

29.5%^[7]。一般认为 AO 双钢板内固定主要用于 C₁ 和 C₂ 型,而对 C₃ 型骨折,尤其合并骨质疏松者,钢板和螺钉则难以取得良好的固定。有学者采用双张力带固定法治疗肱骨远端骨折^[8],笔者认为该方法只是对骨折端起加压作用,并无类似于尺骨鹰嘴和髌骨骨折的张力带作用,而对 C₃ 型骨折加压困难^[8]。

肱骨远端 C₃ 型骨折,尤其伴有骨质疏松,目前尚无有效方法使骨折获得坚强内固定。我们认为治疗此类骨折应是解剖复位并维持解剖复位,采用多根克氏针交叉内固定则可达此目的。该方法简单易行,不需特殊器械,不必作尺骨鹰嘴截骨来扩大术野,对周围组织创伤小,术后并发症少。虽然在肘关节活动中有克氏针松动和脱落,但并不影响骨折的愈合。由于本方法只是维持复位并不能取得坚强内固定,因此术后早期需要外固定。肘关节耐受性较差,一旦 X 片示骨折线模糊,骨痂形成,即可解除外固定,指导病人进行功能锻炼。本组 1 例功能恢复差,因为术后石膏固定 3 个月,虽然骨折已愈合,但肘关节僵直。因此对于肱骨远端 C₃ 型骨折,多针交叉内固定虽然能简单地维持骨折解剖复位,一旦骨折愈合达稳定时,即应嘱患者早期主动关节功能锻炼,这对关节功能

恢复有着重要意义。

参考文献

- [1] Chapman MM, Bray TJ, Spiegel PG, et al. Operative orthopaedics. Philadelphia, JB Lippincott, 1993. 441.
- [2] Helfet DL, Schmeling GJ. Bicondylar intraarticular fractures of the distal humerus in adults. Clin Orthop, 1993, 292: 26.
- [3] Horne JG. Supracondylar fractures of the humerus in adults. J Trauma, 1980, 20: 71.
- [4] Letsch R, Schmitz Neuerburg KP, Sturmer KM, et al. Intraarticular fracture of the distal humerus. Clin Orthop, 1989, 241: 238-244.
- [5] John H, Rosso R, Neff U. Operative treatment of distal humeral fracture in the elderly. J Bone Joint Surg (Br), 1994, 76: 793-796.
- [6] Sodergard J, Sandelin J, Bostman O. Mechanical failures of intenal fixation in T and Y fractures of the distal humerus. J Trauma, 1992, 33: 687-690.
- [7] David GK, Mark EB. Fracture of the elbow. Orthop Clin North Am, 1999, 30: 37-44.
- [8] Houben PFJ, Bongers KJ, Wildenberg FAJ. Double tension bandos teosynthesis in supra and trans condylar humeral fractures. Injury, 1994, 25: 305-309.

(编辑:李为农)

钳持复位闭合穿针固定治疗胸锁关节脱位

鞠学教 刘斌 王培红 鹿泽兵 殷升贤
(诸城市中医院,山东 诸城 262200)

自 1997 年 2 月至 1998 年 10 月间,对 7 例胸锁关节脱位患者采用钳持复位、闭合髓内穿针固定治疗,效果满意,现报告如下。

1 临床资料

本组男 5 例,女 2 例;年龄 16~45 岁,平均 31 岁;左侧 3 例,右侧 4 例;前脱位 5 例,后脱位 2 例;合并同侧锁骨骨折 2 例;合并颅脑外伤及其他部位骨折 5 例。全部病例均为交通伤,经查体见胸锁关节瘀血,肿痛及异常活动并结合 X 线检查确诊。全部病例均在伤后 24 小时内手术,平均 6 小时。

2 治疗方法

患者平卧,在颈丛或局麻下常规消毒铺无菌洞巾,用带尖复位钳钳持固定锁骨近端,参照对侧胸锁关节的位置提或压锁骨近端至复位满意,选 2.5mm 或 2.0mm 骨圆针为皮外导向针经胸锁关节中心点矢状面与胸骨呈 45°~60°角,额状面与胸骨平行选择锁骨前上侧进针点,用 2.5mm 钻头垂直钻透一侧皮质并逐渐压平钻头至与导向针角度相等,选等长骨圆针自钻孔处按导向针角度逐渐锤击,助手持钳维持复位,术者维持进针角度并根据等长针判断进入胸锁关节,检查进针角度合适,当进入胸骨时可有阻挡感,锤击声音改变,复位固定稳定,否则应重新调整进针角度以避免穿出或进入胸腔。继续进针约 3~4cm,检查复位固定满意后针尾弯曲埋于皮下,无菌纱布覆盖包扎。如合并锁骨中远段骨折则选用骨圆针髓

内固定骨折后同法处理胸锁关节脱位。术后口服抗菌素 3~5 天,患肢悬吊固定于胸壁 3~4 周并避免侧卧,术后 6~8 周拔除固定针。

3 结果

本组病例均手术顺利,术后无针尾滑移,愈合顺利,肩关节功能无受限。

4 讨论

楼光晗等^[1]采用钢丝固定及胸锁乳突肌腱翻转治疗胸锁关节脱位,刘金榜等^[2]采用可吸收线固定并修复关节周围韧带治疗均效果满意。但手术创伤大,遗留疤痕且费用高。我们采用该法治疗对胸锁关节旋转功能影响较小,术后上肢悬吊制动及避免侧卧可减轻锁骨近端的剪切应力,不切开对关节周围血运破坏小有利于关节囊及周围韧带修复,术后不易导致再脱位及针尾滑移。术中只要进针缓慢及掌握好进针角度可避免骨圆针穿出胸骨而带来危险。我们体会该法简便,费用低,固定可靠,术后不留疤痕可满足患者美容要求且术后关节功能恢复好,有推广意义。

参考文献

- [1] 楼光晗,楼滢.钢丝固定及胸锁乳突肌腱翻转移植治疗胸锁关节脱位.中国矫形外科杂志,1998,5:463.
- [2] 刘金榜,胡长春,王安.胸锁关节脱位一例报告.中华骨科杂志,1999,19(10):640.

(编辑:李为农)