

河南省中西医结合骨科学会 第三届学术交流会论文汇编

一九九三年七月十五日

53

河南省中医院简介

河南中医学院第二附属医院始建于1986年，位于郑州市北郊东风路中段，是一所现代化的综合性中医院，是河南省中医医疗、教学、科研中心。

医院占地面积100,000平方米，总建筑面积51,200平方米，其中病房建筑面积10,175平方米，门诊建筑面积10,200平方米。设计病床500张，日门诊量1500人次。基本建设独具特色，造形新颖、典雅大方、结构合理、采光充足。

我院专家荟萃，技术精良、设备先进、功能齐全。河南中医学院类风湿研究所，眼科研究所、乳腺病防治中心和中日民间科技交流郑州康复医疗中心。我院共有工作人员420名，其中卫生技术人员318名，副高职称以上人员47名，中级职称人员120名。开设病床400张，门诊设有急诊、内、外、妇产、儿、骨伤、针灸、眼、耳鼻喉、口腔、皮肤、推拿、预防保健、B超、检验、放射、病理、脑电图、脑血流图、心电图、心向量等近三十个临床医技科室。病房开设9个病区，收住内、外、骨伤、妇产、儿、五官、肿瘤、皮肤等疑难重症。我院心血管内科以中医为主，中西医结合，治疗冠心病，风心病，心衰、心律失常等已达国内先进水平。骨伤科治疗类风湿疾病的研究获卫生部乙等科技成果奖，在国内外享有盛誉，不少国内外患者慕名前来就诊。

在治疗脑血管病、糖尿病、肾病、肝病、脾胃病、肿瘤、男性病、乳腺病、功能性子宫出血、不孕症、小儿惊厥、小儿肺炎、厌食症、视网膜周围静脉炎、白内障、视神经萎缩、各种原因引起的骨折等方面，充分发挥中医药优势，疗效卓著。我院还辟有名老中医专家门诊，特聘享誉全国的名老中医专家长年定期坐诊，深受广大患者欢迎。

我院教授、讲师人才济济，承担学院各系、各专业的临床教学及研究生带教任务。“科技兴院”是我院建设的一条根本方针，集中人力、物力、财力，积极开展中医科学研究，建院以来，我院获国家部周级医药科技成果奖3项，厅周级成果奖8项，医学著作20余部，发表学术论文300余篇。目前我院承担国家、部、省、市级科研项目共16项。

近年来，美国、日本、俄罗斯、越南等国家和地区的专家学者来我院参观访问，促进了我省和国际医学界的学术交流，为我省中医走向世界，促进改革开放迈出了可喜的步伐。

河南省中医院以其全新的姿态展现在国人和世界人民的面前，她将为人类的健康作出应有的积极贡献。

医院地址：郑州市东风路中段；电话：334191、332874，乘车路线：从火车站乘32路车到省中医院下车即到。

目 录

髓管架外固定治疗小腿粉碎骨折.....付光瑞	1
髌骨骨折的并发症及预防.....赵亚等	1
抓髌器固定疝嘴骨折28例.....鸣岐等	3
经皮钳夹治疗小腿不稳定型骨折适应症选择之我见.....宋晋贤	3
手法治疗旋前/外旋型三踝骨折.....何赞庄	4
中西医结合治疗胫腓骨骨折的体会.....丁连玉等	6
平行穿针法应用外固定器治疗下肢骨折.....左武超	7
臂下1/3桡神经损伤晚期吻合的疗效观察.....何富勤等	7
外固定器治疗胫腓骨开放性骨折35例分析.....王春丽等	8
小夹板双钢针支称固定治疗胫腓骨不稳定型骨折的体会.....韩文朝等	9
中西医结合治疗胫腓骨开放内折(153).....贾红伟	10
中西医结合保守治疗小腿骨筋膜间室综合10例报告.....袁成俊等	12
陈旧性、新鲜外伤后髌脱位临床治疗小结.....梁振雷等	13
双向合力骨牵引治疗髌关节中心性.....弓延震等	14
单纯股骨粗隆间截骨移位16例手术探讨.....陈金华等	15
双针法治疗股骨上段骨折25例.....张建福等	16
中西医结合治疗儿童股骨干骨折的体会.....刘治民等	17
加压螺钉治疗股骨颈骨折的体会.....崔东鸿	18
中西医结合治疗骨质疏松致股骨颈骨折.....王天旭等	19
双针夹板腓骨闭合穿针治疗胫腓骨折.....明新仕等	20
钻孔折骨术治疗陈旧性股骨骨折.....明新广等	20
治疗老年股骨颈骨折骨圆针经皮内固定的体会.....王明斋	21
股骨颈骨折202例分析.....李爱民等	22
为臂式外固定器治疗粗隆间骨折.....李广顺	22

鳞纹针交叉固定治疗股骨颈骨折机理探讨.....何赞庄	23
加压螺钉内固定治疗新鲜股骨颈骨折66例体会.....姬亚飞等	24
手法闭合整得钢针内固定治疗新鲜跖跗关节脱位.....曹维	26
应用弹力加压带治疗肱骨骨折迟缓愈合14例分析.....谢玉琴等	26
闭合穿针内固定术治疗上肢骨折29例体会.....李自召等	27
梅花形髓内针治疗股骨干骨折.....明新忠等	28
肱骨外髁反折骨折的手法治疗.....明新杰等	29
中西医结合保守治疗小腿骨筋膜间室综合症10例报告.....袁成俊等	29
左肩胛骨向内上移位并左肩关节向下脱位及左肱骨头粉碎性骨折.....徐州湘等	30
左肩胛骨向内上脱位、左肩关节向下脱位、左肱骨头外侧碎骨片分离.....徐州湘等	30
小儿肩关节前上脱位一例报告.....丁胜禄等	30
中西医结合治疗伸指肌腱帽损伤.....刘耀建等	31
纸夹卷皮牵引治疗指掌骨折110例报告.....路生军等	32
交叉针、张力带治疗髌骨粉碎性骨折.....明新杰等	33
经皮穿针治疗孟氏骨折.....明新广等	33
中西医结合治疗掌指骨骨折98例小结.....齐新德	34
经皮穿针内固定治疗桡骨远端不稳定骨折36例.....韩国选等	36
经皮穿针内固定治疗桡骨远端不稳定骨折36例.....韩殿银等	36
平乐郭氏手法治疗科雷氏骨折.....田金木等	37
桡骨远端骨折合并腕关节脱位的治疗.....张庆华等	38
庆头水平牵引治疗小儿股骨干骨折.....明新亮	38
闭合复位经皮穿针内固定治疗前臂骨折74例报告.....明新广等	39
中西医结合治疗桡骨远端骨折.....苏二申	40

