

著作中都做了大量研究,有人也曾将旋转移位列为肱骨髁上骨折的一大类,但是没有具体分出内旋移位和外旋移位,也没有对内旋移位和外旋移位与其他移位并存的分型。综上所述,我们认为目前对该骨折的辨证分型还不甚完善,不能使远端移位的方向全部概括进去,影响了分型的目的和实用价值。所以,我们对该骨折的分型,为临床整复骨折提供了充分依据,并用于临床辨病施法,取得了较好疗效。

**3.3 本分型法的特点与意义** 本文分型的特点是将骨折远端的移位方向作为分型的依据,各型的名称也是根据移位的方向命名的,对肱骨髁上骨折,首先分了伸直、屈曲、旋转 3 大类型,每个类型又分若干小类型,这样就基本上把远端各个方向的移位全都概括进去了。本文分型法与其他分型法比较,较为全面和完善,

譬如,骨折远端向后、向尺,并外旋转移位。按国内以前的二型两偏分型,未能将旋转移位体现出来,而本分型法,分为伸直尺偏外旋型,经比较就明显看出,本分型能使移位充分显露出来,也符合中医辨证、辨病施治的原则,既便于理解和记忆,又便于辨证分型论治,突出了需要解决的问题,使之在临床中具有防止误诊和准确施法治疗的重要意义。

#### 参考文献

- 1 陈佑邦. 中医病症诊断疗效标准. 南京: 南京大学出版社, 1994. 164.
- 2 邵仲. X 线检查技术学. 上海: 上海科学技术出版社, 1983. 62.
- 3 岑泽波. 高等医药院校教材. 中医伤科学. 上海: 上海科学技术出版社, 1983. 93.
- 4 杨礼淑, 郭焰, 王英, 等. 正常肱骨远端旋转及肱骨髁上骨折断端旋转移位的肘部 X 线解剖研究. 中医正骨, 2001, 13(11): 15-16.

(收稿日期: 2003-10-08 本文编辑: 连智华)

## • 短篇报道 •

# 可吸收张力装置治疗桡骨远端粉碎性骨折 16 例

巩春山<sup>1</sup>, 刘莉<sup>2</sup>, 杨殿玉<sup>1</sup>, 刘新剑<sup>1</sup>, 王兆杰<sup>1</sup>, 张成强<sup>1</sup>

(1. 解放军第一四六医院, 山东 临沂 276001; 2. 临沂市血站)

我院从 2001 年 1 月-2003 年 4 月利用可吸收张力装置治疗桡骨远端粉碎性骨折 16 例, 疗效满意, 现报告如下。

### 1 临床资料

**1.1 一般资料** 本组 16 例中男 5 例, 女 11 例; 年龄 23~65 岁; 病程 1 h~5 d。其中闭合骨折 14 例, 开放骨折 2 例; Colles 骨折 4 例, Smith 骨折 2 例, Barton 骨折 10 例。

**1.2 可吸收张力装置及制作** 选用芬兰 BIONX 公司产 BIFIX(百优)自身增强可吸收聚合物系列产品, 取直径 2.0~3.5 mm, 长度 40~70 mm 粗细长度不等的 BIFIX(百优)可吸收棒, 配合医用 7 号可吸收缝合线, 术中按实际需要选取适宜可吸收棒。

### 2 治疗方法

臂丛麻醉成功后, 上臂上止血带, 按骨折类型, 采用常规手术入路, 开放性骨折严格清创, 显露骨折部位, 尽量减少骨折部位附属血运组织的剥离, 骨折端常规处理复位后, 点式复位钳暂时固定骨折端, 在骨折近端约 3~4 cm 处选用直径 1.2 mm 克氏针横向穿孔, 穿入双 7 号医用可吸收缝合线备用, 选择适宜钻头钻孔, 自攻丝扩孔后, 选 2 枚相匹配可吸收棒穿入固定骨折端, 待可吸收棒膨胀后, 撤去点式复位钳, 将备用双 7 号医用可吸收缝合线缠绕可吸收棒尾端作“8”字型张力带固定, 对骨缺损处, I 期充填金世植骨灵, 松止血带后彻底止血, 另行低位切口置引流条, 缝合切口。术后处理: 术后 24~48 h 拔除引流条, 第 2 天无负重下行腕关节功能锻

炼, 并逐渐加强主动活动, 2 周拆线, 一般 4~6 周即可恢复腕关节功能正常活动。

### 3 结果

本组 16 例切口均 I 期愈合, 随访 6~15 个月, 均获骨性愈合, 无一例骨折再移位, 无 Sudeck 骨萎缩, 按 Jakim 疗效评分标准[J Bone Joint Surg(Br), 1991, 73: 302]: 优 14 例, 良 2 例。

### 4 讨论

实验研究证实, 桡骨远端承受 80% 轴向负压[J Bone Joint Surg(Am), 1997, 73: 461], 传统的小夹板、石膏外固定或钢板、螺钉内固定, 都不能有效拮抗关节韧带、肌腱在各方向产生的张力, 骨折畸形愈合功能障碍是必然, 传统的张力带(克氏针与钢丝相结合)虽然在一定程度上克服了以上诸多缺点, 但仍存在不足。可吸收张力装置在很好地继承了传统张力带的优点之后, 又有了一次很好的飞跃, 不仅符合 AO/ASIF 骨折治疗的原则(即解剖复位、坚强固定及早期功能锻炼), 而且也顺应了 AO 到 BO 过渡的指导思想(即从原来强调生物力学固定的观点向生理的、合理的、生物学为主的观点的过渡), 可吸收棒在人体膨胀后, 在加固骨折端的同时, 又很好地避免了传统张力带针体松动的缺憾, 同时可吸收棒属人体相融组织, 在完成固定骨折端的使命后, 融入人体的组织又很好地促进了骨折愈合, 达到了“化作春泥更护花”之功效, 自然也就避免了二次手术取内固定物的诸多不便。但可吸收材料价格较贵, 临床广泛推广应用受到一定限制。

(收稿日期: 2003-08-09 本文编辑: 王宏)