

上骨折;再按肱骨髁上骨折进行复位固定,复位后,从肱骨内、外髁分别斜行向上交叉穿入一枚 $\varnothing 1.5\text{mm}$ 或 2mm 的克氏针,钢针尖端必须穿破对侧骨皮质约 0.3mm 至 0.5mm ,将钢针尖端顺骨干纵轴向上折弯,然后剪断针尾部留约 0.6cm ,向上挤压骨折远断端,使骨折间隙变小,再顺克氏针方向,行向下的作用力折弯克氏针尾端并紧嵌于内、外髁之骨皮质内,这样可起到张力加压固定作用。活动肘关节骨折断端间稳定无异样活动。松止血带、止血、冲洗,每一侧口内置放橡皮引流条,依次缝合,用长臂石膏后托固定肘关节功能位。

术后第 5 天即开始被动锻炼肘关节屈伸活动,10 天拆线开始主动锻炼。3~4 周去石膏,可进行较大幅度的功能锻炼活动,一般在 2 个半月,肘关节即可恢复到正常的关节活动范围。

治疗结果

疗效评定:优:肘关节活动比健侧少 15° 以内,骨折愈合好,恢复原工作,无合并症;良:肘关节活动比健侧少 25° 以内,骨折愈合好,无合并症,恢复原工作;可:肘关节活动比健侧差 35° 以内,骨折愈合好,有或无合并症,能从事体力劳动。

本组随访时间最长 7 年,最短 5 个月,结果优 34 例,良 10 例,可 2 例。

讨 论

肱骨髁上骨折是典型的关节内骨折,由于其移位复杂,所以在临床上复位、固定都很困难。我们所采用的肘关节内、外侧切口,行切开复位克氏针内固定治疗此种骨折,取得了满意的效果,主要有以下几个方面的优点。

1. 保持肱三头肌的完整,此手术方法不切断肱三头肌,这样可维持骨折断端的稳定,防止骨折移位。减

少肘关节后关节囊壁的损伤,可减少关节囊的粘连,可早期进行肘关节功能锻炼。

2. 内、外侧切口显露,能在直视下进行良好的复位。骨折复位满意是肢体功能恢复的解剖基础,关节内骨折更要求这一点,从内、外侧切口,可以直接了解肱骨滑车关节面的平滑程度,使其均能达到解剖复位,利于术后肘关节功能的恢复。

3. 应用克氏针固定,首先使髁间骨折变为髁上骨折再复位,用克氏针交叉穿针固定,克氏针穿透对侧骨皮质,形成三点固定作用,三枚克氏针相互交叉形成一个稳固的三角形结构。可以防止骨折再移位,能消除骨折断端间的剪力及内翻应力。同时由于肱三头肌的完整,术后肘关节活动时期作用于克氏针处的应力较少。另外,克氏针两端在抗阻力的作用下折弯,使其能起到加压张力固定的作用,利于骨折的早期愈合及功能恢复。

4. 克氏针尾端包埋于皮下,可以防止感染,对早期肘关节功能锻炼不造成影响,克氏针可以在骨折完全骨性愈合后取出。

5. 伤后 5~7 天施行手术,肘部原始伤的肿胀基本消退,再进行手术就不会加重肘部软组织的损伤及肿胀。内固定后更有利于软组织损伤反应的进一步消退。内、外侧切口损伤小,克氏针固定牢固,可早期活动利于关节周围损伤组织的炎性反应消退,防止粘连的发生。达到了骨折愈合与功能恢复同时进行的目的。

6. 我们在坚强内固定的基础上强调早期功能锻炼,循序渐进,逐渐加大活动范围,把骨折愈合与肘关节功能恢复放在同时进行。因其肱三头肌是完整的,在屈、伸肘关节时不会加重软组织的损伤。一般在 2 个半月肘关节功能即可恢复。

(收稿:1996-01-16)

多针穿刺内固定治疗老年股骨颈骨折

蒋湘莲 王人彦

浙江省富阳市中医骨伤科医院 (311400)

我们 1992 年~1996 年采用多根骨圆针穿刺内固定治疗老年股骨颈骨折 36 例,取得满意疗效,现报告如下。

临床资料

本组 36 例,男 4 例,女 32 例;年龄 62 岁~89 岁;手术时间在伤后 1~9 天。骨折类型:均为新鲜骨折,其

中 Carden II 型 28 例,III 型 6 例,IV 型 2 例。5 例头下型,19 例经颈型,12 例基底形。

治疗方法

入院后均行股骨髁上骨牵引,牵引重为 $1/7$ 至 $1/5$ 体重,并配合手法整复,均能达到理想复位。术前根据股骨头、颈体表投影在皮肤上做金属标记并床边摄 X

线片定位。手术在床边进行。常规皮肤消毒，铺无菌手术单，在大粗隆下做一纵行约 3~5cm 切口，根据定位标志，在股骨干夹角 130°~150°方向，从粗隆部经颈向股骨头打入 3~4 枚 Ø3.5mm 骨圆针。注意三针成“品”字型打入，两针间 5°~10°夹角。当针进入股骨头感阻力增加时再进入 1~2cm 即可，再次床边摄片，调整进针深度至满意后将骨圆针尾端剪短折弯置于骨皮质外，缝合切口。

