

术后肘屈90°前臂旋前位固定，可有效防止远期肘内翻畸形<sup>6)</sup>。由于骨折端愈合极快，术后5~7天即有明显骨痂形成，故固定以3周为宜。拆除石膏后即鼓励患儿主动肘关节功能锻炼，局部加用活血化瘀中草药外敷治疗，并配合按摩，以助肘关节功能恢复。本组拆除石膏早期活动，无一例再移位，无骨不连等并发症。1例效果差者，系伤后10天就诊。

本组随访48例，优良率达91.7%。肘关节功能恢复与下列诸因素有关：损伤程度，就诊时间，及时而正确的治疗，手术切口的选择以及术后功能锻炼的好坏。

参考文献

1) 戴立争. 翻转移位型肱骨外髁骨折116例治疗探讨. 骨与关

节损伤杂志, 1993, 8 (2): 108

2) 夏榕圻, 范毓佩, 黄禄基, 等. 儿童髌骨损伤. 中华小儿外科杂志, 1994, 15 (5): 293

3) 贾连顺, 徐印坎, 张方明, 等. 儿童肘部损伤1786例临床分析. 中华小儿外科杂志, 1985, 6 (3): 163

4) 陈金诚, 黄花开, 许灼新. 常见骨折的X线漏诊. 中级医刊, 1988, 2: 143

5) 毛宾尧. 外移型肱骨远端全髁分离骨折(附4例报告). 骨与关节损伤, 1993, 8 (3): 193

6) 赵立登. 肱骨远端全髁分离骨折. 中华骨科杂志, 1985, 5 (1): 335

(收稿: 1996-04-24)

## 股骨下端骨折并 血管神经损伤

秦之威 王阳 梁久金

(泰安市中心医院, 山东 泰安 271000)

我科自1990年8月~1995年12月间共治疗股骨下端骨折并 血管损伤、腓总神经损伤24例, 现将资料完整并得到随访的18例报告如下。

临床资料

18例中男16例, 女2例; 年龄21~43岁; 左侧11例, 右侧7例。本组所选择的病历均为股骨下端骨折同时合并 动静脉损伤或腓总神经损伤。骨折类型: 髌上骨折4例, 髌间“Y”形骨折6例, 髌间“T”形骨折3例, 粉碎骨折5例。动静脉损伤类型: 动脉断裂1例, 部分断裂6例, 挫伤并血栓形成2例; 静脉部分断裂4例, 挫伤并血栓形成3例; 动静脉同时挫裂伤2例; 合并腓总神经完全断裂1例, 部分断裂1例。开放性骨折8例, 闭合性骨折10例。交通事故伤13例, 高处坠伤5例。受伤到手术时间最短短约55分钟, 最长达7小时。

治疗方法

凡是开放性骨折均争取时间, 尽快彻底清创, 清除异物或失去活力的组织, 骨折固定后探查血管神经并修补。闭合性骨折在临床确诊后行急诊手术。骨折固定方法<sup>1)</sup>: (1) 以螺栓固定髌间, 另以加压钢板固定髌上骨折4例; (2) 将螺栓穿过加压钢板的下端螺孔固定髌间, 钢板固定髌上9例; (3) 用槽形角状钢板<sup>2)</sup>固定5例。其中1例 动脉挫伤严重, 长达6cm, 不能直接吻合, 采用健侧大隐静脉“架桥”, 其余均将动静脉损伤处修整后直接吻合, 形成血栓者取出血栓。腓总神经显微镜下吻合。开放性骨折均一期关闭切口。其中1例开放性骨

折, 股骨髌上骨折片从伤口丢失约1/2, 取健侧游离腓骨约6cm 及数块髓骨植入, 用骨圆针贯穿腓骨固定。术后长腿石膏托固定屈膝15°左右, 3~4天后行主动收缩股四头肌锻炼, 4周去除石膏, 床上练习膝关节活动, 直到骨折临床愈合方可下地活动。

治疗结果

本组2例发生浅表感染, 经换药而治愈。1例发生皮下脂肪液化, 经清除液化组织而愈。其余创口均一期愈合。随访时间为1~5年, 平均2.8年。17例3~4月骨折愈合, 游离腓骨植入1例6月后腓骨成活。其中10例膝关节可屈曲到90°以上, 5例膝关节屈曲小于90°; 3例膝关节活动范围在10°内。2例腓总神经损伤者1例下肢功能恢复良好, 不影响日常行走, 另一例下肢肌力恢复约2~3级后行肌腱移位后方可行走。

讨论

1. 股骨下端骨折包括股骨髌上骨折及髌间骨折。髌上骨折治疗上主要有两个问题: 一为骨折复位不良时, 因其邻近膝关节发生膝内翻或外翻或过伸等畸形; 二为膝上为股四头肌与股骨间的滑动装置, 易因骨折出血而粘连, 使膝关节伸屈活动障碍。髌间骨折是关节内骨折, 其对膝关节的影响亦有二: 一为骨折错位关节面不光滑, 可招致创伤性关节炎; 二为内外髌不平衡致膝内翻或外翻, 使下肢纵轴线失去正常。因此, 对其处理原则是: 解剖复位, 牢固内固定, 早期活动, 防止关节粘连僵硬。除严重污染及广泛粉碎性骨折而更适宜

