

时；固定时间：3~4 周。

治疗方法 患者仰卧，一助手握住患肢腕部，另一助手用布带绕过腋下套住肩关节斜向健侧作对抗牵引，沿畸形方向持续牵引。术者行推挤手法，矫正内外侧方或成角移位，然后将患肢缓缓上举过头，采用上举复位法矫正骨折端前成角或向前移位，再逐渐由上举位屈肘内收将患肢上臂贴胸患手搭于对肩，此时即可复位。经 X 线透视复查对位满意后，腋下垫以棉垫，用绷带将患肢固定于贴胸屈肘搭肩位。3~4 周拍片复查，骨折愈合后解除外固定，加强功能锻炼。

治疗结果 本组 36 例，其中 29 例达到解剖复位，7 例近解剖复位，骨折临床愈合 3~4 周，6 个月后经随访 20 例，肩关节功能恢复良好，骨折愈合，无后遗症。

讨论 肱骨头与肱骨干之间有 130°~135°内倾角，肱骨头还有约 15°的后倾角，内收或外展骨折都发生于跌倒时手外撑，其类型取决于在跌倒时，身体移动的方向，还有旋转因素，胸大肌的牵拉，所以肱骨外科颈骨折不论外展型和内收型大多伴有向前成角或骨折远端向前移位的情况。上举位后，肩关节周围的肌肉相对松弛，并使肩肱关节囊扭曲紧张，同时由于关节盂的阻挡，将肱骨头比较稳定地固定于关节盂，此特点是本法整复骨折的解剖基础。因为这种体位，可有效解除肩关节周围肌肉的对抗作用，以骨折远端为支点，利用上肢上举过顶复位法所产生的杠杆力，纠正骨折端的前成角及远折端的前移位，获得满意的对位。肱骨外科颈骨折属不稳定性骨折，常因胸大肌牵拉向前内上方移位，因此，传统手法整复，外展石膏固定，由于增加了胸大肌的张力，使肱骨干部分更不稳定，易发生再移位。超肩关节夹板固定常因活动而松脱，难以维持对位导致再移位。悬垂石膏可造成骨端分离，平卧位时石膏的重力作用，也易造成骨折向前成角畸形或移位。上举位复位贴胸绷带固定法由于复位后用绷带将患肢固定于贴胸屈肘搭肩位，因固定稳定，并缓解了肌肉的牵拉，有效地克服了以上的不足，所以，该法操作简单，固定可靠，能有效防止再移位，克服了其他外固定方法的缺点，疗效满意。

(收稿：1996-06-26)

梅花针内固定治疗胫腓骨骨折 53 例

解放军第 149 医院 (连云港 222042)

尤瑞金 黄国忠 莱浙军

我院自 1990 年以来应用梅花针治疗胫腓骨骨折

53 例，疗效满意，现报告如下。

临床资料 本组 53 例中男 38 例，女 15 例；年龄 27~71 岁；车祸伤 30 例，摔伤 13 例，砸伤 10 例；骨折部位：中上段 12 例，中段 21 例，中下段 20 例；骨折类型：横型 19 例，斜型 15 例，短螺旋型 11 例，粉碎型 8 例；开放性骨折 23 例，闭合性骨折 30 例。

治疗方法 1. 梅花针选择与加工：梅花针的长度：取健侧小腿胫骨平台内侧缘至内踝最高点减去 2cm；针的粗细：术前 X 线片测得髓腔最窄处的直径减去 2mm；针加工：梅花针一端去孔后修成扁平型，并在距该端 6cm 处折弯 10°，另一端孔内套入自制直径 1cm 钢丝圈。

2. 手术方法：采用硬膜外麻醉或腰麻，仰卧，在胫骨结节内侧 1cm 处做长约 3cm 纵形切口，在胫骨结节内侧面与胫骨干成 10°凿一骨孔，将梅花针扁平端插入孔内，屈膝 90°，缓慢进针。开放性骨折先清创好伤口，闭合性骨折切口约 3cm，见针位于骨折近端髓腔内，复位后击入梅花针至骨折远端髓腔 8cm 以上，针尾及钢丝圈留置于骨皮质外，闭合伤口。手术一般 40~60 分钟。

术后无需石膏固定。术后 3 天行股四头肌锻炼，术后 1 周扶双拐下地不负重，术后 2 周行膝踝关节活动，术后 4 周扶单拐部分负重。

治疗结果 疗效评定：优：行走时无跛行及疼痛，无成角畸形，无膝踝关节功能障碍；良：行走时稍有跛行及疼痛，成角畸形小于 5°，膝踝关节功能受限在 15°以内；可：行走时轻度跛行或疼痛，成角畸形 5°~10°，膝踝关节功能受限 15°~30°。

治疗效果：本组随访 43 例，随访时间 6 个月~3 年，平均 20 个月。骨折全部愈合，骨折愈合时间 4~9 个月，拔针时间 8~13 个月。本组 43 例中优 36 例，良 6 例，可 1 例，优良率达 97.6%。

讨论 1. 梅花针经过加工后内固定胫腓骨骨折适应胫骨干生理弯曲，产生胫骨结节、胫骨干、针弯曲处三点固定，符合内固定生物力学原理。此法适用于胫骨结节以下，距踝关节 8cm 以上闭合性或开放性骨折。其优点：手术操作简单，时间短，创伤小，固定牢固，有利于功能锻炼，并发症少，骨折愈合快，易取针，是一种有效可行的治疗方法。

