量三七对小鼠凝血系统的作用. 中药药理与临床,1995,11(3):25-28

- 8 万素军,郑军,毛艳英,等.外伤复明胶囊对血小板粘附功能和血栓 形成影响的研究.中国中医眼科杂志,1997,7(2):74-76.
- 9 黄树莲,陈血芬,陈晓军,等.广西血竭总黄酮活血化瘀的研究.广西医学,1996,18(1):1-3.
- 10 吉中强,宋鲁卿,高晓西,等.11 种中药对大鼠血小板聚集和红细胞流变性的影响.山东中医杂志,2000,19(2):107-108.

(收稿:2001-10-24 编辑:房世源)

短篇报道:

三叶草钢板治疗肱骨近端骨折

徐泽贵1 任先军2

(1. 巴中市人民医院,四川 巴中 636001; 2. 第三军医大学新桥医院)

我院自 1998 年 8 月至 2001 年 2 月采用三叶草钢板治疗 肱骨近端骨折 20 例 .效果满意。

1 临床资料

本组 20 例中男 16 例 ,女 4 例 ;年龄 16 ~ 70 岁 ,平均 45 岁。骨折按 AO/ASIF 分类 :A 型 7 例 ,B 型 9 例 ,C 型 4 例 ,均 为新鲜骨折 ,骨折端均有明显移位、重叠、成角和肱骨头旋转畸形 .无血管神经损伤。

2 手术方法

臂丛或全麻下,病员仰卧位,伤肩垫高,作肩关节前内侧切口,长约12~14cm。在肱三头肌与胸大肌之间分离,保护头静脉,行骨膜下剥离,显露骨折端,清除骨折断端嵌入的软组织及血凝块。自肩峰交叉穿入两根克氏针于肱骨头,以控制近端骨折端。将上臂及肱骨头内旋,确认肱二头肌腱长头及大小结节,以"撬拨"法配合其他手法整复骨折。把三叶草钢板放在肱二头肌长腱外侧,必要时可使三叶草钢板侧向二叶之一和上叶各截除一段,以适用肱骨上端骨形态及内固定要求。肱骨头用 6.5mm 松质骨拉力螺钉固定,较远侧骨段用4.5mm 皮质螺钉固定。并用拉力螺钉经三叶草钢板的螺孔作骨片间内固定。注意放置三叶草钢板上端时不宜过高,以免撞击肩峰。固定后拔出克氏针,活动肩关节,了解内固定稳定程度。

术后处理:通常无需外固定,术后2天拔出负压引流管,2天即可开始作患肩扶持主动活动,逐渐加强主动锻炼。1例老年严重粉碎性骨折(C型),术后应用外固定架保护4周,再行功能锻炼, $10\sim14$ 天拆线,每月复查X线片一次。

3 治疗结果

术后 X线片示 20 例全部解剖复位,平均随访 11 月(6~24 月),骨折于 8 周愈合,伤口无感染,无肱骨头缺血坏死及骨不连发生。肩关节功能采用 Neer 的百分制评定标准:疼痛35 分,功能:30 分,运动限制:25 分,解剖复位:10 分。术后总

评定分在 90 分以上为优;80~89 分为良;70~79 分为一般; 70 分以下为差。本组 20 例,优:15 例,良:3 例,优良率 90 %。

4 讨论

三叶草钢板为高强度特殊材料制成,比普通钢板薄,强度大。自60年代开始,首先用于治疗踝部Pilon骨折,并取得较好的效果。将三叶草钢板应用于治疗肱骨近端骨折,国内尚未见有文献报告,国外仅有少数学者对此进行过研究。我们经过实验发现,将三叶草钢板塑形后,能较好地符合肱骨近端解剖特点及生物力学特点,最大限度包容骨折断端,容易调整其外形,并易于切割成所需的形态,使用方便。

在横杆折弯实验中,三叶草钢板和带锁髓内针较张力带钢丝 Enders 针优良,三叶草钢板和带锁髓内针间无明显差别。在抗扭力实验中,三叶草钢板和带锁髓内针优于张力带钢丝 Enders 针。作者认为,肱骨近端粉碎性骨折(C型),三叶草钢板可提供最大强度的抗扭曲强度和抗折弯强度。

我院自 1998 年应用三叶草钢板治疗肱骨近端骨折 20 例,优良率达 90 %,高于其它方法的优良率,除 2 例肩关节活动受限外,无一例发生骨不连及肱骨头缺血坏死。利用三叶草钢板治疗肱骨近端骨折对血供影响较少,能最大可能包容骨折端,提供最大的支持作用,即能维持骨折的对合固定,又能防止肱骨头旋转移位,比其他治疗方法要稳定可靠。

对于近端粉碎性并有游离骨片骨折时,采用本方法亦为理想,术中可经三叶草钢板的螺孔有效地作骨片间内固定,可使分离的骨片对合在一起,有利于骨的对合固定和功能锻炼。 采用本方法,通常不需外固定。术后2天即可作患肩扶持主动活动,逐渐加强功能锻炼。

作者认为,三叶草钢板对于 C 型肱骨近端骨折为良好的适应证。因其适应肱骨近端骨形态及内固定要求,固定牢固,抗旋转力较强,缺血坏死和骨不连发生率低,术后无需外固定,并可进行早期功能锻炼,减少并发症发生。

(收稿:2001-05-12 编辑:荆鲁)