新鲜尺桡下关节尺骨桡侧型脱位的 治疗.....杨泽晋等 41	腰椎病举隅.....杨素兰等 63
浅谈小儿肱骨髁上骨折造成的肘内 翻畸形.....张庆华等 41	中药熏洗治疗四肢骨折后期并节僵 硬243例报告.....黄鸣岐等 64
小儿肱骨髁上骨折手法整复77例报 告.....孙广军等 42	单味中药浸泡抑制绿脓杆菌实验总 结及临床应用.....沙秀芬等 65
尺骨鹰嘴牵引治疗肱骨髁上骨折.....陈金娥 43	早期应用攻下逐瘀法治疗单纯性胸 腰椎压缩性骨折的体会.....张有臣等 66
运用旋转手法治疗肱骨髁上骨折.....刘 强 44	综合疗法治疗下颌关节习惯性脱位张有臣等 66
中西医结合治疗肱骨髁上骨折.....刘向明等 45	鞘管内注射治疗屈指肌腱狭窄性腱 鞘炎40例.....杨小妹等 67
小儿手法治疗小儿肱骨髁上骨折.....樊唐生等 46	中西药在治疗骨折延迟愈合中的联 合应用.....孙亚东等 67
手法复位小夹板固定治疗肱骨髁上 骨折.....王庆合等 47	创伤关节丸(汤)治疗膝关节损伤的 体会.....李 康 68
手术治疗肱骨髁上粉碎性骨折26例杨成文 48	骨折愈合后应用中药熏洗疗法的体 会.....杜百斌等 69
非典型性儿童肱骨髁上骨折的X线 诊断.....张爱民等 49	地塞米松局封加中药熏洗治疗屈指 肌狭窄性腱鞘炎35例临床体会.....袁成俊等 70
撬拨尖治疗肱骨头翻转折12例报告冯天增 50	强的松龙封闭引起肢端坏死一例报 告.....丁 胜等 71
经皮克氏针固定肱骨内外髁骨折.....裴 磊等 50	芍药甘草汤加味治疗坐骨神经痛26 例报告.....王明斋 71
闭合手法复位治疗肱骨外科颈骨折 并肩关节脱位.....杜百斌等 52	自拟川南仙灵膏和内服中药治疗软 组织损伤的体会.....袁成俊等 72
肱骨小头纵形切片骨折一例.....张有量等 54	自拟消栓通脉汤治疗血栓性静脉炎 的临床观察.....王春祥 72
胸骨骨折切开复位钢板螺丝钉内固 定一例.....郭宗红等 54	大承气汤为主灌肠治疗胸腰椎损伤 大便不通三十例临床报道.....赵春生 73
肱骨下段骨折夹板固定过紧致血循 受阻一例报告.....姜友民等 55	活血化癥法治疗类风湿关节炎的临 床探讨.....贾 松等 74
挂拉法治疗前臂成角移位骨折26例 疗效观察.....何 伟 55	下法在伤科中的应用.....杨泽晋等 75
右肩关节半脱位.....徐 军 66	活血灵治疗胸腰椎骨折引起的腹疼 腹胀临床观察.....张友良等 76
经肱三头肌两侧入路方法治疗陈旧 性关节脱位.....陈留如等 67	中医辨证治疗痔证5例临床观察.....黄新中 77
中西医结合治疗陈旧性肘关节脱位宋文彬 58	谈骨折信号与机体的整体反应.....蒋信昌等 78
前臂屈曲90°悬吊加“8”字绷带 治疗锁骨骨折合并肩锁关节脱位17例 报告.....尹锐锋等 58	论平乐正骨的发展历程.....蒋信昌等 80
钳夹治疗锁骨骨折合并胸锁关节脱 位.....宋晋贤 59	中西医结合治疗跗骨窦综合症9例 报告.....袁成俊等 81
外伤后瘀血常用中药辨析.....赵民藩等 60	钻孔减压治疗顽固性跟病症.....王国贺 82
中西医结合治疗骨折方法分析.....姜友民 61	推拿点穴救伤秘.....苗虎林 83
何首乌散(证治准绳方)虫类药治疗 腰椎病举隅.....杨素兰等 63	综合疗法治疗足跟痛.....张建福等 84
中药熏洗治疗四肢骨折后期并节僵	坐骨神经痛综合治疗的临床体会.....刘全辉等 85

辩证治疗坐骨神经痛40例报告·····边聚岑 86	骨折病的治疗与预防·····赵永福等 115
小针刀治疗腰背筋膜炎·····樊秀英等 87	论“椎电平衡”·····陈献华等 116
中西医结合治疗腰椎间盘突出·····郭守仁等 87	浅谈骨科康复·····陈成亮等 117
腰椎间盘突出症保守治疗探讨·····郭宗仁 88	腹部皮管移植修复拇指皮肤脱套伤
腰痛的诊断与鉴别诊断·····高礼作 89	病案分析·····丁胜禄等 118
复方丹参委中穴注射治疗颈腰综合	中西医结合治愈双下肢火器伤合并
证96例·····苗虎林 92	脂肪栓塞一例报告·····王崇伦 119
肩周炎的临床治疗·····马喜周等 93	双腔穿刺针在骨髓腔间隔区综合症
撕裂疗法治疗肩周炎84例临床观察·····贾松 93	的运用·····张全忠等 120
指针松肩穴治疗肩周炎·····赵炯超 94	老年人骨质疏松症·····王兰 121
颈椎综合症治疗探讨·····王庆合等 95	眼睑拉钩牵拉手法修复眼眶骨凹陷
推拿按摩与封闭治疗肩关节周围炎	性骨折7例报告·····袁成俊等 121
39例报告·····张泽勋等 96	氯胺酮+臂丛麻醉在小儿上肢术中
血透并发双侧踝前腱鞘炎一例报告	的应用·····李爱民等 122
·····贾志良等 97	氯胺酮基础麻醉下行臂丛神经阻滞
血透进发双侧踝前腱鞘炎1例报告	用于小儿上肢手术206例体会·····白静琨等 122
·····贾志良等 98	腹膜后血肿误诊脾破裂一例·····李飞霞等 123
伤肢刺激痉挛症二例报告·····杨泽晋等 98	中西医结合治疗附骨窦综合症9例
中西医结合治疗颈椎病30例体会·····赵影运等 99	的报告·····袁庆顺 124
牵引按摩对颈椎病进展的影响·····苗虎林 100	中西医结合治疗创伤性浮动膝的体
软组织松解术的设计和临床应用·····郑钧等 101	会·····赵增林 125
颈痛部肌纤维织炎的诊断与治疗·····王志先等 103	骶前炎·····翟明玉等 126
手法加药物综合疗法治疗颈椎病·····边聚岑 104	中西医结合治疗膝关节创伤性滑膜
浅谈新生儿骨折的治疗·····刘强等 104	炎·····廉通德 127
中西医结合方法治疗骨折脱位及关	浅谈儿童髌扭伤·····明新忠 128
节损伤、软组织损伤的临床体会·····陈官友 105	中西医结合治疗脱骨头骨软骨夹40
中西医结合治疗严重肢体毁灭伤的	例报告·····姜友民等 128
体会·····王相等 106	股骨头缺血性坏死的制动与活动问
中西医结合治疗四肢骨干骨折不愈	题初探·····王衍全等 130
合36例·····郑立莹等 108	中西医结合在治疗股骨头缺血性坏
中西医结合治疗多发性骨折的临床	死的体会·····孙亚东等 131
体会·····杜中录 110	外伤性股骨颈骨折预防股骨头缺血
中西医结合治疗多发性骨折的临床	坏死的中药治疗·····刘全辉等 132
体会·····杜中录 111	外伤性股骨颈骨折预防股骨头缺血
中厚皮片一期移植治疗大面积皮肤	坏死的中药治疗·····张忠义等 133
撕脱伤·····罗进俄 112	浅谈膝关节骨质增生症之病因·····王殿柱等 134
综合疗法治疗下颌关节习惯性脱位	手法治疗腰椎间盘突出症370例体
·····张有臣等 113	会·····王志华等 134
自制弹力性下颌弓夹治疗2例颌骨	治疗颈椎病体会·····王志华等 135
联合部骨折临床观察·····刘在峰等 113	手裂畸形(lobstery)爪形手·····过郁斐等 135
大面积烧伤合并染静脉血栓2例报	一例截瘫患者的整体护理·····王寅华等 136
告·····张业龙等 114	胸腰椎压缩骨折的护理·····张香兰 138
月牙刀刺割法治疗顽固性网球肘·····王汴林等 115	外伤截瘫病人三大合并症的预防和

