

缝合切口,应用有效抗生素。

胎儿骨的取材与贮存:将引产娩出的 6~9 个月的健康胎儿置入 0.1%新洁尔灭液中浸泡 1 小时,置在无菌巾上,碘酊、酒精将四肢消毒。取出两侧股骨、胫腓骨、肱骨和尺桡骨,将软组织剥净,无菌盐水冲洗放入 75%酒精的无菌缸中,加盖密封贮存。注明胎儿取骨日期,存在冰箱中,保持 0~6℃备用。一般贮存不超过 3 个月。每次使用前将胎儿骨反复冲洗,并在含有庆大霉素液中浸泡 1 小时。

### 治疗结果

术后半个月病人可下床活动。X 线检查:3 个月后有少量骨痂形成,6 个月有中量骨痂形成,10 个月有大量骨痂形成,痂内有新生骨小梁,排列规则,骨折线大部分消失。拆除外支架,局部无压痛及纵向叩击痛,膝、踝两关节活动正常。1 年后能参加劳动。

### 讨论

胫骨中下段骨折,因胫骨前内侧几乎直接位于皮下,表面较少软组织覆盖,血运差。受伤时皮肤的坏死、软组织感染,手术操作时骨膜剥离过多等因素最易造成骨折后骨不愈合。传统的植骨通常用自体骨、同种异

体骨,手术取自体骨,一是有取骨之苦,二是延长手术时间,术后可能有并发症发生。同种异体骨来源困难,经脱钙等处理工序复杂,一般医院难以应用。不论何种骨移植都是为新骨爬行替代起诱导作用,胎儿骨具备其优点。有人研究发现它具有较强的诱导能力,存在着骨形态发生蛋白和人骨生长因子,调节骨细胞的产生量,促进骨的生长。由于胎儿骨在 75%酒精贮存,其中的抗原组织如血管、神经和结缔组织等基质已被灭活,基本失去抗原性,从免疫学观点考虑小儿在半岁以后免疫系统逐渐建立完善,胎儿免疫系统还未形成。胎儿骨中是不成熟细胞,髓腔是幼稚造血细胞,有着明显的依附性,故会出现排斥反应。胎儿骨移植和自体骨移植治疗骨不连接从愈合时间上没有明显差异,且胎儿骨来源广泛,费用低,易于被人接受。外支架固定的优点:牢固,保证骨折愈合过程不受干扰,手术操作简便,复位良好,手术创伤小,感染率低,术后不需作其它外固定,下床活动早,功能得到早期锻炼,避免长时间固定而造成膝踝关节僵硬。调节外固定支架可给骨折端以适当纵向压力,加快骨折愈合。

(收稿:1996—06—26;修回:1996—09—09)

## 自制肩挑板固定治疗习惯性肩关节脱位

吉林省桦甸市榆木桥子镇中心卫生院(132416)

董 葵 王喜宽

我科采用自制肩挑板,治疗习惯性肩关节脱位 8 例,取得较好的效果。报告如下。

### 一般资料

本组 8 例中男 5 例,女 3 例;年龄 22~48 岁;左侧 3 例,右侧 5 例;喙突下脱位 6 例,孟下脱位 2 例;病程最短 6 个月,最长 5 年。

### 治疗方法

1. 材料制做方法:(1)肩挑板制做方法:取一厚 2cm、宽 10cm,与肩同长的木板,将木板的中间制成圆弧形凹陷,宽以头颈转动不受限为度。在凹陷的两端各钻一孔,在木板两端各钻两排孔,每排两个,孔距因人肩宽窄而定,供系带用。(2)胸带制做方法:取一宽 10cm 与胸围同长的厚帆布,做成上宽下窄呈漏斗形,与胸廓形状相符的胸带,在胸带的两端各做两条系带,用来固定胸带。在胸带前方与肩挑板凹陷旁的孔相对应的位置做两条宽布带,用于固定肩挑板防止后移。在胸带侧

上方各做两个宽布带,用于固定健侧肩挑板。在胸带患侧前后各做两条宽布带与胸带平行,前后带间距与上臂直径同宽,用于固定患侧上臂。

2. 固定方法:先用胸带两端的系带围胸系紧,然后将复位后的肩关节保持在屈曲 90 度,内收内旋,前臂贴胸位。在肩及颈后部的骨突部垫上纱布或棉垫后放好肩挑板,用胸前的两条宽布带分别穿过凹陷旁的两个孔各自系牢,再把胸带健侧的四条宽布带从上方肩挑板孔内穿过,并前后两个交叉互相系牢。患侧用三角带向上通过肩挑板小孔将患肢固定在复位后的位置,然后用胸带患侧的宽布带环绕患臂协助固定在贴胸位上。固定时间 5~6 周,然后开始功能锻炼。