2. 关于闭合复位还是切开复位：王纪湘^①等主张闭合穿针复位。我们认为尽管该方法有利于骨折愈合，减少感染机会，但实际操作难度大，时间长，有劈裂骨折远端可能。我们主张切开复位，可以保证梅花针在髓腔内，对位准确，固定牢固。本组随访 43 例中未出现

骨不愈合或感染。

3. 术中注意事项:梅花针粗细应适宜,进针时应感阻力不大,不能强行击入,以防骨质劈裂。针尾留置骨皮质不能过长,以便功能锻炼。伤口张力过大应减张缝合或转移皮瓣修复。粉碎性骨折加用钢丝固定。有骨缺损需植骨。

参考文献

1. 王纪湘,等.改良梅花针闭合内固定治疗胫腓骨骨折.中华骨科杂志,1995;11:743

(收稿:1997-05-21)

鸭形固定架治疗本奈特氏骨折

山东省郓城县医院 (274700)

杨廷照 杨继森

我科自 1990~1996 年,共收治本奈特氏(Bennett)骨折 25 例,均系采用鸭形固定架治疗,效果满意,现报告如下。

临床资料 本组 25 例中男 18 例,女 7 例;年龄最大的 48 岁,最小 6 岁;右侧 19 例,左侧 6 例;损伤后就诊时间最短 2 小时,最长 12 天。

整复手法 采用局部麻醉,患者取坐位。以右侧为例,医者用右手紧握住患者右拇指,助手固定患者前臂。医者用力向远端和桡侧拔伸牵引,将第一掌骨重叠移位拉开,左手固定患肢腕部,左拇指用力向掌侧顶压骨折近端,双手对抗用力矫正错位及成角畸形。术中可闻及断骨复位声。经拍片或透视证实复位满意后,用粗铁丝制作的鸭形固定架套在拇指上,用绷带包扎固定,松紧适度,病人可回家休息治疗。定期拍片复查,6 周末拍片证实骨折愈合后,拆除固定架,做热敷和功能锻炼。

体会 本型骨折属于关节内骨折,整复对位与以后功能活动密切相关。拇指活动功能约占手部活动的一半,故治疗时应尽可能的恢复于解剖对位,以利日后关节功能的恢复及防止创伤性关节炎发生。采用鸭形固定架治疗本病,是鸭嘴部和鸭颈部对第一掌骨底部产生协同压力,使复位后的骨折端保持位置不变,为了防止皮肤压伤,可在鸭嘴部及鸭颈部各加纱布垫,同时可防止骨折端向背侧成角,防止断端再度发生移位。用绷带经前臂至虎口缠绕,可有效地维持骨折端相对稳定。

(收稿:1997-09-21)

闭合性屈指深肌腱止点撕脱伤 12 例

山东省文登中心医院 (264400)

宋业良

1990~1996 年,我院收治闭合性屈指深肌腱止点撕脱伤病人 12 例,现就其诊断及治疗分析如下。

临床资料 本组 12 例均为男性;年龄 16~25 岁;均为猎枪子弹爆冲伤;新鲜损伤 10 例,陈旧损伤 2 例;示指伤 7 例,中指 5 例。临床检查:新鲜损伤的手掌及其余指均有不同程度的皮裂伤,患指均不能主动屈曲末节,末节掌侧皮下有瘀血斑者 4 例,均无伤口存在。X 片示:末节指骨有撕脱骨块者 5 例。

治疗方法与结果 取患指末节侧面正中切口,探查损伤情况。屈指深肌腱均于止点处撕脱。对于断端带有撕脱骨块者,用钢丝或钢针固定骨块及肌腱。单纯撕脱者,断端修整,缝于原止点残端,然后用软钢丝于断端近侧做可抽出缝合,钢丝从指甲两侧穿出,用纱布团做垫固定在指甲上。对于陈旧性损伤,钝性扩大鞘管,分离肌腱粘连处,将回缩的断端通过鞘管拉至末节指骨处并用上述方法固定。用石膏将手指固定于屈曲位 5 周。5 周后去石膏功能锻炼。1 例陈旧损伤出现肌腱粘连,经手术松解好转,其余 11 例均恢复功能,随访 8 个月~1.5 年,均无粘连发生。

讨论 闭合性屈指深肌腱止点撕脱伤临床少见,其损伤机制是:猎枪子弹的爆冲力是朝一个方向的,力量集中,由于进行子弹的操作时,手指处于屈曲状态,强大的爆冲力使手指突然伸直,而屈肌还处于收缩状态,使比较薄弱的屈肌附着点撕脱。由于伤处处于闭合性,所以很容易漏诊,而使肌腱回缩粘连,鞘管闭锁,增加了二次手术的困难及康复时间。应及时诊断早期治疗,方可取得较好的疗效。

(收稿:1997-09-21)

拔伸板加夹板治疗儿童股骨干骨折

山东省聊城市东昌府区中医院 (252035)

张立春 乔洪杰

我院自 1990~1996 年应用拔伸板加夹板治疗儿童股骨干骨折 89 例,取得满意效果,报告如下。

临床资料 本组 89 例中男 57 例,女 32 例;年龄