护理.....杨淑敏等 138	烧伤并下肢深静脉栓塞的护理.....朱 荣 163
外伤截肢术的探讨及体会.....郭 成等 139	特大肢体毁灭伤患者术后心理护理
对老年骨折病人心理护理的体会.....李会川 140	张秋梅等 164
肱骨外髁颈骨折病人的护理.....李爱玲等 141	手外伤病人的心理特点及其护理.....朱玉华 165
前臂骨筋膜室综合征的观察及护理	肘部骨折后的护理.....王改秀等 166
.....苏 星等 142	骨科临床护理工作体会.....郭安信 166
皮牵引配合手法治疗难复位之肩关	褥疮的中医护理.....朱玉华 167
节脱位并肱骨外科颈骨折一例报告	去炎松缩颞膜外腔注射治疗腰腿
.....鲍铁华等 143	疼疗效分析.....陈沛生等 168
母婴乙肝的传播与预防.....郭平原等 143	小剂量膝关节局封的报告.....张善莲 169
人工膝关节置换术中配合.....袁菊仙等 144	中药电热夹板外固定治疗股骨干骨
腰椎管狭窄症100例手术治疗的疗	折的护理.....杨淑敏等 170
效分析.....马长生等 145	从医院体制改革中谈护理人员提高
新型术前消毒剂“术必泰”临床应	自身素质的重要性.....韦 伟 171
用效果观察.....徐桂香等 147	一批危重伤员的急诊抢救与组织管
静脉留置针术中应用体会.....高 磊等 147	理体会.....李 英等 172
骨折病人病程中白细胞及中性粒细	创伤性体克的抢救及护理.....杨玉琴等 173
胞数的临床变化比较.....胡青兰等 148	低血容量性休克的观察及护理.....王素军等 174
低分子右旋糖酐过敏两例报告.....蒋晓好等 148	骨折科内伤的护理.....杨淑敏等 176
我院护德护风建设的经验体会.....牛玉红等 149	对开放性创伤57例一期缝合疗效观
股骨髁上截骨术后并发神经损伤的	察.....梁玉灿等 177
分析和护理.....赵 洁等 150	提高急救成功率的护理总结.....崔 快 178
中西医结合预防股骨颈骨折并发症	单味中药抑制绿脓杆菌实验.....沙秀芬 179
.....贾宝英等 151	小儿全麻术的护理.....王 俊等 180
氨苄青霉素迟发反应探讨.....张 芳 152	髌关节一过性滑膜炎.....彭庆州等 180
15例颈椎损伤颅骨牵引术后并发症	皮肤缺损骨质外露的治疗.....彭庆州等 180
的预防护理.....常春花等 153	后天性炎性斜颈的中西医结合治疗
膝关节术后功能锻炼.....王金凤 154	赵民藩等 181
二尖瓣闭式扩张术后并发急肺水肿	跟骨延长治疗足外翻畸形.....毕天敬 181
及反复发作心律失常失常护理	外伤致爪状趾畸形疗效分析.....霍明玉等 183
体会.....张彦华等 155	自制套管式髓内针拔出术.....宋晋贤 184
小夹板固定后引起的筋膜综合症的	骨关节开放性创伤感染防治的体会
护理.....章桂红等 166	张彦军等 185
多发性创伤患者护理体会.....江艳美等 156	脊柱结核121例临床报告.....樊济清等 185
蛙式石膏固定后的护理.....陈抗美等 158	生理盐水加抗生素持续冲洗治疗化
褥疮的预防及护理.....李 琳等 158	脓性骨髓炎.....张继东 187
扁桃腺炎下颌角封闭治疗的体会.....李 英等 159	采血致中指坏死一例报告.....王国贺等 188
带血管蒂岛状筋膜瓣移入腕关节成	治疗化脓性腕关节炎的新方法.....倪文聚 188
形术的护理.....郭贵灵 160	中西医结合治疗慢性骨髓炎.....张百礼等 189
骨科病人的康复护理.....梁 欣等 160	骨折内固定术后感染的治疗.....赵永福等 192
虎口狭窄皮瓣移植术的护理.....李喜英等 161	中医治疗慢性骨髓炎的体会.....边聚岭 191
盐酸氯胺酮麻醉后不良反应的预防及	腔后动脉皮瓣治疗慢性化脓性骨髓
护理.....王晓云等 152	炎.....阎占民等 191

腓骨长肌大海棉状血管瘤一例·····赵书安等	193	连50例体会·····赵书安等	200
椎管内肝转移癌一例报告·····李学婷等	194	Iohexol 脊髓造影的体会·····王淡章等	201
寰椎后纪切除枕颈融合术治疗枢椎 齿状突骨折合并脱位·····石桂祥等	195	腰椎管狭窄症100例手术治疗体会 ·····母心灵等	202
椎管前壁压塌扩大成形术治疗脊椎 骨折、脱位合并截瘫·····石桂祥等	196	胸腰椎屈曲型骨折高垫枕快速自身 复位疗法·····张世清等	203
胎儿骨软骨移植在难治骨折中的临 床应用·····刘伯亮等	197	腰椎管狭窄症108例分析·····田金木等	204
CT扫描在脊椎损伤的临床应用·····石桂祥等	199	严重的小儿特发性脊柱侧凸的手术 矫正·····孙材康等	205
椎管内充气注药治疗截及蛛网膜粘 连50例体会·····赵书安等	200	脊柱三柱与脊髓早期临床类型·····彭德新等	206

螺管架外固定治疗小腿粉碎骨折

(附11例报告)

河南省洛阳正骨医院 付光瑞

小腿开放性骨折及粉碎骨折,在小腿不稳定型骨折中治疗是比较困难的,我们从1985年12月至1991年共治疗11例采用螺管架作固定治疗小腿开放性骨折及粉碎性不稳定型骨折,取得了比较满意的效果报告如下。

临床资料

本组11例,均为新鲜骨折,男9例,女2例,男女之比为4.5:1。左5例,右6例,年龄最大43岁,最小11岁,平均年龄23.3岁,骨折粉碎最长12cm,最短2cm,平均4.3cm,开放骨折7例,骨折临床愈合时间最长92天,最短38天,平均53天。开放性骨折,到我院时间超过24小时的4例,伤口感染3例,致骨髓炎1例,11个月伤口愈合治疗。随访时间最长2年,最短4个月。下肢功能均恢复正常。钢针眼无一例感染。

固定器材

螺管架一套,(两根)螺管和螺杆两根不锈钢组成,螺管长200mm,直径10mm,内有螺纹。螺杆两根组成,长120mm,直径8mm,末端有10×10mm圆轴形。元轴中间有5mm孔,(穿钢针)孔背面有螺栓,(固定钢针用)直径4mm,长15mm,同时将螺杆代螺纹端套入螺管备用,螺管内两端螺纹均为反螺纹组成,两端固定钢针后便于调整。同时备骨元针两根4mm直径。

治疗方法

开放性骨折,在常规扩创后胫骨近端和远端各打入一板骨元针。闭合性粉碎骨折在常规消毒铺巾,无菌条件下进行,胫骨结节内外侧各用0.5g普鲁卡因浸病麻醉下由外向内打入第一根骨元针。再由胫骨远端内踝上局麻下打入第二根骨元针,在打针同时一定保持下肢的中立位,两针要平行,防止远端旋转。钢针眼用酒精纱布包扎。然后在小腿内外各用螺管套上元轴孔套。旋紧螺栓以防钢针滑脱。这时可用螺管转动调整骨断端的长短,使骨断端自动复位。这样让病人在床上或下床扶双拐走路自由活动锻炼。

