

者,同时伴有屈髌畸形,先行髌、膝关节松解,胫骨下端牵引术,待髌关节伸直,膝关节屈膝畸形矫正至小于 30° 时,再行股骨髁上“V”字形截骨术,获得成功。本组有 1 例,屈曲畸形达 40° ,于 90 年 9 月,行膝关节松解(绳肌延长,髌胫束切断)股骨髁上反“V”字形截骨术。打一长腿石膏外固定,术后次日拍片,见 90° 后倾位对位,遂将膝关节屈曲至 60° 位,方使后倾角略有改善,本组总效率 98.5%。

4 讨论

4.1 本组屈膝畸形均伴有股四头肌麻痹,常规行前外侧直切口,分离股直肌及股外侧肌间隙,再切开股中间肌是没有必要的,斜切口刚好与髌上囊的外缘相切,不损伤髌上囊,切口位置低,上极又接近于正前方,有利于股骨下端的暴露和截骨。

4.2 弯止血钳剥离骨膜,迅速、准确、损伤小,用它牵拉软组织显露方便、视野增大。要缝合股四头肌腱下脂肪组织,使股四头肌与股骨截骨部有一较厚的脂肪组织相隔,能防止粘连,有利于关节功能的恢复。

4.3 屈膝畸形角度大于 30° 时,应先行膝关节松解术及胫骨下端牵引术。待屈膝畸形纠正至 30° 以下时,再行股骨髁上截骨术,矫正残余畸形,不全截断股骨下端能使截骨部稳定,矫正角度易于控制。这样不仅能防止神经、血管损伤,同时也能使截骨顺利完成。

(编辑:李为农)

膝正中 S 切口钢丝张力带内固定治疗髌骨骨折

孙晓太

(河南省中医院,河南 郑州 450002)

近 3 年来笔者采用膝正中 S 切口钢丝张力带内固定治疗髌骨骨折 46 例,取得了良好的效果,现报导如下:

1 临床资料

本组 46 例中,男性 34 例,女性 12 例;年龄 19~64 岁。左侧 29 例,右侧 17 例。

2 治疗方法

给以硬膜外麻醉或股神经、股外侧皮神经阻滞麻醉,成功后取仰卧位,常规消毒(开放骨折时,给以 3% 双氧水,1% 新洁尔灭和生理盐水冲洗伤口)铺巾。沿膝前正中作一 S 形切口,长约 8cm 左右,切开各层,止血,显露骨折处。将骨折端瘀血清除,并以手法使骨折处复位,满意后,用大号中钳或复位钳固定,以 10 号钢丝沿髌骨周围给以荷包固定。然后再取适当长度的钢丝于髌骨上极、股四头肌腱前后中点处横形穿过,将钢丝在髌骨前侧绕至髌骨下极处,再通过髌腱前后中点处横形穿过,使钢丝在髌骨前侧成“8”字形,并将前侧的骨折块压牢。活动膝关节,检查无异常后,冲洗切口,缝合各层,包扎固定,抗生素静点 3~5 天。于术后第 2 天即可行患肢肌肉的主动收缩活动。一周后下床活动,两周拆线,10~12 个月可去除内固定物。

3 治疗结果

经上述治疗后,切口均 I 期愈合,无感染病例,骨折均为解剖复位,膝关节功能活动正常,其中 2 例于 6 个月复查时,钢丝有断裂,给以提前取出,余患者均于术后 10~12 个月取出内固定,无后遗症发生。

4 讨论

术中操作时应注意,在髌骨复位后,用钢丝环扎时,钢丝选择应适当,若过细时易断裂,但也不可太粗,不然固定环扎不牢,骨折易再移位。在穿过股四头肌腱及髌腱时应紧贴髌骨的上下极,不可过深。最好与穿过髌骨内、外侧处钢丝不在同一平面,内、外侧应较上、下极处的位置稍浅一些,否则在下床活动后,因钢丝受到张力作用,给髌旁组织造成剪切作用,使钢丝滑至髌股关节面之间,失去固定作用,影响关节的活动。并且两根钢丝在抽紧打结时最好放置在同一方位,以减少取钢丝时的切口。

手术切口是沿着肢体长轴的,在早期活动中,伤口不受肢体活动所造成的剪力的影响,所以可避免切口的崩裂或延迟愈合。采用张力带固定时,将骨折处的分离剪力转变为压应力更有利于骨折的愈合。且对周围组织的损伤较小,可减轻膝部肿胀,利于功能恢复。

采用此切口手术时,还可据手术情况之暴露范围,适当的向上、下延长切口,更有利于手术的操作,且术后不会因瘢痕形成,影响膝关节的功能活动,造成疼痛等不适。

(编辑:李为农)

• 书讯 •

欢迎订购《中国骨伤》杂志合订本

1.《中国骨伤》杂志 2000 年合订本(共 12 期·精装)已经发行,每卷定价 82.00 元。

2.《中国骨伤》杂志 1992~1999 年尚存少量合订本(精装),每卷定价 40.00 元

需要者请汇款至本刊编辑部,并在附言条口注明所需卷数。我们将免费邮寄。如需挂号者,请在汇款中附挂号费 6.00 元。

联系地址:北京东直门内北新仓 18 号,中国中医研究院《中国骨伤》杂志编辑部 邮编:100700。电话:(010)64014411-2693。