### 治疗结果

8 例均获随访,随访时间 2~5 年,仅一例复发,因其骑自行车不慎摔倒,后肩部着地,而复发,又经此法治疗,随访 2 年未复发。

### 体会

习惯性肩关节脱位并不常见,多因新鲜或陈旧性肩脱位后未经合理治疗,或治疗后又因外力所致复发而引起。我科在其它固定方法基础上研制了肩挑板治

疗法,此法有简便,患者痛苦小,治愈率高等优点。使用本固定,能使肱骨头稳固地在关节盂内,有助于关节囊前臂和周围软组织的恢复,从而达到治愈的目的。

(收稿:1996—07—19)

## 股骨粗隆下不全截骨及钻孔治疗 Perthes 病

贵州省黔东南州医院(556000)

房晓彬 蒋华富

Perthes 病,又称儿童股骨头无菌性坏死、儿童股骨头缺血坏死、股骨头骨软骨病等。1986 年以来,我们采用股骨粗隆下不全截骨及股骨头髓钻孔术治疗本病 18 例,获较满意疗效。

**临床资料** 本组 18 例,均为男性,年龄 3~14 岁,发病至就诊时间最短的半月,最长的 3 年。临床表现主要是患侧髋或膝疼痛,跛行,髋关节外展受限;X 线表现为股骨头髓骨化中心较小,股骨头向外侧移位,股骨颈变短粗和有囊性缺损区,骨骺变扁,密度呈不均匀性增高或节裂等。按邱建德等<sup>[1]</sup>提出的分期方法,本组 I~III 期者 17 例,IV 期 1 例。

**治疗方法** 取大腿上端外侧切口(切口上端始于大粗隆上方 1cm,长约 6cm),分离股外侧肌,显露大粗隆及其下部,用骨刀在大粗隆下 1cm 处横行截骨 1/3~1/2,造成不完全骨折。然后用直径 2mm 的克氏针由大粗隆外侧经股骨颈向股骨头钻 3~4 个孔。缝合切口。术后用单髌人字石膏固定患髋于外展 35°~45°位 3 个月。

**治疗结果** 本组随访时间最长 7 年,最短 1 年。疼痛及跛行消失,髋关节活动好者 16 例,其中 X 线表现为股骨头节裂基本恢复、股骨头高度接近正常、头臼关系基本恢复者 5 例为优(占 27.8%);股骨头轻度扁平、头较臼稍大者 11 例为良(占 61.1%),优良率为 88.9%。仍有轻度跛行,髋关节活动稍受限,及 X 线表现股骨头扁平、密度增高、有囊变、股骨头有外移现象者 2 例为差(占 11.1%),此 2 例分别是 10 岁和 14 岁的 III 期和 IV 期的患者。

**讨论** Perthes 氏病大多发生于 3~10 岁男性儿童,病因尚未明确,主要病理是股骨头血供障碍而导致

缺血坏死。本病的诊断主要依靠 X 线检查。

对于本病的治疗,近年来普遍认为早期改善股骨头的血液循环是关键。有人研究认为,本病的早期,连接髌板的干骺充血,血管外的压力增大,回流减少,以及滑膜充血水肿,影响股骨头髓血运;在其修复期,骨骺再生血管,有赖于干骺发出的血管穿越髌板进入骨骺<sup>[2]</sup>。因此本手术的机制,可能是通过粗隆下不全骨折及经股骨颈穿过髌板至股骨头钻孔后,可减低股骨头内压力,改善静脉回流,间接启动血管再生,在骨折修复血运重建的同时,股骨头的血供得到改善,使缺血坏死的股骨头骨骺逐渐由新骨代替,股骨头的结构得到恢复。

儿童的特点是生长机能旺盛,有充分潜力修复损害的股骨头;至 12 岁以后,儿童的生长速度逐渐减慢,其自然矫正畸形的能力亦因之降低。所以,我们认为,本手术方法的疗效与发病年龄和病期有关,其适应症以年龄较小的 I、III 期的患儿为理想;对较晚的 IV 期、年龄超过 12 岁者本手术治疗意义不太大,而应选用骨盆截骨术等治疗。本组 2 例疗效差者,就是年龄较大或 IV 期的患儿。

本手术方法的优点是简单、不进入关节腔,对关节功能影响不大,且疗效优良率与邱氏<sup>[1]</sup>髋关节滑膜切除术的优良率(92%)相近,而明显优于非手术疗法。

### 参考文献

1. 邱建德,等. 介绍一种治疗儿童股骨头缺血性坏死的新方法. 中华外科杂志 1981;19(1):4.
2. 江让. 小儿股骨头缺血性坏死手术治疗. 中华骨科杂志 1988;8(2):90.

(收稿:1995—04—24)