讨论

用螺管架固定小腿开放性骨折和粉碎骨折,方便了病人,避免病人在床上长期卧床的痛苦。一、开放性骨折皮肤损伤严重,用螺管架固定方便了检查伤口更换敷料,也减少了皮肤伤口的压迫,使病人患肢能来回反转移动,促进了伤口愈合,增强了关节功能。二、闭合性粉碎骨折用螺管架固定促进了病人早期下床活动锻炼,促进了骨折的愈合,方便了病人。解除了病人长期卧床的痛苦,病人也得到了生活自理。也可在螺管架固定下再用小夹板附属固定,能增加骨断端的稳定性,促进早期下床患肢负重走路的锻炼。避免了长期卧床患肢负重走路的锻炼。避免了长期卧床关节僵硬、骨质疏松,延迟愈合现象。三、我们在11例开放性骨折和粉碎性骨折中钢针眼无一例感染、关节僵硬现象。同时也增强了病人体质,促进患肢功能恢复。也适用一切长管骨粉碎骨折。

小结

螺管架作固定治疗小腿开放性骨折及粉碎性骨折解除了病人长期卧床的痛苦。也方便了医护人员对伤口的观察更换敷料。使病人能得到早期下床功能锻炼,此种治疗方法操作简便,易于掌握,有利于推广。

髌骨骨折的并发症及预防

(附93例报告)

郑州市骨科医院 赵亚 毋心灵 赵民藩

关键词:髌骨骨折 并发症

临床资料:我院自1982年以来共手术治疗髌骨骨折349例,直接暴力146例,间接暴力203例,横断骨折197例,粉碎骨折150例,纵形骨折2例,闭合性骨折332例,开放性骨折17例,经随访2个月~1.0年,出现各种并发症93例。

治疗:闭合性骨折分别在伤后6小时~15天择期手术,开放性骨折均急诊手术,严格清创,常规运用抗菌素,开放性骨折加用破伤风抗毒素。手术方法:丝线环扎23例,钢丝贯穿环形捆扎170例,改良张力带57例,髌骨全部切除52例,髌骨部分切除98例。

讨论：髌骨骨折系关节内骨折，若关节面不平整对关节功能影响较大，治疗方法大多需要做手术整复及内固定，使关节面达解剖复位，使关节活动早期恢复，避免继发膝关节功能障碍及疼痛。现从我院治疗髌骨骨折的临床出发，分析并发症的原因并提出预防措施。

一、骨折再移，不连接或再骨折8例。其中3例由钢丝环扎，钢丝弯曲，断裂；2例因丝线打结，致术后骨折再移位。其主要因骨折内固定在技术上不符合要求，没有严格遵守其独特的内固定原则，内固定器材的质量达不到技术要求。为预防骨折再移位要求，(1)钢丝要求用18号，才能抗膝伸屈时的张力，术中防止钢丝弯曲，且固定髌骨周围软组织时要保持在同一水平面，以防止术后膝关节锻炼时受力不均，导致骨折再错位。(2)丝线要用横环7号或10号丝线固定，术中要保持丝线一定张力，因为丝线有轻度弹性对骨片的固定牢固不足。

髌骨骨折良好复位后不连接者极少见，EPPS^[1]认为在2月后无骨小梁通过骨折间隙者为延迟愈合。一例因髌骨纵形裂缝骨折，急诊拍X线片，未做出正确诊断，未经正规治疗，3个月后始终感膝关节疼痛，活动时加重，再次入院检查，发现陈旧性髌骨骨折不连接，经手术治疗痊愈。

一例因康复锻炼时股四头肌猛烈收缩，另一例因术后膝关节石膏固定10周，拆除石膏后，膝关节活动受限，给予周麻下被动活动时，因暴力再次引起髌骨骨折转入我院，以上2例均在2~4月内发生再骨折，经再手术发现骨折端纤维愈合，因此术中一定要将断端软组织及血凝块清除干净，且六个月内不要做剧烈的膝关节活动，并防止暴力下被动活动膝关节功能。

二、膝关节功能障碍25例：7例因感染所致，主要由于开放性骨折清创不彻底，术中污染及术后积血所致。如术后出现体温持续高热不退，膝关节肿胀较甚，局部温度较高，经穿刺培养，如确诊为化脓性感染，应及时敞开伤口，取出内固定异物，做关节腔敏感抗菌素液灌注冲洗。本组7例均因感染遗留严重关节功能障碍。因此要防止术后感染应采取以下措施：(1)髌骨骨折切开复位手术属大关节内手术，术后要植入内固定异物，预防性使用抗菌素是必要的，(2)对

于髌前软组织挫伤，表皮有擦伤时，应推迟手术7~10日，并抽出关节内积血；(3)手术中严格掌握无菌操作技术及细致的手术技巧，彻底止血，防止伤口内积血。若术后发生关节内积血应抽出积血加压包扎，但禁忌反复多次抽取积血。(4)对于污染较严重的，应首先严格清创，对清创结果不肯定者，严禁扩大伤口做内固定术。

其余16例因石膏固定时间长，术后功能锻炼不当，对于髌骨手术术后，用石膏将膝关节固定于伸直位，手术次日开始练股四头肌收缩活动。对于改良张力带术后5~7天做轻柔膝关节活动，10~14天可下地负重行走。采取钢丝贯穿捆扎术，术后3~4天伤口疼痛减轻练习股四头肌收缩，术后两周可逐渐折弯石膏锻炼膝关节活动，4周后去石膏托训练膝关节屈伸活动，但避免剧烈膝关节活动。若出现膝关节僵硬，给予周麻下手法活动，理疗，中药熏洗，经半年刻苦锻炼，若关节功能无明显好转，行膝关节松解术，术后刻苦锻炼，膝关节功能基本可以恢复。

另外2例因采用改良张力带引起髌上滑囊炎，影响股四头肌锻炼，导致膝关节功能障碍。其原因：(1)克氏针上端未扳弯或保留端过长刺激；(2)因对例丝有过敏反应，形成慢性滑囊炎。所以手术及内固定器材长度、数量及质量都应充分符合技术要求。

三、股四头肌萎缩，肌力减弱，膝关节不稳30例，；主要由于髌骨全部或部分切除引起。髌骨切除后，伸膝力降低，丧失原股四头肌肌力的15~30%，大腿周径减少在1.8cm~3.2cm之间平均2.2cm，且伸屈肌之间平衡被打破，出现关节不稳。本组52例髌骨切除其中25例出现股四头肌萎缩，肌力减弱。对粉碎性骨折要尽可能地采用丝线环扎或钢丝贯穿环形捆扎，对确实无法保留而做髌骨切除后，也要将肌腱短缩及扩张部重叠缝合，使膝伸直时力量加大，同时术后大周要刻苦锻炼股四头肌功能，直到肌力基本恢复。

四、创伤性关节炎30例：10例因术中骨折复位欠佳，2例因丝线环扎，丝线有轻度弹性对骨片的固定牢固不足，关节面错位超过3mm，直接损伤软骨面。14例因髌骨部分切除，髌股关节的相对关节发生变化，造成两者接触区的“错格”现象，日久导致软骨退变。4例髌骨全切除后，股骨髁失去保护及肌腱摩擦而形成创伤性关

节炎。故髌骨骨折治疗应强调：在保留髌骨的前提下，恢复并维持骨折的解剖关系，尤其应重视后关节面的平整，充分恢复髌骨的功能。王振海等通过远期随访认为“台阶”在3mm以内对疗效影响不大。

