

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

2~13 岁;左侧 35 例,右侧 54 例;伤后至来诊时间最短 30 分钟,最长 12 天;上段骨折 32 例,中段骨折 46 例,下段骨折 11 例;斜形骨折 34 例,螺旋形骨折 36 例,横断骨折 14 例,粉碎性骨折 5 例。

**材料准备** (1) 拔伸板:取长 80~120cm,厚 0.8~1.2cm,宽 6~12cm 上宽下窄的木板 1 块,上端横行钻 2 孔,下端钉弹性袜带。(2) 皮牵引 1 套。(3) 儿童股骨干夹板 1 付,平压垫 3 个,毛巾 1 条,棉带 1 条,布带 4 条。

**治疗方法** 患者仰卧患肢伸直位,在骨折远端行常规皮牵引。一助手将棉带置于患儿患侧腹股沟内,另一助手握患肢踝部作对抗牵引,透视下术者根据骨折端移位情况采用相应的手法复位,复位满意后放置压垫、毛巾、夹板,三条布带固定夹板。将拔伸板置于患肢外侧,上端达肘部,下端超过足跟 20cm,放置于腹股沟的棉带两端穿过拔伸板上端两孔打结,拉紧皮牵引绳系于拔伸板下端袜带上,大腿与拔伸板再用一条布带固定在一起。摄 X 线片复查骨折端对位对线情况,骨折复位满意,患者保持仰卧患肢伸直中立位,3~5 周解除拔伸板,6~8 周解除夹板固定。

**治疗结果** 89 例中达解剖复位者 43 例,近解剖复位者 34 例,功能复位者 12 例。经 6 个月~2 年随访,全部病例功能恢复良好。

**讨论** 骨折的移位方式有五种,包括成角、旋转、侧方、短缩、分离移位。儿童股骨干骨折的治疗主要矫正成角与旋转移位,拔伸板加夹板治疗儿童股骨干骨折,拔伸板和患肢固定成一体,保持肢体中立位,能控制肢体旋转,从而防止骨折端旋转移位,皮牵引能防止骨折端的缩短与成角移位,夹板加压垫固定能防止骨折端侧方移位,总体能保持骨折复位的稳定性,有利于骨折的愈合。

拔伸板加夹板治疗儿童股骨干骨折方法简便,便于临床护理,拍片,适用于各级医院。

在治疗过程中要注意防止胶布过敏和腹股沟压伤。对于胶布过敏者可用绷带缠绕患肢后再把皮牵引胶布粘在绷带上。对于腹股沟压伤可把棉带做得粗些或棉带下垫棉垫并注意调整牵引力量。

(收稿:1997-08-21)

## 经皮撬拨治疗肱骨外髁翻转骨折

河南省灵宝市中医院 (472500)

陈玉明 杜中录 杨晓燕

我院 1992~1993 年共收治 26 例肱骨外髁翻转骨折,利用手法复位、经皮撬拨复位后,双克氏针交叉固定治疗,取得了满意效果,现总结报告如下。

**临床资料** 本组 26 例中男 16 例,女 10 例;年龄 2.5~15 岁;按北京积水潭医院对肱骨外髁骨折的分型方法进行分型,均为 III 型即翻转型。伤后至就诊 2 小时~12 天。

**治疗方法** 以右侧为例,患儿仰卧于 X 光机下,在臂丛神经阻滞或局部浸润麻醉下,常规消毒铺巾。术者左手持患儿前臂使肘屈 20°~40°,前臂旋前位,右手拇指在外侧推骨片外缘向后内上翻,食指压内缘,同时左手持前臂使患肢外旋,让翻转移位之骨折基本纠正,然后,拇指及食指紧紧卡住骨块,防止进针时再旋转移位,取一枚直径为 1~2mm 克氏针,针尖自肱骨小头斜向内上,直对骨折块钻入,进入骨块后即停止钻入。将已基本复位之骨块在 X 线电视直视下进一步撬拨复位,待复位满意后,可将该针钻入近端固定,到对侧骨皮质为宜,再取另一枚克氏针在不同方向进行交叉固定。使复位之骨块固定牢靠,两枚针尾留 1~1.5cm 折弯留于皮外,以酒精纱条、无菌纱布外敷包扎。术毕,石膏托固定屈肘 90°,前臂轻度外旋位。2 周后逐步开始肘伸屈功能锻炼,4~5 周达临床愈合时,即可拔除克氏针。

**治疗结果** 疗效标准:优:疼痛肿胀消失,肘关节活动正常,X 线片示骨折愈合良好;良:肘关节活动良好,偶有轻微胀感,X 线片示骨折愈合良好;可:肘关节屈伸 10°~140°,局部有轻度肿胀和酸胀感,X 线片示骨折愈合,无明显骨质异常。

本组 26 例中,解剖复位 14 例,近似解剖复位 8 例,复位良好 3 例,尚可 1 例。治疗结果:优 18 例,良 6 例,可 2 例。无 1 例感染。

**讨论** 肱骨外髁骨折属关节内骨折,精确的复位十分重要,复位好坏直接影响肘部功能,由于桡侧副韧带及伸肌总腱的牵拉,骨折块常向外翻转 90°甚至 180°,手法复位须将翻转之骨块纠正,才有利于进针撬拨,若手法不能生效则可用一枚克氏针刺入,将滑车端顶入外侧间隙内,并将外上髁端向上翻转即可撬拨复

本刊 1999 年订阅价格不变,欢迎订阅!