伤．第二版．人民卫生出版社．1992；140.
2. 顾云五，等．骨牵引复位、小夹板固定及练功治疗成人股骨干骨折．中华骨科杂志．1983；(2)；103.
3. 朱家富，等．自身加压钢板治疗股骨干粉碎骨折．骨与关节损伤杂志 1991；6 (3)；177.
4. 王德新，等．环扎张力带钢丝固定治疗髌骨粉碎性骨折．骨与关节损伤杂志 1993；8 (4)；236.
5. 周维德，等．张力带内固定治疗髌骨骨折的并发症．中华骨科杂志 1991；11 (1)；75.

(收稿：1995-05-29)

一侧髂总动脉结扎同侧肢体存活一例

河北医科大学第三医院 (050051) 李 衡 赵昌平 张 煜 吴增安

××，男 52 岁，于 1993 年 9 月 21 日被摩托车把顶伤右下腹部，当时腹痛、腹胀，右下肢疼痛、麻木，3 天后加重急诊入院。查体：体温 39.2℃，脉搏 110 次/分，血压 15/10kpa。腹部膨隆，腹肌紧张压痛、反跳痛。骨盆挤压分离试验阴性。右足背动脉搏动触摸不清，皮温较健侧低。行腹腔穿刺可见淡黄色混浊脓性液体，镜检可见大量脓球。初步诊断为：1. 肠破裂合并化脓性腹膜炎；2. 髂动脉损伤。

治疗 全麻成功后行剖腹探查术。打开腹腔发现小肠有长约 40cm 坏死穿孔。右髂总动脉距根部 2cm 处有长约 4cm 的动脉壁损伤，外膜未破裂，血管腔内被栓子栓塞，长约 5cm，动脉壁明显粥样硬化，其管腔内径减小约 1/3。由于患者病情危重及当时条件不允许血管重建，只好行右髂总动脉根部结扎术。术后，患肢感

觉运动与术前相同，有缺血表现：疼痛麻木，能走路，可以从事轻体力劳动。一年后，行髂总动脉人造血管搭桥术，现已恢复伤前工作。

讨论 据文献报道^[1]：一侧髂总动脉结扎后，同侧肢体坏死率为 100%。本例髂总动脉结扎后 1 年，肢体无坏死，有缺血表现，血管造影结扎远端可见清晰的侧枝循环。在处理髂总血管损伤的患者中，不要轻易截肢，应严密观察，尽早二期血管重建，最大限度地恢复患者功能。

参考文献

1. 王亦璁，等．骨与关节损伤．第 2 版．北京：人民卫生出版社．1991；277~277.

(收稿：1996-07-19)