抓髌器固定治疗鹰嘴骨折28例

河南省开封市朱仙镇中心卫生院
冯 岐 李书瑞 叶淑英 杨家立

主题词：尺骨鹰嘴骨折，闭合复位，抓髌器固定

1、一般资料：

28例病人中，男，22例，女，6例，左侧17例，右侧11例，年龄最大54岁，最小15岁，骨折块分离最小者0.5cm，最大者3cm，固定时间最短18天，最长40天，结果达解剖复位者18例，近解剖复位者10例，肘关节伸屈活动均恢复正常。

2、病案举例：

王某，女，31岁，于1989年5月20日，以左肘部摔伤肿胀一天为主诉来诊，患者于入院前一天被人推倒，左肘着地致伤，当即肿胀疼痛，功能障碍，门诊收入住院。

检查：左肘部中等度肿胀，以肘后部肿胀较重，尺骨鹰嘴部压痛明显，并可触摸到骨折间隙，肘关节活动时痛甚，桡动脉可触知，手指能屈伸活动。X线片示：左尺骨鹰嘴横断型骨折，折块向上分离2cm。局麻下手法复位，用抓髌器固定，26天去除固定，骨折复位良好，一年后随访肘关节伸屈活动正常。

3、治疗方法

常规消毒铺巾，于局麻下伸肘部将骨折闭合手法复位，把抓髌器两爪尖端钩入折线下5cm处骨质内，另两爪钩入折块顶部，然后旋紧，抓髌器螺丝旋扭，使之固定牢固，消毒敷料绷带包扎，改伸肘位于屈肘位，便于病人起床活动，固定3天，1周、2周，各复查一次，如无不适应及分离情况，可维持固定，否则，可重新调整。固定后患肢即可开始指腕关节活动两周后可适当伸屈肘关节，3~4周局部无压痛及异常活动，X线片骨折形成，即可去除固定。

4、讨论：

我们认为对肘部骨折的治疗，首先应该是肘关节屈伸功能的问题，而不是骨折骨性愈合的问题。在治疗过程中，宁可获得屈伸功能正常的纤维愈合，不要通留屈伸功能障碍的骨性愈合。

采用抓髌器治疗尺骨鹰嘴横断骨折，只要闭合复位得当，抓髌器面定牢固，大都能达到解剖或近解剖复位，虽不如直视下完全确切。但可达到对抗肱三头肌的拉力，满足折块的固定和加压作用，允许肘关节早期活动，有利于骨折愈合和恢复关节功能。该法操作简便易行，损伤小，掌握适当，可达到治疗目的。

经皮钳夹治疗小腿不稳定型骨折适应症选择之我见

河南省平顶山市中医院 宋晋贤

自从经皮钳问世以来，采用经皮钳加小夹板固定治疗小腿斜形、螺旋形等不稳定型骨折的方法在临床上得到广泛推广应用。此法的最大优点是使病人免除骨牵引，病人从牵引架上解脱，避免了长期卧床的并发症的发生。同时，又使病人免遭手术之苦，避免了二次手术取出钢板及手术并发症的发生。病人可以带钳早期下床活动。符合骨折治疗中的动静结合、筋骨并重的原则。绝大多数病人达到了解剖复位，患者心情舒畅地下床活动，加速了骨折愈合过程，有利于功能的恢复，深受广大患者和骨科医师的欢迎。此种方法已编入河南科技出版社1988年第一版的“高等医药院校系列教材”中《骨伤学》。

我院开展此种疗法以来，大多数患者疗效显著，达到了预期的目的；但也有部分病例出现一些失误及不尽人意之处，究其原因是在适应症的选择上缺少理性认识，盲目的认为经皮钳夹适用于所有的小腿不稳定型骨折。

作为一名骨科的临床医师，一个科技工作者，要有十分敏锐的科学头脑，对于日常生活中，工作中所发生的每件事都要问一个为什么，成功的经验是什么？失败的原因又是什么？

下面我想就临床上采用经皮钳夹治疗小腿不稳定型骨折适应症的选择谈一点自己的看法：

首先,我从立体几何的角度结合X线投影照片,人为地将小腿不稳定型骨折分为两种情况来讨论:

第一种情况(A)是其X线片表现:在正位片上骨折断面的影像呈一个大的椭圆形;而在侧位片上骨折面重叠成一条斜线,也就是说骨折而大致与额状面平行,通俗来讲骨折端被斜劈成前后两半片,断端呈前后重叠状。

第二种情况(B)则恰恰相反,其X线片表现是:正位片上骨折断面的影像呈一条斜线状;而侧位片上骨折断呈现一个大椭圆。也就是说骨折而大致与矢状面平行,简言之骨折端是被劈裂的内外两半片,断端呈内外重叠。

再从小腿的解剖学关系来讲:胫骨大致呈三棱柱形,它具有内、前、外三条棱和内、外、后三个面。胫骨的内侧面基本上没有肌肉附着,也没有重要的血管、神经。外侧面有少量的肌肉附着。而大量的肌肉、血管、神经则附着在其后侧面。我们所用的单爪经皮固定钳,钳爪只夹内外两方加压固定,也就是一爪固定于胫骨外侧面,另一爪为防止滑脱只能越过胫骨的内侧面固定于胫骨内侧缘的后缘处,也只有这样一个特定位置,才有可能避免损伤胫骨后侧的肌肉、血管、神经等。也就是说经皮钳只适合于内外加压固定,而不适合于前后加压固定。以此为依据我们对经皮钳夹适应症进行筛选:上述的第一种情况(A)就不是钳夹的适应症,而第二种情况(B)就可作为经皮钳夹的适应症。如果,我们术前能够认真分析情况,如以区别做到有的放矢,我们的成功率就会大大提高,病人就会少吃苦、少流血。反之,如果我们不加选择地对小腿不稳定型骨折一律果用经皮钳夹的方法去治疗,那么属于第一种情况(A)(B)的那类骨折,在钳夹过程中钳爪常常只会夹住近折端或远折端,根本起不到固定作用。有时即便钳爪勉强跨住了两断端,但稍一活动钳爪很容易滑落到骨缝中去。这样就增加病人的痛苦、事倍功半。

作为一名骨科医师来讲除了系统掌握各种常用的治疗方法外,要不断学习别人先进经验。在学习中学要深学透,严格区别适应症,了解种种治疗方法的特点,采取最佳的治疗方法,决不能人云亦云,不加思考千篇一律,做到具体问题具体分析,才能有所前进,有所创新。

手法治疗旋前/外旋型三踝骨折

河南省灵宝县中医医院 何赞庄

踝关节在人体中是既稳定又灵活的负重关节。在解剖结构上,由胫腓骨下端和距骨构成,并由内外侧韧带和下胫腓联合韧带连接而构成一个完整的固定环。踝关节骨折为关节内骨折,如治疗不当,易发生创伤性关节炎,甚则造成终生残废,故应引起我们每一个骨科临床工作者的高度重视。

本文介绍的旋前/外旋型三踝骨折,属Lage—HanSen氏分类方法中的一个类型,是指在受伤时足沿长轴处于外翻,距骨受外力作用在踝穴内发生外旋而造成内外后踝骨折,下胫腓联合韧带撕裂的一种复杂不稳定型关节内骨折。此类骨折临床上比较常见,处理难度较大,笔者在临床上采用“拔—旋—屈—推—挤”综合整复手法,超踝关节内翻形夹板固定,前后共收治8例病人,复位成功率高,经1年的随访观察,功能恢复比较理想,现总结报告如下:

临床资料及疗效观察:

