



图 2. 悬吊架使用方法示意图

对骨质裸露的部位尽力用邻近肌瓣转位覆盖，无法覆盖则咬除裸露的骨皮质及关节面软骨待肉芽组织生长。合并同侧骨折均同时行髓内固定：股骨用梅花针固定，胫腓骨骨折和或踝关节脱位用斯氏针自足底打入通过关节进入胫骨髓腔固定，跖骨骨折用克氏针固定。于患肢某趾近节趾骨及胫骨上段（或股骨髁上）某平面分别用克氏针和骨牵引针穿针，穿针平面尽量选在该部位两侧皮肤尚无撕脱处。患肢创面用无菌敷料加压包扎。回病房后先调整好悬吊架的前、后形横梁间的距离，使之与两骨穿针间的距离相当，再将患肢悬吊在悬吊架上，其中足趾的克氏针通过用克氏针制作的弹弓叉样的挂钩吊在前横梁上，而胫骨上段或股骨髁上的骨针通过普通的牵引弓挂在后横梁上。根据创面渗出的情况，每日一次或多次更换敷料，同时逐渐清除创

面的坏死组织，待创面干净肉芽组织红润后行二期植皮术。植皮后继续悬吊患肢至创面痊愈。

治疗结果

本组 15 例经急诊清创术后创面均有部分一期愈合，其中 12 例经第二次手术邮票状植皮达痊愈，2 例经多次邮票状植皮后痊愈，1 例因并发严重的胫腓骨化脓性骨髓炎及踝关节化脓性关节炎不能控制而行小腿上段截肢后愈合。创面痊愈时间为 15~57 天，平均 19.7 天。患肢功能均有不同程度的恢复。

讨 论

肢体大面积撕脱伤多由交通事故所致，且多见于女性，本组男性 4 例，女 11 例。其致伤机制是：发生交通事故时，车轮斜形碾压肢体，因肢体皮下脂肪的作用而打滑，将患肢皮肤撕脱。多见于女性的原因可能与女性皮下脂肪丰富且皮肤较脆嫩有关。

临床上常用骨穿针牵引的方法治疗骨折，由此启发我们想到用骨穿针悬吊患肢的方法治疗下肢大面积撕脱伤。以往在治疗这类损伤时肢体后侧创面受压，血运不好，分泌物潴积，肉芽不易生长，甚至进一步致组织坏死。若创面干净，行植皮后也往往因皮片受压不能或不能全部成活，须反复多次植皮才能愈合。用骨穿针悬吊患肢后，避免了创面受患肢重力的压迫，且通风透气良好，换药也方便，创面肉芽生长快，只要植皮时创面干净，所植皮片都能一次全部成活。明显缩短了创面痊愈时间。

(收稿：1997-08-21)

肱骨髁间骨折的手术治疗

贺加明

陕西省绥德县延安医学院第二附属医院 (718000)

我院从 1987 年起对严重移位的 46 例肱骨髁间骨折，采用肘关节内、外侧切口，行开放复位克氏针内固定治疗，取得了满意的疗效，介绍如下。

临床资料

本组 46 例，男 32 例，女 14 例；年龄 8~49 岁；右侧 29 例，左侧 17 例。受伤距就诊时间为 3 天以内 29 例，7 天以内 10 例，21 天以内 7 例。受伤原因多为间接外力所致，均为有明显移位的肱骨髁间骨折。

治疗方法

本组病人的手术时间一般约在患肘肿胀大部分消退，约伤后 5~7 天施行，均采用切开复位克氏针内固

定的手术方法进行治疗。采用臂丛麻醉，仰卧位，患肢置手术侧台上，上气囊止血带，常规采用肘关节内、外侧切口，一般内侧切口较短，以能显露尺神经为度。尽量少剥离骨膜，清除断端及关节腔内的陈旧性积血块。先行远端骨折块复位，复位后，用一枚 $\varnothing 1.5\text{mm}$ 或 2mm 之克氏针，由内髁向外髁横穿，克氏针穿出外髁后，在内髁处剪断，尾端留约 0.6cm ，将其折弯呈“ η ”形，然后用咬丝钳夹住外髁外露之克氏针向外拉，一手在外髁处向内挤压，使肱骨髁间骨折间隙对合，滑车关节面平滑，剪短克氏针尖端，留约 0.6cm ，在向外拉的作用下折弯，这样就使肱骨髁间骨折变为肱骨髁