外固定支架或骨牵引外，一般皆可用钢板内固定。目前广泛应用加压钢板，而普通钢板由于固定作用差，术后需长时间的外固定，不利于关节功能的恢复等缺点已被摒弃。本组病人均采用坚强牢固的内固定，早期即进行锻炼，骨折均如期愈合，膝关节活动良好。其中3例膝关节活动差，1例是腓骨移植者，可能与膝关节固定时间较长有关，另2例均为女性，与术后不配合治疗，意志不坚强，怕疼痛有关。因此，对股骨下端骨折，只要有手术内固定的适应症，就要坚强牢固的固定，并且早期持之以恒锻炼。

2. 股骨下端骨折并 动静脉损伤是手术的绝对适应症。处理时不能施行闭合复位，更不能消极等待观察，而应急症手术探查，同时直视下复位骨折，以免加重血管损伤和延误对 动静脉伤的处理<sup>6)</sup>。否则有可能发生小腿缺血坏死以致截肢。Green 等报道<sup>6)</sup>， 动脉损伤在8小时内处理的27例，成功率为89%，8小时后处理的42例，有86%需截肢。

3. 股骨下端骨折合并腓总神经或胫神经损伤，大多因骨折断端错位压迫所致。在诊断过程中往往忽视。其原因要么是病人处于休克状态神志不清，反应差，查体时不能配合，要么是医生把主要精力放在骨折或血管损伤方面。我们遇见2例，病人入院时都神志不清醒，经仔细查体而发现。

参考文献

① 陆裕朴, 胥少汀, 葛宝丰, 等. 实用骨科学. 北京: 人民军医出版社, 1991. 674  
 ② 孙树清, 胥少汀. 股骨髁上骨折后槽形角状钢板固定. 中华外科杂志, 1988, 26 (1): 736  
 ③ 黄耀添, 等. 动脉伤后的处理. 解放军医学杂志, 1985, 10: 21  
 ④ Green NE. Vascular injuries associated with dislocation of the knee. J Bone Joint Surg (Am), 1977, 59: 236  
 (收稿: 1997- 01- 30)

## 成人肱骨小头骨折的处理

王寿章<sup>1</sup> 谭富生<sup>2</sup> 郭婉秋<sup>3</sup>

(1. 云霄县医院, 福建 云霄 363300; 2. 重庆医科大学第一医院, 重庆; 3. 云霄县第一中学, 福建 云霄)

肱骨小头骨折系关节内骨折，与关节囊及韧带联系少，骨折后游离骨片易发生缺血坏死及创伤性肘关节炎，后期可发生晚发性尺神经炎。故早期处理至关重要。本组收治9例，报道如下。

临床资料

本组男5例，女4例，年龄17~45岁。间接暴力受伤(上肢伸直位，手掌着地)7例，直接暴力2例，仅1例伴有桡骨头骨折。伤后肘关节肿痛，功能障碍。分型：I型(Hahn-Steinthal)8例，II型(Kocher-Lorenz)1例。6例作骨块切除，3例作切开复位克氏针内固定。前者从肘关节外侧途径易暴露；后者从肘后方切口，分开肘后肌到达肘关节。笔者认为此暴露有利于识别肱骨小头关节面及桡骨小头的解剖位置。

疗效评价 本组随访6月~5年，平均随访2年。参照 Sodergard 等<sup>1)</sup>肘关节术后功能评价：(见表1)

本组优6例，良2例，劣1例。采用切除者皆为优，内固定者1例肘关节僵硬。

表1 肘关节术后功能评价

级别	疼痛	屈伸度	旋前旋后	提携角
优	无	30°~140°	无限制	正常
良	少	30°~95°	略限制	< 10°
劣	常痛	90°~100°	受限	> 10°

讨论

肱骨小头骨折较为少见。此损伤也常见于青少年，由于涉及骨骺损伤，本组未列入。手术与非手术一直有争论。Smith<sup>2)</sup>称肱骨小头骨折向近端，向前移位，手法复位即使在 X 线透视下也非易事。故推荐手术复位是最好的治疗方法，不仅防止关节内形成游离体，并防止发生创伤性关节炎。他建议在伤后4~5天内作骨碎片切除，以防止出血、渗血，影响肘关节功能。手术复位应在伤后2~3天，复位后可用羊肠线缝合。由于骨折发生在冠状面，从侧方固定有一定困难，从前方固定肘关节功能有影响，故 Watson-Jones<sup>3)</sup>只主张切开复位，不主张用内固定。

Alvarez 等<sup>4)</sup>主张切除骨碎块。他报告14例，10例作