本组8例病人,均为新鲜闭合性骨折。其中男6例,女2例;年龄最大者48岁,最小者16岁;伤后距治疗时间最短者5小时,最长者3天,平均31小时。跌伤者5例,车祸致伤者2例,砸伤者1例。踝关节X光检查,均有内外后踝骨折移位,下胫腓关节分离,距骨向外侧脱位或倾斜现象,其详细情况和治疗效果见附表。

附表:

姓名	性别	年龄	住院号	X线片号	侧别	受伤距整复时间(小时)	复位情况	愈合时间(天)	愈合情况
张××	男	48	4107	3525	左	12	良好	42	良好
何××	男	18	4682	4061	右	24	良好	28	良好
周××	男	38	4738	5032	左	72	尚可	40	尚可
刘××	女	34	4892	5701	右	18	良好	32	良好
李××	男	21	5104	6487	右	5	良好	30	良好
王××	男	38	5304	6783	左	39	尚可	41	尚可
张××	女	27	5353	6798	左	37	良好	34	良好
宋××	男	16	5434	6882	右	38	良好	30	良好

骨折复位标准：采用青岛会议统一指标，分为三级。

良好：①内外踝无侧方移位。②内踝向前，外踝向后移位位在0.2cm以内。③后踝向后上方移位位在0.2cm以内。

尚可：①内外踝侧方移位位在0.2cm以内。②内踝向前，外踝向后移位位在0.2至0.5cm之间。③后踝向后上方移位位在0.2至0.5cm之间。

差：骨折块移位超过尚可标准者。

临床疗效指标，包括主观症状和客观检查，亦采用青岛会议标准，分为三级。

良好：踝关节活动正常，或背屈、跖屈各差 5° ，上下台阶无困难，走十华里以上而不疼，病人平时无任何不适，或气候变化及劳累后轻微疼痛，仍能胜任原工作。

尚可：踝背屈、跖屈各差 $5-10^{\circ}$ ，上下台阶困难，能走5华里以上，平日有轻微疼痛，劳动后加重，但仍能坚持原工作。

差：背屈、跖屈各差 10° 以上，上下台阶均有困难，只能走2—3华里，经常疼痛，改变轻工作者。

手法介绍：

术前采用坐骨神经和股神经阻滞麻醉。麻醉生效后，患者取仰卧位（以右踝为例），令助手握持固定患侧小腿中做对抗牵引，术者右手握持足跖部，左手握持足跟部先顺势拔伸，然后使患足旋后并内收，继而使踝关节背屈，跖屈性反复数次，随着踝关节背、跖屈动作的同时，逐渐加大足的旋后和踝关节内收的幅度，待胫距关节关系恢复后，用右手握持足跖部维持踝关节于背屈内收位，用左手拇指于外踝的外后侧推顶外踝折块向前内方使其复位，然后握手，用右手拇指推顶内踝折块向后上使其复位，最后用双手掌根部分别于内外踝部微相对挤压以纠正胫腓关节分离。复位成功后用超踝关节塑形夹板将患足固定于内翻位。

术后处理：整复固定后，将患足抬高 $30-45^{\circ}$ 位，密切观察患足血运情况并随时调整夹板松紧度，每周拍片一次，检查骨折固定维持情况。从整复固定后第二天起，鼓励患者做踝关节自重性跖背屈活动，幅度由小到大逐渐加强，3周后即可拆除夹板更换石膏固定，扶拐下床步行，酌情负重，待患者自觉疼痛症状消失，拍片检查骨折

愈合后即可解除石膏固定。期间坚持服用活血止痛，续筋接骨中草药，以加速骨折愈合和功能恢复。

病案介绍：

李××，男，21岁，农民。因跌伤致右踝旋前/外旋型三踝骨折，伤后3小时前来诊治，伤后5小时即采用“拔—旋—屈—推—挤”手法整复，术后拍片检查，骨折近解剖复位，于伤后30天，患踝疼痛消失，拍片检查骨折愈合良好。临床检查，内外后踝部无压痛。解除固定后嘱加强踝关节功能锻炼。出院后1年随访，踝关节功能恢复正常，除天阴气候变化时患踝有轻微疼痛外，余无不适之感。

讨论体会：

1、本组统计的8例骨折病人，均属复杂不稳定型踝关节骨折，治疗难度较大，我们在临床上使用本法治疗，不但能够减小病人的痛苦和经济负担，而且效果肯定，疗效满意，操作方便，有一定的实用价值。

2、对于此类骨折的手法治疗，关键要把握好时间关。因为踝关节的结构比较复杂，附着的筋膜韧带多，一旦骨折移位后，势必造成众多的筋膜韧带损伤，加上胫距关节脱位和下胫腓关节分离，踝关节畸形较大，容易造成周围软组织受压，如果不进行及早手法整复，就会造成受压组织缺血坏死和筋膜韧带粘连，给踝关节的正确复位和日后功能恢复带来困难，所以笔者以为对本骨折的手法治疗最好能在24小时内进行最好。

3、本整复手法是根据踝关节的解剖结构、生物力学原理和受伤时暴力的作用方向和踝关节受外力作用时所造成的骨折移位，情况而制定的。其关键环节是“使足旋前、踝关节内收和往返多次的踝关节跖、背屈活动”，一则利用整复作用力使骨折强迫复位，二则利用筋膜韧带的牵拉回原位。

4、除了有效的手法治疗外，合理的固定和早期踝关节功能锻炼，可以有效地维持骨折复位后的正确位置，促进血肿吸收，防止局部瘀血机化粘连，促使骨折愈合，并使距骨在踝穴内不断得到模造，从而符合踝关节的生理功能需要，使踝关节功能早日恢复和避免创伤性关节炎的发生。

以上几点反是笔者的浮浅认识，错误之处肯

望各位老师批评指正。

中西医结合治疗胫腓骨骨折的体会

封丘县人民医院 丁连玉 陈玉杰 杨永林

我们自1988年至1992年,运用中西医结合的方法治疗胫腓骨骨折共40例,取得了较为满意的效果,现报告如下。

临床资料

40例中男29例,女11例,13岁以下11例,14~45岁27例,46岁以上2例。胫腓骨双骨折28例。单胫骨骨折8例,单腓骨骨折4例。骨折部位:胫骨上1/3段骨折8例,中下1/3段骨折32例。骨折类型:不全骨折和无移位骨折8例,横形骨折10例,斜形骨折16例,粉碎性骨折6例。骨折情况:开放性骨折14例闭合性骨折26例。双侧胫腓骨骨折1例。

治疗方法

根据病情,运用中西医结合,选用不同的治疗方法,入院后即对开放性骨折给予清创术,使之成为闭合性骨折,并应用较大剂量抗生素防治感染。不全骨折和无移位骨折应用小夹板外固定,骨折临近上下关节者应用长石膏夹外固定,长石膏夹外固定范围包括临近一个关节。横形骨折和斜形骨折均采用手法整复加小夹板外固定或长石膏夹外固定,手法整复1次成功者18例,2次成功者5例,3次成功者3例,固定时间最短8周,最长16周。粉碎性骨折先采用跟骨牵引加小夹板或长石膏夹外固定,牵引重量8~10公斤、牵引5~10天局部肿胀消退后行手法复整,手法整复1次者3例,2次者2例,4次者1例,手法整复满意后牵引重量改为维持量5公斤左右,时间6~8周。固定和牵引期间早期可做肌肉舒缩锻炼,3~4周后做上下关节活动锻炼,活动范围由小到大,由轻到重,后期可在床上做主动应力活动,达到骨折临床愈合标准后扶拐下地负重活动,无1例行切开整复和内固定者。

