

各位专家、同仁更多更好的方法。

参考文献

- 1 吕厚山, 卢世壁, 戴尅戎. 人工关节外科学. 北京: 科学出版社, 1998. 150.
- 2 杨述华, 李进, 刘国辉, 等. 髌臼缺损重建及骨水泥和非骨水泥全髋关节置换术临床观察. 中国矫形外科杂志, 2000, 8(4): 331-332.
- 3 Paprosky WG, Perona PG, Lawrenca JM. Acetabular defect classification and surgical reconstruction in revision arthroplasty: A 6-year follow-up evaluation. J Arthroplasty, 1992, 7: 271-276.
- 4 Tanzer M, Drucker D, Jasty M, et al. Revision of the acetabular component with an uncemented Harris-Galante porous-coated prosthesis. J Bone Joint Surg (Am), 1992, 74: 987-994.
- 5 Wong YC, Chan CK, Chan NK. The acetabular wing and morsellised

- allograft in the reconstruction of acetabulum in revision and conversion total hip replacements. Hong Kong Journal of Orthopaedic Surgery, 1998, 2: 14-19.
- 6 Shinar AA, Harris WH. Bulk structural autogenous grafts and allografts for reconstruction of the acetabulum in total hip arthroplasty: Sixteen-year-average follow-up. J Bone Joint Surg (Am), 1997, 79: 159-168.
- 7 吕厚山, 卢世壁, 戴尅戎. 人工关节外科学. 北京: 科学出版社, 1998. 125.
- 8 Seneki Kobayashi, Naoto Saito, Hiroshi, et al. Poor bone quality or hip structure as risk factors affecting survival of total hip arthroplasty. Lancet, 2000, 355: 1499-1503.

(收稿: 2002-08-21 编辑: 李为农)

· 短篇报道 ·

骨栓加张力带固定治疗肱骨髁间骨折

苏郁 刘寿坤

(宁德市闽东医院骨外科, 福建 宁德 355000)

肱骨髁间骨折是一种治疗难度较大的关节内骨折。我院从 1995 年 2 月 - 2001 年 2 月, 采用了骨栓加张力带固定方法治疗肱骨髁间骨折 32 例, 取得了满意的疗效, 现介绍如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 32 例, 男 19 例, 女 13 例; 年龄 15~60 岁, 平均 38.5 岁; 右侧 17 例, 左侧 15 例。致伤原因: 车祸伤 14 例, 跌伤 11 例, 坠落伤 7 例。骨折类型呈“Y”形 10 例, “T”形 8 例, 粉碎性 14 例。按 Riseborough 分类法[王亦聰. 骨与关节损伤. 第 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 2001. 590]: II 度 3 例, III 度 20 例, IV 度 9 例。均为闭合性骨折。受伤距手术时间 1~4 d 30 例, 23 d 1 例, 26 d 1 例。

1.2 手术方法 臂丛阻滞麻醉, 患者取仰卧位, 患肢屈肘置于胸前, 驱血上气囊止血带。肘后“S”形切口, 长约 10 cm 切口。游离并保护尺神经, 肱三头肌腱舌状切开并翻向远端, 显露骨折端及内外髁。先解剖复位内外髁, 自内髁向外髁钻孔, 选用小骨栓固定, 变髁间骨折为髁上骨折。再按髁上骨折复位后, 取直径 2.5 mm 克氏针 2 枚交叉固定, 于肘外侧 2 枚克氏针尾部“8”字钢丝固定。尺神经前移后, 屈肘约 70° 缝合肱三头肌舌状瓣, 切口置橡皮片引流 48 h。术后第 2d 开始 CPM 功能锻炼。

1.3 治疗结果 按照门振武的评定标准进行评定[中华外科杂志, 1986, 24: 115]。优: 肘关节伸屈活动范围比健侧少 30° 以内, 骨折愈合好, 恢复原工作, 无合并症; 良: 肘关节屈曲 110°, 活动范围大于 70°, 骨折愈合好, 恢复原工作; 可: 肘关节屈曲至 100°, 活动范围在 (50~70°) 之间, 有合并症, 不能从事正常

工作; 劣: 肘关节活动明显受限, 有严重并发症, 如骨折不愈合等。本组 32 例, 随访 1~5 年, 平均 3.2 年, 优 25 例, 良 5 例, 可 2 例, 优良率为 93.75%, 骨折全部在 5 个月内愈合, 并发创伤性关节炎 2 例, 无神经、血管损伤及感染等并发症。

2 讨论

由于肱骨远端复杂的几何形状, 骨折粉碎度高, 易损伤血管神经, 又为松质骨, 复位固定困难, 因此肱骨髁间骨折至今仍被认为最难治疗的骨折之一。目前对其治疗方法的选择观点也颇不一致。传统的手法复位小夹板固定或尺骨鹰嘴牵引等非手术治疗, 对 II 度以上的骨折, 很难达到解剖复位, 固定不稳定, 不能早期功能锻炼, 常常遗留关节功能障碍。而手术治疗可以在直视下解剖复位, 有效内固定, 可以早期功能锻炼, 并明显提高治疗效果。本组病例手术治疗效果与其他报告的相近, 优良率达 93.75%, 所以我们认为对 II 度以上的肱骨髁间骨折应积极采用手术治疗的方法, 而且手术应尽早进行, 最好在伤后 1 周内, 本组 2 例疗效不理想即为陈旧性骨折。

肱骨内外髁间采用骨栓固定, 可使骨折块向中心靠拢加压, 有利于骨折复位和愈合。张力带固定较单纯克氏针交叉固定更符合生物力学要求, 不仅增加了固定的稳定性, 并可防止肘内翻及克氏针的松动。所以我们认为本术式具有操作简单, 固定可靠, 术后不需外固定, 可以早期功能锻炼, 材料费用经济, 后期内固定物取出方便等优点, 是一种治疗肱骨髁间骨折的较好方法之一。

(收稿: 2002-07-09 编辑: 连智华)