

术前对髓内钉长度及侧刃宽度需做到心中有数。长度以超过骨折远端 6cm 为宜。侧刃宽度不够则降低其防旋能力,过宽则击入困难,延长手术时间。所以我们建议在整钉打入而内钉下部两翼未张开前,一定要在 C 型臂下确定髓钉下部是否达到理想位置,再打开内钉下端两翼,必要时可以拔出更换。

我们认为扩髓固定固然比较稳定,但创伤增加,并发症机会增多。因为每次扩髓后髓腔又被血液充盈,并随下次扩髓进入循环,其中不乏凝固物质,容易导致栓塞^[3]。本组 25 例,需扩髓置入髓钉的仅 5 例,占 20%。因此,髓内扩张自锁钉除了具有髓内固定破坏骨外膜较少的优点外,在不降低内固定强度的前提下,避免了扩髓破坏髓内血运,不利于骨折愈合的缺点。

在骨折愈合过程中,该组患者愈合时间明显缩短,且有大量骨痂形成。原因之一:本组病例大多数采用闭合复位内固定术,既保留了对骨折愈合有用的骨折血运,又保护了骨外膜的血运,所以加快了骨

折愈合速度。原因之二:髓内扩张自锁钉是一种弹性内固定装置,虽然限制了骨折的相对移位,但不能消除骨折端的轻微活动,应力遮挡小,且有一定强度保持骨折愈合所需的生理应力,刺激骨痂生长^[4],更显示出其优越性。

股骨骨折钢板内固定术中常备 400~800ml 血液,而髓内扩张自锁钉因闭合复位,术中不输血,既可为患者节省费用,又可避免输血带来的一些负面影响,术后早期功能锻炼,膝关节功能良好,又可避免一次膝关节松解手术,二次取钉简单,患者精神压力小,总体花费是比较经济的。

参考文献

- 1 李健民,胥少汀,邹德威,等.髓内扩张自锁钉的结构特点及力学行为.中华骨科杂志,1998,18(12):728-732.
- 2 Klemm kw, Bommer M. Interlocking nailing of complex fractures of the femur and tibia. Clin Orthop, 1986, 212: 89-100.
- 3 Wendak, Runkel M. Systemic complications in intramedullary nailing. Orthopade, 1996, 25(3): 292.
- 4 李健民,胥少汀,李铁放,等.组合式防旋转髓内钉的研制及临床应用.中华骨科杂志,1996,16(9):547-551.

(收稿 2001-11-29 编辑:李为农)

•手法介绍•

Kocher 法治疗肩关节前脱位 19 例

李志 梁忆 马惠敏

(河北医科大学第三医院,河北 石家庄 050051)

作者自 1997 年来利用 Kocher 法复位肩关节前脱位 19 例,效果良好,报告如下。

1 临床资料

本组 19 例患者,男 11 例,女 8 例,共 20 个肩关节前脱位;年龄 26~65 岁,平均 37.2 岁,左 9 例,右 11 例;脱位时间 3~36 小时,平均 10 小时;孟下脱位 9 例,喙突下脱位 11 例,无锁骨下及胸腔内脱位;合并肱骨大结节撕脱骨折 2 例。

2 治疗方法

(1)患者坐位或仰卧位,术者握住患肢轻轻牵引,同时轻柔转动患肢,感到肱骨头有活动并患肢活动无明显阻力。(2)Kocher 法复位肩关节,即外展外旋上臂、内收上臂贴胸并使肘关节过前体中线、内旋上臂患侧手搭对侧肩上。可感到肱骨头滑入关节囊中,方肩畸形消失,Dugas 征阴性。复位后上臂内收、内旋、肘关节 90° 绷带固定 3 周。

3 治疗结果

19 例患者 20 个肩关节前脱位,除 2 例肌肉发达、肥胖者外均无需麻醉,一次复位成功;另 2 例在臂丛麻醉下复位成功。术后 X 线示:肩关节对应关系正常,撕脱骨折已复位,无并发症。

4 讨论

Kocher 法是利用旋转杠杆原理复位:牵引外旋可克服肌张力、解脱肱骨头与肩脾颈或孟缘顶压、使肱骨头更接近肩脾孟;内收内旋时肱骨干顶于前胸壁形成支点,以利于肱骨头复位。作者体会:Kocher 法复位肩关节前脱位操作简便、复位所需时间短。其关键点为:1. 轻柔转动患肢须感到肱骨头有活动;2. 上臂内收贴胸时无明显阻力,过体中线时肱骨头有滑动感;3. 肩关节保持固定,不可随手法移动而移动,坐位时尽量挺胸,仰卧位时一助手固定肩关节。4. 整个过程不用蛮力,不强行对抗阻力,4 个步骤连续完成。

(收稿:2001-12-06 编辑:李为农)