治疗效果

骨折复位情况:40例中经手法整复达解剖对位者22例,功能复位18例,对位较差者2例,胫骨对位仅达60~70%,对线尚可。骨折临床愈合

时间:最短4周,最长16周,平均时间12周,无1例再现骨折不愈合,骨折延迟愈合和畸形愈合。功能恢复:经8个月至3年随访,全部病例负重及关节活动功能恢复无关节僵直和明显肌肉萎缩者。

体会

1、胫腓骨骨折特别是胫骨骨折,由于其解剖、血供等原因,容易出现骨折延迟愈合和骨折不愈合手术切开整复,虽然术后骨折对位满意,但是,由于手术更破坏了骨折的血液供应,内固定后骨折端完全休息,没有应力作用的刺激,更易出现骨折延迟愈合和骨折不愈合。而应用中西医结合方法治疗胫腓骨骨折,基本上避免了切开整复和内固定术,使患者能较早地锻炼肌肉和关节,应用骨折端的应力作用刺激骨折愈合,体现了中医动静结合的原则和现代生物力学的理论。骨折愈合快,并发症少,功能恢复好。

2、胫腓骨双骨折的复位,要以整复胫骨骨折的对位对线为重点要注意整复胫骨骨折对线、防治成角缩短和旋转畸形,侧方移位不超过40%,即认为功能复位。

3、开放性骨折要先做清创术使之成为闭合性骨折,同时要应用足量抗生素防治感染。胫腓骨骨折伴有严重软组织损伤,局部肿胀严重者,小夹板或长石膏夹不可过紧手法整复不强求早期一次成功,可待5~10天软组织肿胀消退后再做手法整复和重整外固定。粉碎性胫骨骨折应先做跟骨牵引和小夹板外固定,5~10天后再做手法整复和重整外固定夹板或更换为长石膏夹外固定。手法整复一次不成功者可整复3~4次。

4、小夹板或石膏夹外固定后要定期仔细观察和X光检查。特别要注意对线情况,3周内发现对位对线未达功能复位者可再次整复和利用压垫矫正之。

5、功能锻炼要循序渐进,开始只做肌肉舒缩锻炼,3~4周可做上下关节活动功能锻炼,6~10周可在床上做主动应力锻炼,临床愈合后始扶拐下地负重锻炼。

平行穿针法应用外固定器 治疗下肢骨折

河南省罗山县中医院 左武超

随着交通事业的蓬勃发展,交通事故日益增多,骨折病人也相对增加,骨折治疗水准也发展迅速,中国中医研究院骨伤科研究所孟和教授研制外固定器,基本上结束了由传统的小夹板固定及切开内固定。它是中西医结合治疗骨伤科的新进展,实用于我国国情,是一个宏观的治疗方法。我在近几年采用平行穿针法,在X线监视下,应用外固定器治疗67例下肢骨折报告如下:

临床资料:

一般资料:在67例病人中,男43例,女24例,其中最大年龄68岁,最小16岁,平均年龄37.5岁。

骨折分类:股骨干骨折7例,(左侧2例、右侧5例),胫腓骨折60例(左27例、右33例),开放性骨折16例,闭合性骨折51例。

治疗方法:患者仰卧于手术台上(或硬板床上),患肢中立位,在胫骨结节部(远离断端5cm以上),常规消毒皮肤铺无菌巾,戴手套、施行周麻,待麻醉生效后,近折端由外向内平引于胫骨粗隆与胫骨纵轴呈垂直进入3mm骨圆针。于内踝上3~5cm处,由外向内平引打入同上第二枚骨圆针,术毕,针眼处用无菌敷料敷盖,安装复位外固定架,即可在X线监视下调整加压垫矫正,前后侧成角及重叠,直至复位理想。若为开放性骨折,须先进行清创缝合。

病例介绍:

患者:李××,男,27岁,系本县尤店乡农民,于1988年7月乘坐拖拉机时,不慎从车上摔下,当时,右腿不能站立及行走,来我院照片X线(10841),是示,右侧胫腓骨中段斜行骨折并向内向后侧成角移位,在局麻下实施孟氏外固定器固定术,在X线监视下矫正重叠移位成角,直至对位对线理想,固定好外固定器,次日可下床活动(勿负重),3周带架拍片,可见有骨痂生长,8周拆除外固定器。

体会:

外固定器是根据杠杆支撑与牵引原理,在近远端分别穿入两枚克氏针使其相对牵引和挤压纠正骨折,重叠移位及成角移位,我们在临床中,采用平行穿针法,利用其自身的力学原理,在X线监视下,调整标准复位。此法治疗,具备下列优点:

- 1、不作手术,减少医源性创伤;
- 2、可早期下床活动,骨痂生长快,缩短愈合周期,省时,省力,减轻病者经济负担及医护人员负担。
- 3、手术简单,痛苦少,病者容易接受;
- 4、固定器具有质硬,体轻,结构合理等,便于调整。
- 5、可带架回家休养(指导注意事项,定期复查)。
- 6、此架具有穿针少、固定牢,骨折愈合快等优点,是具有我国特色原外固定装置,它将会造福于人类。

臂下1/3桡神经损伤 晚期吻合的疗效观察

郑州市骨科医院 何富勤 吴新山

梁振雷 彭庆州

平顶山郊区人民医院 王爱武

作者自1976~1991年,应用显微外科技术并部份裸眼直视下,对12例臂下1/3处视神经损伤进行吻合,其中9例进行随访,取得满意效果。现将治疗方法及9例疗效做扼要分析,总结对治疗有意义的规律。

一、临床资料

男,8例,女,1例,年龄:18岁以下6例,25~40岁3例;右侧5例,左侧4例;损伤时间:2~8个月8例,16个月1例。手术所见:完全断裂7例,大部断裂2例。

二、手术方法:

1、充气止血带下臂前外侧切口,从正常如松解并找出桡神经近,远断端,为不过多破坏神经血运,上下端游离不宜超7cm。

2、锐性切除近端假性神经纤维瘤及远端腰质瘤,使露出乳头状神经束,对远端腰质瘤必须

切除彻底。尽量屈曲肘关节，在无张力下 $7/0 \sim 9/0$ 无创尼龙针线行外膜间断缝合。对部份尚有连接的神经束不应切除，应与损伤侧做适当游离，以使损伤侧端吻合后呈C形改变的未损伤神经束处于松弛状态。

4、重吻合后挠神经于血运丰富的肌肉床内，闭合伤口。肘关节屈曲前臂旋后位，后侧石膏托外固定4周后进行功能锻炼。

三、疗效观察：

按国际标准评定疗效：优5例，良4例。其中6例18岁以下者，优4例，良2例。

(制表从略)

四、典型病历

例一，男，6岁。肱骨髁上陈旧性骨折伴垂腕，垂指，1~2掌指背侧麻木6个月来诊。手术发现：挠神经近侧断端紧贴肱骨前外并向内下制延伸，且对新生骨造成压迹；在肘关节平面找出回缩之远端，并已分出，浅2支。一期行断端间断缝合。术后4个月复查，感觉及伸腕运动恢复，6个月复查，伸腕、伸指、伸拇肌力V级。

例二，男，29岁，左肱骨下1/3陈旧性骨折并挠神经损伤16月手术。术中所见为完全断裂，吻合术后4个月感觉与伸腕功能逐渐恢复，7个月后复查，伸指、伸拇功能恢复，(S M)唯诸指不能过伸。

讨论：

1、吻合成功的关键在于：神经纤维瘤(假性)，特别是神经纤维瘤切除完全，不做广泛剥离，依血管走向无张力下无创直接吻合；神经束无外露；良好的神经床及适时的术后外固定。

