

合牵引治疗。

4.2 各种牵引的选择及特点

①单纯髌骨翼骨牵引,适用于髌股关节脱位、髌骨骨折侧方压缩者。根据骨折移位不同,牵引方向又分外上、正外、外下三个方向。

②大转子骨牵引,对耻坐骨支骨折重叠移位者效果最佳,首先向外牵引,纠正骨折向内重叠,然后向外下牵引,矫正向上移位。对垂直不稳合并旋转不稳者(C型),自大转子向外下牵引,同样取得满意效果。

③股骨髁上骨牵引,根据 Watson Jones 观点^[9],压缩型骨折髌关节应伸直位牵引,而对分离型骨盆骨折则髌关节应屈曲 20°~30° 进行牵引,以减少耻骨联合分离的趋向。

④骨盆悬吊牵引,只适用于分离型骨盆骨折。根据骨盆骨折移位不同,选择一种及多种牵引配合,或对抗牵引。对双侧耻骨支骨折,耻骨联合漂浮者,牵引复位效果差,并易引起尿道变形,排尿困难;骨盆前环分离严重者,牵引复位不满意,对以上两类病人以手术内固定为妥。有学者认为^[5],非手术治疗对明显重叠移位的前环支骨折均复位不良。我们通过实践证明,大转子向外牵引可以有效纠正前环支骨折的重叠。

参考文献

- 孟和. 骨科复位固定器疗法. 天津: 天津科学技术出版社. 1986. 207.
- 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. 821~ 822.
- 王亦璁, 孟继懋, 郭子恒. 骨与关节损伤. 第 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 1990. 553~ 555.
- 孙永强, 闫占民. 髌骨牵引配合股骨髁上牵引治疗莫耳盖尼骨折. 中国骨伤, 1996, 9(4): 18~ 19.
- 马梦昆, 陈鸿. 旋转不稳型骨盆骨折的诊治. 中国骨伤, 2000, 13(5): 314.
- 沈忆新, 郑祖根, 成茂华, 等. 内外固定治疗不稳定性骨盆骨折 18 例报告. 骨与关节损伤杂志, 1995, 10(2): 71~ 73.
- 吴乃庆, 王道新, 沈家维, 等. “兀”棒及“T”型钢板治疗垂直不稳定骨盆骨折. 中华骨科杂志, 1997, 17(1): 51~ 55.
- 于海洋, 李超, 干阜生, 等. 内固定治疗不稳定性骨盆骨折 23 例. 骨与关节损伤杂志, 1999, 14(6): 376~ 377.
- Watson Jones Fractures and joint injuries sth ed: fbs, 1976, 914.

(收稿: 2000 07 23 编辑: 李为农)

• 短篇报道 •

改良 AO 张力带内固定治疗髌骨骨折

李进 杜婷 刘东鹏
(灵武市中医院, 宁夏 灵武 751400)

自 1994 年开始用改良 AO 张力带内固定法治疗髌骨骨折 62 例, 疗效可靠, 报告如下。

1 临床资料

本组 62 例中男 43 例, 女 19 例; 年龄 18~ 61 岁; 60 例新鲜骨折, 2 例陈旧性骨折; 横形骨折 40 例, 粉碎性骨折 20 例, 纵形骨折 2 例; 开放伤 2 例, 余为闭合伤。

2 治疗方法

膝前横弧形切口, 暴露骨折端及髌骨上下极, 清除关节腔积血、骨碎块, 陈旧骨折清除骨折端肉芽组织。伸直膝关节以利骨折复位, 小指伸入关节腔扪摸髌骨软骨面, 保持其平整则维持固定, 由髌骨外下极斜穿一直径 2.0mm 克氏针至内上极, 并使克氏针尽可能通过髌骨前后径中后 1/3 处, 继由内下极穿至外上极 1 枚克氏针, 以直径 1.0mm 钢丝“8”字形缠绕, 收紧拧结, 剪除克氏针使髌骨上下极外露 0.5~ 1.0cm 即可, 对粉碎骨折可改变对角穿针角度, 以使钢针通过小骨块。

术后处理: 术后均不用外固定, 术后第二天疼痛减轻后练习股四头肌收缩, 1~ 2 周进行屈膝锻炼, 3 周下地行走。

3 治疗结果

术后 3 个月~ 5 年随访, 无 1 例克氏针松动或滑行致钢丝滑脱。膝关节屈伸正常或接近正常。无股四头肌乏力, 偶有膝关节疼痛。个别病例 X 光片有创伤性关节炎表现。按照胥氏标准^[1]评定疗效, 优 36 例, 良 23 例, 中 3 例。优良率 95%。

4 讨论

本术式优于 AO 克氏针张力带固定法^[2]。其一、稳定性

好: 对角线式穿针与“8”字钢丝共同形成一个环包式固定髌骨, 同时具备垂直于髌骨轴线的向心压力, 使骨折块向心挤压, 通过力学刺激, 有利于骨痂形成, 促进骨折愈合, 避免 AO 克氏针张力带法在膝关节屈伸锻炼时钢丝拉力过大对平行的钢针产生纵向应力, 致髌骨软骨面分离现象^[3]。特别在穿针偏线时更易分离, 致关节面应力面改变, 创伤性关节炎并发症增多^[4]。而且在膝关节屈伸运动中, 有使钢针顺纵向力线滑动, 引起钢丝脱落, 失去张力带作用^[3]。作者临床中曾遇到类似病例的教训。同时, 对角线穿针可顾及粉碎性骨折不同部位的骨碎块, 通过改变穿针角度, 尽量使所有骨折块穿过钢针, 以保持其稳定性。其二、操作简便, AO 张力带平行穿针很不顺利, 屈膝则不能维持良好复位固定, 伸膝则不能完成水平穿针的目的, 且钢针多不能通过髌骨前后径中点, 操作难度大。斜穿针能准确掌握穿针方向, 手法不受任何影响, 同时骨折对位可靠, 多能一次成功, 费时少。另外内固定取除简便。

参考文献

- 胥少汀. 改良张力带钢丝内固定治疗髌骨骨折的实验研究及临床应用. 中华骨科杂志, 1987, 7(7): 309.
- 荣国威, 翟桂华, 刘沂, 等译. 骨科内固定. 北京: 人民卫生出版社, 1995. 390~ 393.
- 杨立新, 张建中. 钢丝张力带与克氏针张力带治疗髌骨骨折的对比观察. 中国骨伤, 1999, 5(3): 71.
- 元建洪, 黄煌渊, 陈世益, 等. 髌骨倾斜导致髌股关节接触压力与面积改变. 中国运动医学杂志, 1997, 16: 183~ 186.

(收稿: 2000 04 17 编辑: 李为农)