

为 91.7%，经统计学处理无显著性差异。而两组痊愈和显效率中，小针刀组为 87.6%，电针组为 65.0%，经统计学处理， $P < 0.01$ ，有非常显著性差异，揭示小针刀治疗梨状肌综合征的痊愈和显效率明显高于电针治疗梨状肌综合征。

讨 论

小针刀将针刺治疗法的针与手术疗法的刀融为一体，它既有针的作用，也有刀的作用，运用小针刀治疗梨状肌综合征可直接在病灶处进行剥离，可使腱膜、肌间膜的挛缩、结疤粘连得到松解，肌肉的动态平衡恢

复，从而使梨状肌压迫神经、血管产生的一系列症状获得缓解和消失。

小针刀治疗的机械刺激作用远远强于单纯针刺和电针治疗，产生的局部组织蛋白分解和产生的血管活性物质的作用均较电针强。从而对改善梨状肌的血液循环，促进无菌性炎症的吸收也优于电针疗法，小针刀治疗时对穴位（包括疼痛点的天应穴）刺激强度也大大超过电针治疗，可使经气畅通，疼痛常可即刻缓解。

（收稿：1997—10—20）

矩形髓内钉内固定治疗胫腓骨开放性骨折 22 例

浙江省富阳市中医骨伤科医院（311400）

王国平

我院自 1993 年 1 月～1995 年 6 月用矩形髓内钉一期固定治疗胫腓骨开放性骨折 22 例，取得较好疗效，现报告如下。

临床资料

本组 22 例中男 15 例，女 7 例，其中双侧骨折 1 例；年龄 20～66 岁；致伤原因：跌伤 7 例，车祸伤 9 例，压伤 4 例，撞伤 2 例；骨折类型：多段骨折 3 例，横形骨折 11 例，短斜形骨折 5 例，粉碎性骨折 4 例；骨折部位：中上段 3 例，中段 16 例，中下段 4 例；开放性骨折程度按 Anderson 分类：I 型 7 例，II 型 13 例，III 型 3 例。合并出血性休克 4 例，胫前血管损伤 2 例。

治疗方法

1. 内固定：依据 X 线片选矩形髓内钉的型号，消毒。在硬麻下作胫骨结节两侧倒八字切口约 3cm，达骨质后作骨膜下剥离，然后用宽 1cm 骨刀与胫骨纵轴成 45°向远端击入胫骨髓腔。拔出骨刀后即可将预先选定的两枚矩形髓内钉从内外两个切口同时插入髓腔，并慢慢向骨折远端轻轻击入，达骨折端后进行骨折对位。如伤口小需扩大创口，暴露出骨折断端。有大的碎骨块，可用钢丝捆绑，增强其稳定性。仔细对合达解剖复位后，将矩形钉击入骨折远端，使矩形钉尾端埋入皮下。

2. 伤口清创：常规用肥皂水、生理盐水冲刷创口周围皮肤，3% 双氧水或 1:5000 新洁尔灭浸泡创面 5 分钟，后用大量生理盐水反复冲洗，闭合伤口前用聚维酮碘稀释液浸泡 5 分钟。皮肤的闭合须无张力。有张力者需减压缝合。如有缺损，裸露骨端先用肌瓣转位覆盖，

再在肌肉表面游离植皮覆盖创面或用肌皮瓣直接覆盖。术后伤口内常规放置引流管。

3. 石膏托外固定：不稳定性胫腓骨上 1/3 骨折用下肢石膏托固定，中 1/3 或下 1/3 骨折则用小腿石膏后托固定。稳定性骨折不用外固定。

4. 术后处理：患肢抬高，静脉应用半合成头孢菌素 7～10 天。充分负压引流，引流条留置时间 24～48 小时。2 周拆线。对不稳定性骨折，继以石膏托外固定，稳定性骨折即可扶拐行走。

治疗结果

本组 22 例经过随访，伤口一期愈合，骨折在 3 个月内获得愈合，成角和旋转畸形， $< 5^\circ$ ，膝踝关节活动度活动度差 15°以内者为优，18 例；伤口仅浅表感染，经换药后 3 周内愈合，骨折在 6 个月内愈合，成角和旋转畸形在 5°～10°，膝踝关节活动度差 15°～30°为良，4 例；伤口深部感染，换药 3 周以上或合并创伤性骨髓炎者为差，1 例。

讨 论

对于开放性骨折，既往多认为内固定会加重损伤，增加感染率，因此固定越简单越好，结果畸形愈合，骨不连接和关节僵直等并发症经常发生。近年来众多学者认为开放性骨折需要坚强的内固定或外固定治疗，可避免骨折端活动所致的骨坏死吸收和软组织再损伤及皮肤压迫坏死，有利于骨折愈合，防止不连接及关节僵直。本组病例结果表明，矩形髓内钉治疗胫腓骨开放性骨折，优良率为 95.6%，伤口深部感染合并骨髓炎者仅为 4.4%。因此我们认为开放性胫腓骨骨折应当提倡

