

临床上,不少医生对骨折的复位、固定与骨折愈合都十分重视,但对功能锻炼却相对关注较少,大量的临床报道也多是在探讨复位、固定和骨折愈合,探讨功能锻炼的报道则显得不多。肱骨外科颈骨折与肩关节的功能乃至整个上肢的功能息息相关,肩关节这个人体活动范围最大关节功能的恢复情况,直接影响到患者的生活质量,也影响到患者的工作,因此,患者在渴望骨折早日愈合的同时,更渴望患肢功能的早日恢复。本法将骨折的复位、固定与功能锻炼有机地融为同一过程^[2],通过合理的功能锻炼,不仅

可以纠正骨折的残余移位,起到促进骨折愈合等作用,而更重要的是功能锻炼可以加速患肢功能的恢复,使患者早日恢复正常的生活与工作,这也是我们治疗的重要目的。

参考文献

- 1 孟迁,鲁周同. 肱骨外科颈骨折的功能疗法. 中医正骨, 1999, 11 (7): 23.
- 2 周耀君,刘天宇. 皮牵引肩法治疗肱骨外科颈骨折 57 例. 中国骨伤, 2001, 14(1): 49-50.

(收稿: 2002- 08- 06 编辑: 连智华)

• 短篇报道 •

克氏针固定治疗腓骨下段并内踝骨折移位 22 例

张文保 孙理升 高振霞 王春霞 陈秀莲
(沂水县马站人民医院, 山东 沂水 276403)

我科自 1986- 2001 年,采用克氏针切开改良内固定治疗腓骨下段并内踝骨折移位 22 例,通过随访和术后观察,明显降低了远近期并发症,取得了较好的临床治疗效果,现分析报告如下。

1 临床资料

本组 22 例中男 16 例,女 6 例;年龄 18~ 68 岁,平均 52 岁。直接暴力伤 18 例,高处坠下 4 例。横断骨折 11 例,粉碎性骨折 7 例,斜形骨折 4 例。开放性骨折 13 例,闭合性骨折 9 例。

2 手术方法

2.1 腓骨下段手术方法 以腓骨断端为中心,沿腓骨纵形切口,显露骨折两断端,清除嵌入组织,在外踝最高点下 1 cm 处作 1.5 cm 长切口,用直径 1.2 mm 克氏针,斜向腓骨髓腔,击入克氏针,出远端髓腔后,直视下复位,继续击入近端髓腔内,以超过骨折线 5 cm 为宜,把克氏针尾端留 1.5 cm 长,折回呈钩形,再将钩击入腓骨内。如为开放性骨折或粉碎性骨折时,则首先彻底清创,修补缺损,将碎骨片复位,用粗丝线捆绑固定。

2.2 内踝手术方法 以内踝最高点为中心,纵行切开,显露骨折断面,清除血肿及破碎骨屑,用直径 1.2 mm 克氏针,在骨折片中心,向胫骨内顺行击入,达 5 cm 以上后,将克氏针折回,在距末端 1.5 cm 处折成直角,把骨片充分复位,再将克氏针的直角钉在胫骨内。

3 治疗效果

参考疗效评定标准[沈志祥,张安祯. 骨伤科手册. 北京: 中国医药出版社, 1991, 233.] 优: 骨折愈合,患肢无缩短,对位对线好,骨折成角 5° 以内,踝关节功能完全恢复正常;良: 骨折对位对线尚好,骨折线模糊,患肢缩短不足 1 cm,成角小于 10°,踝关节伸屈各差 5° 以内;差: 骨折畸形愈合,患肢缩短 2 cm 以

上,成角 10° 以上,踝关节伸屈各差 10° 以上。本组病例中除 2 例因外出打工未得到访外,其余 20 例全获得随访,优 15 例,良 5 例,无差病例。均在 4~ 6 个月后局麻下取针,无远近期并发症。术后即可进行踝关节功能锻炼,2 周后下地负重锻炼。

4 讨论

腓骨外端承受距骨压力的 1/5,其短缩可引起应力改变,引起创伤性关节炎。腓骨对胫骨负重起到补充作用,有效适应与配合踝关节运动。另外腓骨缩短可使踝上移,踝穴增宽扩大,引起关节不稳及行走疼痛。因此,腓骨固定对负重及协调踝关节运动有十分重要的作用。采用改良克氏针内固定,将尾端埋于骨质内,既增加其稳定性,又避免尾端与组织摩擦,有利于术后功能锻炼,减少并发症的发生,更有利于踝关节功能的恢复。

近年来我科在处理腓骨骨折合并内踝骨折时,通过临床观察,不管是闭合骨折还是开放性骨折,以切开或扩大创口用改良式克氏针内固定,其优点是: ①通过切口或扩大切口,起良好的减压作用,有效地治疗和预防踝关节高压综合征; ②应用准确可靠的微动内固定和自身内外固定,可使克氏针既不能前进,也不能后退,针尾钉在骨质内,避免日后影响踝关节功能锻炼; ③纠正成角畸形,恢复腓骨长度和骨膜的连续性,克服关节内外负重不均的弊端; ④克氏针不通过关节腔,并且远离关节面,对踝关节功能锻炼不受影响,使踝穴和关节面保持平整,减少损伤性关节炎的发生。术后不需要外固定,早期下地行走,可使骨折两端承受一定的压力,产生自身加压作用,促进骨痂形成。同时达到最小限度的创伤。

(收稿: 2002- 08- 11 编辑: 荆鲁)