

综上所述, V 形针内固定股骨干骨折的刚度和强度不足, 术后要用外固定保护。在操作过程中术前要选好适应证和器械, 术中要操作得当, 按照“张力带”原理插针, 结合恰当的功能锻炼, 才能防止 V 形针的弯针、断针的并发症。

(收稿: 2000-09-22 编辑: 李为农)

## 尺骨冠状突骨折的治疗

秦增华 钱增杰

(沭阳人民医院, 江苏 沭阳 223600)

我科自 1994 年以来收治尺骨冠状突患者 12 例, 报告如下。

### 1 临床资料

本组 12 例, 男 8 例, 女 4 例; 年龄 6~49 岁, 平均 28.5 岁; 损伤原因: 跌伤 9 例, 车祸伤 3 例, 后者均有不同程度合并伤; X 线片表现: 单纯尺骨冠状突骨折 9 例, 合并肘关节后脱位 3 例; 骨折类型: 基底部骨折 5 例, 冠状突尖部骨折 7 例; 12 例中 4 例误诊, 其中 1 例误诊为肱骨小头骨折, 3 例误诊为 I 型肱骨内上髁骨折, 均于手术治疗中发为尺骨冠状突骨折。

### 2 治疗方法

2.1 手术治疗 取肘内侧切口, 长约 3~5cm, 切开皮肤及皮下组织, 游离保护尺神经, 凿断肱骨内上髁或于近止点部切断前臂屈肌腱起始部, 向下牵开, 切开关节囊, 即可显露骨折部, 清理关节积血, 复位后进行内固定, 本组采用细松质骨螺钉固定 3 例, 克氏针交叉固定 2 例, 对骨块较小的尖部骨折作切除 2 例。然后克氏针交叉固定凿断之肱骨内上髁或用 7 号线缝合切断的前臂屈肌腱起点。术后须石膏托功能位固定 3 周。拆除后加强肘关节伸屈锻炼。

2.2 非手术治疗 采用手法复位或撬拨复位屈肘 90° 功能位石膏托外固定 1~1.5 月, 本组有 5 例。

### 3 结果

12 例均进行了随访, 随访时间最短 3 月, 最长 16 月, 平均 4.5 月, 其中经非手术治疗 5 例全部临床愈合; 手术内固定中 1 例克氏针松动退出致骨块移位坏死, 再次手术切除, 5 例临床愈合, 愈合时间 1.5~3 月, 平均 2.3 月; 肘关节功能恢复情况: 伸 0°=屈 130° 例, 伸 0°=屈 110° 例, 伸 10°=屈 130° 例, 其中作骨块切除者无习惯性肘关节脱位倾向。

### 4 讨论

4.1 尺骨冠状突骨折的诊断要点 我们通过总结分析认为以下几点有助于提高诊断准确性: 尺骨冠状突骨折肿胀和压痛的肘关节前下方明显。合并肘关节脱位的冠状突骨折多为后脱位, 而肱骨内上髁骨折为合并侧方脱位。熟悉肘关节 X 线解剖及儿童肘关节骨化中心的形成, 通过排除法确定诊断。肘关节内侧切口适宜于肱骨内上髁骨折与尺骨冠状突骨折的处理。仔细观察半月切迹是否圆滑。若有阶梯存在, 可能有冠状突骨折。CT 扫描能协助诊断。

4.2 尺骨冠状突骨折的治疗 非手术治疗适用: 骨折无明显移位, 手法复位成功者, 对于骨块较小者也可行撬拨复

位, 术后屈肘功能位固定, 使肌松驰, 有助于骨块复位与稳定, 骨折愈合后拆石膏功能锻炼, 本组 5 例经随访发现肘关节功能恢复满意。手术治疗适用于: 小骨块移位明显而手法复位失败者。骨块进入关节腔而造成关节绞锁者。手术要点是保护尺神经、恢复半月切迹光滑, 对较大骨块可自尺骨背侧用一枚松质骨螺钉固定, 骨块小者用二枚克氏针交叉固定或两边钻孔粗丝线捆扎固定。对骨片很小不易固定者, 若冠状突关节面丧失小于 1/2, 可行骨块切除, 我们对行骨块切除的 2 例随访长达 16 个月, 未发现有习惯性肘关节脱位发生。尺骨冠状突骨折平均愈合时间 1 月。因该处属干骺端松质骨, 有肱骨附着血运佳, 故容易愈合。

(本文承蒙南京大学医学院附属鼓楼医院李承球教授指导, 深表感谢!)

(收稿: 1999-08-10 修回: 2000-06-24 编辑: 程爱华)

## 肋软骨骨折的诊治体会

王劲 臧明 孙贤德

(常德市第一人民医院, 湖南 常德 415003)

我们从 1995 年元月至 1999 年元月诊治肋软骨骨折 16 例, 报告如下。

### 1 临床资料

本组 16 例, 男 12 例, 女 4 例; 年龄 16~59 岁, 平均 28 岁。直接损伤 11 例, 间接损伤 5 例, 合并肋骨骨折 3 例, 肺挫伤气胸 2 例。临床表现胸肋软骨区局部肿胀, 疼痛部位可扪及台阶或凹凸, 按压浮动或骨擦感, 经 X 线检查仅 3 例合并肋骨骨折, 8 例经 CT 薄层扫描示肋软骨骨折, 局部 B 超检查 8 例, 本组肋软骨骨折明显移位 4 例, 多肋软骨骨折 2 例。骨折部位: 第二前肋 3 例, 第三前肋 2 例, 第五前肋 3 例, 第六前肋 4 例, 第七前肋 3 例, 第八肋 1 例。

### 2 治疗方法

按肋软骨骨折移位或凹凸程度采用不同的方法: 3 例完全错位, 局部凹陷, 采用开放复位钢丝或粗丝线内固定, 2 例错位约 2/3~1/2 病例在局麻下行经皮钢针撬拨复位。本组病例疼痛较剧者采取 0.5% 利多卡因 2~5ml 加上地塞米松 5mg 行肋间神经或局封 2~3 次, 5 天 1 次, 配合外贴威耳贴膏或跌打丸调酒外敷。

### 3 治疗结果

患者疼痛缓解快, 自我感觉好, 症状 4~7 天消失, 局部压痛点 3~5 周消失, 平均 4 周, 胸式呼吸无受限, 无严重畸形及后遗症发生。

### 4 讨论

4.1 诊断与鉴别 肋软骨是肋骨与胸骨的连接桥梁, 由于其肋软骨自身的特点, 普通 X 线片无法显示, 很多医师没有引起高度的重视而被忽略, 冠以软组织挫伤治疗, 本组有数例就是在伤后 5~7 天方被确诊。我们觉得胸部创伤后如 X 线照片阴性改变, 而具有肋软骨区相应症状体征者要考虑肋软骨骨折的存在, 对于无确切把握时可行肋软骨薄层 CT 扫描, 具