术后常规预防感染治疗，对于 CardenII 型中立位皮牵引 2 周左右。III、IV 型皮牵引 3~4 周，去除牵引后床上活动锻炼，术后 4~6 周鼓励患肢不负重下地活动。间隔 1~2 月摄片一次，骨折完全愈合后（6 月~12 月）拔除内固定。

治疗结果

36 例均随诊，时间 1~5 年，II 型 28 例全部愈合，III、IV 型除各一例骨折愈合后出现股骨头塌陷、局部坏死外，其余均愈合。愈合病例均能进行伤前日常生活活动。2 例术后出现内固定松动，骨圆针退至皮下。

讨 论

1. 多针穿刺术内固定优点：3~4 枚骨圆针在股骨矩及张力、压力骨梁中穿过并交叉固定，与髋关节力线一致，能增强骨圆针的固定作用及耐疲劳性。各针截面成三角形，扩大了固定截面积，有较强的抗旋转能力。有实验证明，多针固定较三刃钉、加压螺纹钉固定能更好的抗骨折面间剪力产生所致错位，并在抗骨折面间旋转移位及内固定强度方面均有优越性^[1]。另外，因骨圆针相对细小，对骨结构破坏少，与开放复位内固定比较，不破坏股骨颈周围血管，对股骨头残存血供影响小，有利于骨折愈合。且多针固定对骨折处应力传递干扰少，应力遮挡作用小，对骨折坚强愈合非常有利。

2. 多针穿刺内固定对老年股骨颈骨折治疗优点：本组平均年龄 78 岁，已属高龄。其股骨头坏死，骨不连，髓内翻等并发症更易发生。另外还易并发坠积性肺

炎，泌尿系统感染，褥疮等症。加之年老体弱，多伴有心、肺、脑、肾等重要器官及代谢疾患。临床治疗有其特殊要求。本法在局麻下进行，创伤小，手术时间短，感染发生机会小，老年病人易耐受。与单纯牵引复位治疗比较，能明显减少卧床时间，提早进行功能锻炼，方便护理。尽管老年人骨质疏松明显，过早下地锻炼易引起内固定针的松动与滑移，会影响骨折愈合。但这与长期卧床引起的危及生命的并发症相比，与高龄患者治疗后功能恢复所要求达到程度而言，这是次要的。

3. 多针穿刺内固定治疗的注意事项：(1)良好的复位与稳定的固定是骨折愈合的关键。本组术前经牵引治疗及手法整复后均能达到满意复位，牵引中除注意矫正短缩移位外，应防止过牵，以免对股骨头血供产生更大损害。正确的进针决定了固定的稳固性。骨圆针穿刺角度一般与股骨干夹角为 130°~150°，穿刺针力求方向与股骨矩、张力骨梁、压力骨梁方向一致，以达到仿股骨颈部悬臂樑样结构^[2]，更好地克服骨折端的张力、剪力及压力。同时多针多点固定，以抗骨折端的旋转力，从而能达到较稳固的固定。(2)由于骨圆针无防滑措施，故术中穿针固定尽量一次完成，防止反复进退，否则易引起内固定松动及滑移。(3)实验证明，股骨颈骨折患肢内收后，骨折部的弯距及剪力增加，骨折间的分离和错位量均有增加^[1]。故术后应将术肢置于中立位，为防止髓内翻畸形，也可将术肢轻度外展，但应严格防止患肢内收。

参考文献

1. 蒋知节，程春生. 股骨颈骨折内固定治疗的生物力学研究. 中医正骨, 1991, 3 (1): 8
2. 霍洪军，温树正，刘万林. 等. 仿股骨颈结构多针内固定治疗头下型股骨颈骨折. 骨与关节损伤杂志, 1996, 11 (3): 164

(收稿：1997-12-01)

中西医结合治疗腰椎间盘突出症 82 例

方学韞 鲁遂荣

湖北医科大学第二附属医院 (武汉 430071)

我科自 1990 年 8 月~1997 年 8 月，采用中西医结合方法治疗 82 例腰椎间盘突出症，疗效满意，报告如下。

临床资料

本组 82 例均为住院病人，其中男 50 例，女 32 例；年龄 22~65 岁。病程 2 月~25 年。82 例均经腰椎 X 线片、腰椎 CT 扫描均显示腰椎间盘突出、腰椎间盘退行