上骨折;再按肱骨髁上骨折进行复位固定,复位后,从肱骨内、外髁分别斜行向上交叉穿入一枚 $\varnothing 1.5\text{mm}$ 或 2mm 的克氏针,钢针尖端必须穿破对侧骨皮质约 0.3mm 至 0.5mm ,将钢针尖端顺骨干纵轴向上折弯,然后剪断针尾部留约 0.6cm ,向上挤压骨折远断端,使骨折间隙变小,再顺克氏针方向,行向下的作用力折弯克氏针尾端并紧嵌于内、外髁之骨皮质内,这样可起到张力加压固定作用。活动肘关节骨折断端间稳定无异样活动。松止血带、止血、冲洗,每一侧口内置放橡皮引流条,依次缝合,用长臂石膏后托固定肘关节功能位。

术后第 5 天即开始被动锻炼肘关节屈伸活动,10 天拆线开始主动锻炼。3~4 周去石膏,可进行较大幅度的功能锻炼活动,一般在 2 个半月,肘关节即可恢复到正常的关节活动范围。

治疗结果

疗效评定:优:肘关节活动比健侧少 15° 以内,骨折愈合好,恢复原工作,无合并症;良:肘关节活动比健侧少 25° 以内,骨折愈合好,无合并症,恢复原工作;可:肘关节活动比健侧差 35° 以内,骨折愈合好,有或无合并症,能从事体力劳动。

本组随访时间最长 7 年,最短 5 个月,结果优 34 例,良 10 例,可 2 例。

讨 论

肱骨髁上骨折是典型的关节内骨折,由于其移位复杂,所以在临床上复位、固定都很困难。我们所采用的肘关节内、外侧切口,行切开复位克氏针内固定治疗此种骨折,取得了满意的效果,主要有以下几个方面的优点。

1. 保持肱三头肌的完整,此手术方法不切断肱三头肌,这样可维持骨折断端的稳定,防止骨折移位。减

少肘关节后关节囊壁的损伤,可减少关节囊的粘连,可早期进行肘关节功能锻炼。

2. 内、外侧切口显露,能在直视下进行良好的复位。骨折复位满意是肢体功能恢复的解剖基础,关节内骨折更要求这一点,从内、外侧切口,可以直接了解肱骨滑车关节面的平滑程度,使其均能达到解剖复位,利于术后肘关节功能的恢复。

3. 应用克氏针固定,首先使髁间骨折变为髁上骨折再复位,用克氏针交叉穿针固定,克氏针穿透对侧骨皮质,形成三点固定作用,三枚克氏针相互交叉形成一个稳固的三角形结构。可以防止骨折再移位,能消除骨折断端间的剪力及内翻应力。同时由于肱三头肌的完整,术后肘关节活动时期作用于克氏针处的应力较少。另外,克氏针两端在抗阻力的作用下折弯,使其能起到加压张力固定的作用,利于骨折的早期愈合及功能恢复。

4. 克氏针尾端包埋于皮下,可以防止感染,对早期肘关节功能锻炼不造成影响,克氏针可以在骨折完全骨性愈合后取出。

5. 伤后 5~7 天施行手术,肘部原始伤的肿胀基本消退,再进行手术就不会加重肘部软组织的损伤及肿胀。内固定后更有利于软组织损伤反应的进一步消退。内、外侧切口损伤小,克氏针固定牢固,可早期活动利于关节周围损伤组织的炎性反应消退,防止粘连的发生。达到了骨折愈合与功能恢复同时进行的目的。

6. 我们在坚强内固定的基础上强调早期功能锻炼,循序渐进,逐渐加大活动范围,把骨折愈合与肘关节功能恢复放在同时进行。因其肱三头肌是完整的,在屈、伸肘关节时不会加重软组织的损伤。一般在 2 个半月肘关节功能即可恢复。

(收稿:1996-01-16)

多针穿刺内固定治疗老年股骨颈骨折

蒋湘莲 王人彦

浙江省富阳市中医骨伤科医院 (311400)

我们 1992 年~1996 年采用多根圆骨针穿刺内固定治疗老年股骨颈骨折 36 例,取得满意疗效,现报告如下。

临床资料

本组 36 例,男 4 例,女 32 例;年龄 62 岁~89 岁;手术时间在伤后 1~9 天。骨折类型:均为新鲜骨折,其

中 Carden II 型 28 例,III 型 6 例,IV 型 2 例。5 例头下型,19 例经颈型,12 例基底形。

治疗方法

入院后均行股骨髁上骨牵引,牵引重为 $1/7$ 至 $1/5$ 体重,并配合手法整复,均能达到理想复位。术前根据股骨头、颈体表投影在皮肤上做金属标记并床边摄 X