

行为跟腱,全长  $39.64 \pm 3.65\text{cm}$ ,跟腱长度通常略小于腓肠肌全长的  $1/2^{[1]}$ 。Morris 向腓肠内侧动脉注射荧光物质及美蓝,使皮肤染色,范围可达  $7.5\text{cm} \times 20\text{cm}$ ,皮肤下界可达肌肉下缘  $5\text{cm}^{[2]}$ 。因此,胫骨中段以下,腓肠肌内侧头肌皮瓣其末端皮肤血运较差,远段的胫骨外露勉强用腓肠肌内侧头肌皮瓣转移修复,易造成远端皮肤坏死,资料中皮瓣远端皮肤坏死 1 例即是如此。我们用以踝上  $3 \sim 10\text{cm}$  内的胫后动脉皮支为血管蒂的小腿内侧皮瓣转移修复远段胫骨外露,很好地解决了这一问题。

#### 参考文献

1. 郭世级. 临床骨科解剖学. 第 1 版. 天津: 天津科学技术出版社, 1990. 881
2. Morris Am. A gastrocnemius musculocutaneous flap. Br J plast surg, 1978, 31: 216 (收稿: 1995—07—21)

## 超宽二夹板 固定治疗前臂双骨折

邹培李贵\*

成都军区昆明总医院 (650032)

笔者采用超宽二夹板固定治疗前臂尺、桡骨干双骨折,获得较好效果。现将 1991 年以来有资料记载的 51 例整理报告如下。

**临床资料** 本组 51 例中男 35 例,女 16 例;年龄最大 76 岁,最小 2 岁;均为新鲜闭合性骨折;上  $1/3$  骨折 3 例,中  $1/3$  骨折 25 例,下  $1/3$  骨折 23 例;横形骨折 32 例,短斜形骨折 11 例,斜形骨折 2 例,青枝骨折 3 例,粉碎性骨折 3 例。

**治疗方法** 整复:根据骨折部位及移位情况采用相应的手法进行闭合整复。

**固定器材:**超宽二夹板(即掌、背侧夹板)两块,用柳木板制成。其宽度较前臂尺、桡径宽  $1\text{cm}$  左右,长度略短于肘横纹至腕横纹间距,形如上宽下窄的等腰梯形。并使之塑形向背侧有  $6.5^\circ$  左右弧度,以适应前臂生理弧度。贴皮肤面衬毛毡或脱脂薄棉块。带柱中立托板一块。纱布绷带适量。扎带  $3 \sim 4$  根。

**固定方法:**整复成功后,两助手继续维持牵引,据情包敷活血消肿止痛的外用药。分别放置掌、背侧板。用扎带捆扎  $3 \sim 4$  道。X 线透视证实固定切实后,检查扎带松紧适宜,将前臂固定于带柱中立托板,置中立位悬吊胸前。

固定后即开始做握拳动作,开始功能锻炼。固定初期,每天检查一次固定松紧及指端血运,逐渐减为隔天一次。并适时调整扎带松紧。固定期间可配合中药内服治疗。固定  $4 \sim 8$  周,X 线摄片及临床检查达到或接近临床愈合,去除固定。局部中草药熏洗,加强功能锻炼。

**治疗结果** 51 例中,1 例上  $1/3$  横形骨折,因患者不能很好配合未能保持整复效果;1 例粉碎骨折整复不良而改用手术切开复位内固定。其余 49 例,均保持整复后效果,达到有效固定,未发生延迟愈合及不愈合。除少数病例出现张力性水泡外,未发生其它并发症。

**讨论** 尺、桡骨干骨折固定的要点是最大限度地控制骨折断端的相互靠拢和骨折断端的旋转。这样才能有效地保持骨折整复后的效果,预防固定后再度移位的发生。

为了维持骨折端的稳定,我们分析了前臂的特殊结构及尺、桡骨干双骨折固定的力学要求,采用超宽的掌背侧二夹板固定治疗前臂尺、桡骨干双骨折。其固定原理如下:

1. 掌背侧夹板固定可以获得较大的分骨力,从而防止了骨折断端的相互靠拢。同时,由于尺、桡骨上方向相反的分骨力的相互作用,使悬张于二骨之间的骨间膜处于紧张状态,从而增加了骨折断端的稳定性。而且,由于夹板超宽,变环形固定的力为掌背侧相向的力,这样便最大限度地将有有限力的扎带约束力转变为分骨的力,增强了阻止骨折端相互靠拢的作用。

2. 由于夹板超宽,使得在横轴上的力臂加长,因此,能够更大地获得抗扭矩的效果。从而有效地阻止了骨折断端的旋转移位。

3. 夹板长度几乎近于尺、桡骨全长,因此,能够获得足够的抗弯矩的力,有效地防止了骨折的成角移位。

4. 前臂中立位,是尺、桡骨干双骨折固定的最佳体位。因为在中立位时,尺桡骨的间隙最大,骨间膜处于最佳张力状态,两骨的骨间嵴相对峙,最有利于骨折端的稳定。

(收稿: 1995—07—21)

## 儿童桡骨颈骨折 伴骨间背神经损伤 6 例

宋洪波 单联明 栾康

山东省高密市整骨医院 (261506)

我院自 1987 年以来共收治桡骨颈骨折伴骨间背