在积极有效的清创前提下，用矩形髓内钉一期内固定治疗。

矩形髓内钉具有下列优点：(1) 属于屈性髓内钉，不需要扩大髓腔，也不象钢板螺丝钉内固定需要广泛剥离骨膜，因此对骨折处血供干扰少。(2) 由于动力性固定，术后早期可纵轴叩击及扶拐行走，通过纵向压力刺激能诱发断端间成骨细胞活跃，加速骨折的愈合。

(3) 胫骨为三棱形管形骨，矩形进入髓腔内，呈面对面的接触，其稳定优于 Ender 氏针。(4) 手术创伤小，仅在胫骨旁作两小切口，击入矩形髓内钉即可。骨折处可利用原有伤口，不加重伤肢的损伤，操作简单，内固定一般约 15 分钟即可完成。

(收稿：1995—05—21)

Pyrford 法治疗髌骨骨折 38 例

南京医科大学第三附属医院 (211900)

童贤平 吴仲华 刘芝华 杜习光 龙剑池 乔高山 卢进 孙文鹏 朱峰

我们用 Pyrford 法^[1]治疗髌骨骨折 38 例，经较长时间随访，结果满意。现报告如下。

临床资料

本组 38 例中，男 21 例，女 17 例；年龄 18~70 岁，平均 38.1 岁；左 18 例，右 20 例。骨折类型：横断性髌骨骨折 14 例，粉碎性骨折 13 例，下极骨折 10 例，上极骨折 1 例。损伤原因：跌伤 20 例，车祸 8 例，撞击 7 例，砸伤 3 例。合并伤：脑挫伤并下颌骨粉碎性骨折 1 例，脑挫裂伤 2 例，Colles 骨折 2 例，尺桡骨双骨折 1 例。手术时间：伤后 2 小时~2 周。

治疗方法

连续硬膜外麻醉下，伤处周围皮肤常规消毒，铺巾，气囊止血带止血，髌前横弧形切口，暴露骨折端。清除瘀血，将骨折块复位。粉碎性骨折首先对合关节面，用髌骨复位钳或质量较好的巾钳固定主要骨折块，用 1.2mm 钢丝在自制导针引导下，作髌周荷包状环形缝合，抽紧钢丝，用手指或血管钳探及关节面，平整后拧紧钢丝，尾部埋于髌骨内上角软组织内。另在髌韧带与股四头肌腱近髌骨部穿入第二根 1.2mm 钢丝，在髌前作“8”字或矩形髌前张力带固定。屈膝至 90°。利用髌股关节间挤压，使关节面更平整。检查无交锁、弹响、骨折间无异常活动后，冲洗切口，留皮片引流，逐层缝合。

术后不用外固定，腘窝下垫薄枕，3 天后在病人能忍受情况下鼓励作股四头肌静力操练，1 周后作屈膝关节活动，2 周扶拐下地行走，1 月后弃拐行走，骨折愈合后，在膝内上方切一 2.0cm 切口，取出钢丝。

治疗结果

本组病例术后无切口感染、钢丝折断、膝关节僵直

及骸骨坏死等现象，骨折愈合时间为 10~14 周，无骨不连。经 8 个月~5 年 4 个月随访，按陆裕朴^[2]等标准评定：优：29 例，关节活动范围恢复正常，膝上 10cm 处两大腿周径基本相等，行走无跛行；良：8 例，关节活动度大于 90°，但快速行走时有跛行，膝上 10cm 处两大腿周径有差异，但小于 2cm；可：1 例，因钢丝尾部翘起致行走时疼痛，影响功能恢复，骨折愈合取出钢丝后，疼痛缓解，但股四头肌轻度萎缩，膝屈曲仅 80°。本组有 3 例骸骨粉碎性骨折，骨折块均在 6 块以上，经手术复位，本法固定，结果良好，X 线摄片复查：关节面平整，无退行性改变，骨折愈合良好。由于本法内固定坚强，不用石膏等外固定，患者病休时间明显缩短，其中 2 人在术后 1 月恢复工作，其他大多数病人在 2 个月恢复轻工作。

讨论

Pyrford 法，即髌周环扎+髌前张力带固定法，吸收了髌周钢丝环扎法及 AO 张力带的优点，克服了二者的不足。

Curtis^[1]在新鲜尸体两侧髌骨分别作 Pyrford 法固定与双克氏针张力带法固定，进行二者膝屈曲位生物力学试验的比较，发现无论是抗张力试验还是破坏性试验，Pyrford 法均优于 AO 改良张力带法（双克氏针张力带法）。

Pyrford 法可用于改良张力带法不能用的骸骨粉碎性骨折及两极骨折，且不会出现因应力过于集中而引起的克氏针折弯、松动、滑出、钢丝折断及克氏针尾部刺激引起的滑膜炎。我们采用 Pyrford 法治疗粉碎性髌骨骨折、骸骨两极骨折，可使骸骨保持完整性，关节面解剖复位，术后不需要用石膏外固定，功能早期得到