

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⁶⁾。否则有可能发生小腿缺血坏死以致截肢。Green 等报道⁶⁾， 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¹ 谭富生² 郭婉秋³

(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¹⁾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。Smith²⁾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-Jones³⁾只主张切开复位，不主张用内固定。

Alvarez 等⁴⁾主张切除骨碎块。他报告14例，10例作

了骨块切除, 经随访肘活动度增加, 可伸屈 $15^{\circ} \sim 140^{\circ}$; 疼痛减轻。Jakobsson^[5]也主张切除骨折碎块。Alvarez 强调作骨折碎块切除的优点是: 手法复位困难, 手术复位内固定技术困难, 而手术切除方法简便; 只需短期固定2~3周, 能早期恢复功能; 一劳永逸, 避免了用其它方法潜在的后期并发症, 比如: 骨折的再移位骨碎块的缺血坏死, 游离体, 创伤性关节炎; 肘功能恢复优于其它方法, 并可得到 $35^{\circ} \sim 115^{\circ}$ 的屈伸范围。但是, Watson-Jones 认为切除后肘关节功能很少能达到正常的一半。

本组经验与 Alvarez 等^[4]相同。从随访来看, 将骨碎块切除者功能佳, 而1例经手法复位多次后切开复位, 后期因骨化性肌炎致肘关节僵硬。

预后取决于采用何种治疗方法。Alvarez 等^[4]切除骨折块有77.6%优良率, 闭合复位仅63%, 单纯切开复位内固定仅为51%。Sodergard 等^[1]称过久的固定可导

致僵直, 延迟愈合如再手术可导致骨不连。故切开复位内固定疗效差。

参考文献

- [1] Sodergard J, Sandelin J, Bostman O. Mechanical failures of internal fixation in T and Y fracture of the distal humerus. J Trauma, 1992, 33: 687
 - [2] Smith FM. Surgery of the elbow. 2nd ed. Sanders CO, 1972. 114
 - [3] Watson-Jones R. Fractures and joint injuries. 5th ed. Baltimore: William & Wilkins Co, 1956. 517
 - [4] Alvarez E, Pater MR, et al. Fracture of the capitulum humeri. J Bone Joint Surg, 1975, 57-A: 1093
 - [5] Jakobsson A. Fracture of the capitulum of the humerus in adults. Acta Orthop Scand, 1957, 26: 184
- (收稿: 1996-07-19; 修回: 1997-04-07)

胶布叠式加压治疗指间关节侧副韧带损伤

钟志南

(番禺市何贤医院, 广东 番禺 511400)

我科多年来运用胶布叠式加压治疗手指指间关节侧副韧带损伤, 方法简单, 效果理想, 兹介绍如下。

临床资料 190例中第一掌指关节125例, 第一指间关节6例, 食指关节10例, 中指关节10例, 环指关节22例, 第五指关节17例; 发病时间1日~半年; 愈合时间3~20天。

治疗方法 (1) 取材: 6~8条胶布, 每条宽约0.7cm, 长约6cm (可根据各指关节周径而定, 以可绕关节一周为度)。塔型棉垫: 顶部约0.2cm, 底部0.5cm, 厚度全层约0.5cm。(2) 患处可先擦少许药油 (范围不应过大, 以免影响胶布粘贴), 把压垫顶部压于患部, 底部在上面。先以一条胶布加压固定棉垫, 然后把其余胶布条以均匀的力量横向、斜向重叠加压在棉垫上方, 掩盖棉垫不外露。

体会 1. 指间关节侧副韧带损伤临床上愈合较

慢, 肿痛难于消减, 运用外敷、理疗、封闭等治疗往往需较长时间才能恢复。如一般的外敷、固定绷带包扎缠绕的范围较大, 时间长影响日常生活和工作。韧带挫伤后, 由于指关节活动的影响, 局部得不到良好的固定, 不断的磨损更增加患部创伤。叠式胶布棉垫的效应力使患部相对制动, 加快韧带损伤的愈合。如侧副韧带断裂或有撕脱骨折需手术修复侧副韧带, 骨折块较大者需钢针或其它固定, 则非本法所宜。

2. 叠式多条胶布加压固定, 胶布、压垫可根据不同的关节而决定材料的大小、长短, 加压时的每条胶布应有适当的拉力, 在压垫外的胶布更不应有更大的力量而影响血循环, 要求每条胶布都应复盖在压垫上。为避免压垫的外露及压垫容易松脱, 用2条胶布分盖在压垫的两侧, 胶布一部分贴在皮肤上, 另一部分贴在棉垫的外缘。