

取得满意效果，现报告如下。

**临床资料** 本组 41 例中，男 28 例，女 13 例；年龄 20~72 岁；闭合骨折 39 例，开放性骨折 2 例；横断骨折 23 例，粉碎性骨折 18 例；陈旧性骨折 1 例。

**治疗方法** 硬膜外麻醉下，大腿上气囊止血带，作髌前横弧形切口，凸面向下，显露骨折端，清除积血，将骨折复位后用大巾钳维持固定。用直径 2mm 的钻头先后于上下骨折块外侧面正中与髌骨关节面平行由外向内钻孔，成上下二横孔。选用二根直径 0.8mm 的钢丝先后于上孔由外向内穿出。将一根钢丝自上孔内侧经下孔由内向外穿出，成横 U 形钢丝，然后将另一根钢丝自上孔内侧经髌前由外向内穿过下孔，先结扎 U 型钢丝。再将另一根钢丝的上端（上孔外侧）与下端（下孔内侧）拉紧，在髌前成 8 字形交叉，然后结扎。二处钢丝结均留于上孔外侧处，钢线结残端折弯后将其贴压于骨面。股四头肌扩张部予修复。术毕切口常规留置皮片引流，术后均不做外固定。腘窝部置软垫使膝关节置于屈膝 20°~30°位。次日鼓励作股四头肌锻炼。横断骨折 1 周后下地行走，逐步进行屈膝及下蹲练习。粉碎性骨折 1 周后开始练习屈膝活动，2 周后加大膝关节屈伸度及下地练习行走，3 周后开始练习下蹲。

**治疗结果** 随诊时间 3 月~6 年，未发现钢丝结触痛皮肤，骨折均愈合，伸屈功能恢复正常时间 2.5~6 周，按胥氏疗效评定标准<sup>[1]</sup>：40 例为优，1 例为良（再次手术病人）。

**讨论** 笔者采用横 U 形加张力带钢丝内固定的方法，有如下特点：(1) 骨折复位后维持固定并不妨碍侧方钻孔、穿钢丝、结扎等操作。(2) 上下骨块各仅钻一孔，可避免由于钻孔次数增加而导致的骨片碎裂。(3) 本法符合张力带内固定的原理，U 型钢丝及 8 字形钢丝均能使骨折端紧密接触，且后者能防止屈膝时由于三点杠杆系统<sup>[2]</sup>的作用而导致的骨折块前部再裂开，并能使骨折端同时产生有利于愈合的压缩力。(4) 内固定牢固，功能恢复快而好。(5) 本组未发现有钢丝结触痛及刺伤皮肤致感染、内固定松动等并发症，内固定安全可靠。(6) 内固定取出方便，仅需一个小切口便可。

**参考文献**

1. 胥少汀, 于学钧, 刘树清, 等. 改良张力带钢丝内固定治疗髌骨骨折的实验研究及临床应用. 中华骨科杂志, 1987, 7(2): 309
2. 陈履平, 李承球, 韩祖斌, 等. 髌骨张力内固定术后正确功能锻炼的实验研究和临床应用. 创伤杂志, 1989, 5(4): 215

(收稿: 1997-04-21)

# 尺骨冠状突骨折 10 例

楼雪芬 赵华春

浙江省富阳市新登中医骨伤科医院 (311404)

尺骨冠状突骨折临床上并不少见，且常合并其它损伤，笔者自 1987~1997 年，收治该型骨折 10 例，结合临床和有关文献，对其诊治问题讨论如下。

**临床资料** 本组 10 例中男 8 例，女 2 例；年龄 20~30 岁 4 例，31~40 岁 4 例，41 岁以上 2 例；左侧 4 例，右侧 6 例；合并桡骨小头粉碎性骨折 6 例，合并肘关节脱位 2 例，合并尺骨鹰嘴骨折 1 例；手术治疗 4 例，手法复位 6 例。经 6 月~10 年的随访，肘关节活动度在 120°以上者为 4 例，在 30°~120°之间者为 5 例，在 30°以内者为 2 例。

**讨论** 尺骨冠状突是尺骨半月形关节面阻挡肱骨远端向前移位的重要组成部分，同时又是尺侧副韧带及肱肌的止点，对肘关节的稳定起着重要作用。资料表明，尺骨冠状突骨折最多的是合并桡骨小头粉碎性骨折，分析受伤机制可能是当暴力沿尺桡骨向上传导在造成桡骨小头骨折的同时，冠状突与肱骨滑车相撞或肱肌突然收缩，造成尺骨冠状突骨折。在我们治疗过程曾有过这样的教训，在合并桡骨小头粉碎性骨折手术治疗时，切除桡骨小头，而遗留尺骨冠状突骨折，术后拍片误认为桡骨小头碎骨片未取干净，而再次手术摘除，造成病人术后关节不稳或关节僵直。如果我们在手术中将桡骨小头切除拼凑完整，再仔细检查肘关节腔尤其在尺骨冠状突方向，发现尺骨冠状突骨折，则用克氏针或钢丝固定之。所以我们在遇到桡骨小头粉碎性骨折，要想到合并尺骨冠状突骨折的可能，这样才能避免漏诊。在本组 10 例病人中有 2 例未对尺骨冠状突作内固定，结果造成肘关节半脱位，活动有弹响，所以我们对尺骨冠状突进行测量，通过对 36 例左右侧尺骨冠状突标本骨测量，尺骨冠状突的厚度，左侧为 1.3~1.6cm，右侧为 1.5~2.1cm，同时发现当尺骨冠状突骨折线距冠状突尖超过 5mm 同时，即有造成肘关节半脱位的可能，所以治疗时，若冠状突骨块超过 0.5mm 时，即应用内固定，加强肘关节的稳定，防止继发性损害的发生。

(收稿: 1997-12-01)