2、对少儿的挠神经损伤，由于两断端回缩吸屈肘后所能克服短缩间距有限，因此允许一期神经纤维瘤与神经纤维瘤先行缝合，经功能锻炼后再做二期吻合手术。本组6例18岁以下患者均一期吻合手术，我们也感到，一般的规律是年龄越小，吻合的屈肘角度越大，术后复查证明并未影响手术功能。我们建议：术中应先做神经瘤切除后能否可在无张力下进行吻合的估计，并应尽量在屈肘情况下一期吻合。

3、挠神经在肱骨外上髁上方穿外侧肌肉隔一段被固定，活动性最小，肱骨中下1/3骨折最易使该神经引起损伤；又由于该段神经仅1~12束，束区比值最大，距前臂长肌也较近。因此，

合理的吻合，其神经功能恢复得最好，且明显优于各周围神经及其不同部位损伤的吻合效果。尤其少儿，其神经功能恢复得更快，效果也更好。

4、在开展显外及无创神经吻合之前，对挠神经干损伤，常规旅行前臂肌腱转位重建腕、伸指、伸拇功能手术，其肌力恢复远不如神经吻合之效果，同时也破坏了正常生物力学结构，且其感觉功能也不能恢复。因此，作者建议，臂下1/3挠神经损伤，肌腱移位术不应作为首选的治疗方法。

由于病历尚少，对超过16个月挠神经吻合之手术效果，尚待继续研究。

外固定器治疗 胫腓骨开放性骨折35例分析

郑州市骨科医院 王春丽 翟明玉 李国栋

胫腓骨是长管状骨中最常发生骨折部位。约占全身骨折的13.7%，其中开放性骨折更为多见。我科自89年以来采用外固定器治疗胫腓骨开放性骨折35例，取得良好疗效，现将临床情况及效果报导如下：

一般资料

35例骨折中男22例，女13例，左侧12例，右侧22例，双侧胫腓骨骨折1例。年龄12~30岁多见，最大年龄68岁。骨折部位：上1/3.7例，中1/3.10例，中下1/3.14例，下1/3.4例。骨折类型：粉碎9例，横断6例，螺旋6例，斜形12例。致伤原因：撞伤18例，砸伤4例，摔伤5例，其余8例。损伤程度：以Eus I分型为基础，结合软组织损伤与伤口污染程度，可将骨折分为三度：I°：骨折移位小于1/2，轻度成角，粉碎，伤口小于2cm，伤口污染较轻；II°：骨折移位1/2~2/2间，成角、粉碎较重，伤口在2~15cm之间，骨折外露较小，伤口污染较重；III°：骨折完全移位，成角粉碎严重，伤口污染重，皮肤缺损多，伤口在15cm以上，骨外露明显。本组35例中，I°损伤13例，II°损伤20例，III°损伤2例。

治疗方法

一、尽早彻底清创，清除骨折端污染物及坏

死组织,随将骨折端靠拢,尽可能一期闭合伤口。如软组织缺损或有张力,可待5—7天后延迟缝合。如骨髓缺损可应用腓肠肌瓣,比目鱼肌瓣覆盖,既可覆盖裸露的骨质,又为撕脱皮肤提供良好循环。清创后若骨折仍有移位,可行手法复位。维持复位后的位置,在骨折上下端各针二枚3.0mm克氏钢针,套上外固定器。将小腿悬放在布朗氏架上(如果小腿部下面伤口开放,创面过大时,可将外固定器支起,使小腿悬空)。术后立即透视,调整旋钮,使骨折端对合稳定,整齐。

二、及时使用三七片,消瘀定痛汤,接骨丹等舒筋活血,消炎止痛类药物,加快组织消肿,减轻局部疼痛,早期行关节功能锻炼,定期拍片复查。三、术后早期合理应用广谱抗生素及磺胺类药物,加强伤口换药,保持伤口清洁。待软组织完全愈合,骨折端中等量骨痂生长时,应去除外固定器,行小腿夹板外固定,扶双拐下地进行不负重或小量负重锻炼,直至骨折临床愈合后,方可行走及负重。

治疗结果

35例胫腓骨开放性骨折,随访时间最长3年,最短3个月,平均1.75年。愈合时间最短8周,最长16.9周,平均12.4周。其中1例形成骨髓炎,经搔刮,肌瓣填塞后5个月痊愈。2例8个月后未愈,骨折端无明显骨痂生成,经切开植骨,三个月后痊愈。

讨论

新鲜开放性胫腓骨骨折,治疗方法很多。如lotte 髓内针固定,Muller 及Bagby加压钢板等。屠开元 主张对开放性骨折采用非手术疗法;尚天裕、朱通伯认为采用中西医结合疗法好;王亦璁主张手术治疗;Anderson认为内固定不能减少骨折的延迟愈合率、不愈合率及感染率。

本组采用中西医结合及外固定器治疗,外固定器为双边式Hoffman—Vidal双支柱支架。骨折平均愈合时间为12.4周,疗效较满意。使用外固定器治疗胫腓骨开放性骨折有以下优点:一、可直接观察创面愈合、血管神经及皮瓣成活情况等。二、有助于治疗,如换药,皮肤移植,冲洗等。不会影响骨折的稳定性,严重外伤时,可使小腿悬空,减轻水肿及后侧软组织的压力。三、外固定器固定可随时在透视机下调整骨折位置,使骨折断端紧密接触,直达满意。而石膏外固定

无此优点,包扎过紧可造成肢体瘀肿、缺血甚至坏死,包扎过松或肿胀消退后,石膏松动将使骨折发生移位。采用外固定器也避免了使用跟骨牵引引起的断端分离,过牵等不良后果。四、使用外固定器可允许近侧或远侧关节功能活动,促进肢体血液循环,减轻组织水肿,防止关节僵硬、肌肉萎缩和骨质疏松等发生。五、有感染的胫腓骨骨折亦能用坚强的外固定器,坚强的外固定有利于控制或消除感染因素,而石膏和牵引就很少有可能。

外固定器治疗胫腓骨骨折的适应症有相对特殊性,它不能作为常规使用。一般闭合性骨折,Ⅰ°以内开放骨折可采用石膏,夹板外固定,也可采用跟骨牵引及切复内固定。使用外固定器常选择的适应症有:1、严重的Ⅱ°或Ⅲ°开放性骨折;2、骨折伴有严重灼伤;3、骨折并须作小侧交叉皮瓣,游离血管皮瓣或其它重建术者。

外固定器治疗胫腓骨骨折中也存在一些问题,皮肤和钉道处理不妥,可导致钉道感染,可能发生钉道穿过骨折部位,延迟愈合等,如果按照原则使用,可减少发生或避免发生。

小夹板双钢针支称固定治疗 胫腓骨不稳定型骨折的体会

河南省濮阳市中医院骨科 韩文朝 田中奎
孙广智 张作峰 陈秀民

胫腓骨骨折在临床上比较多见,采用传统的手法复位小夹板固定治疗稳定型骨折已取得满意效果。对不稳定型用其它类型的胫腓骨骨折迟缓愈合,不愈合,畸形愈合,关节僵直者屡见不鲜。自八七年以来我们采用小夹板与双钢针固定牵引治疗胫腓骨骨折347例,以其复位简单,固定可靠,功能活动早,疗程短治愈率高等优点,取得满意的疗效。

治疗方法及适应症:

小腿超膝关节消毒,两助手分别牵引膝上及足部敷无菌单,周麻下于胫骨结节下2cm,后2cm处由外内侧穿—3—4mm钢针,其钢针与胫骨平台关节面平行。另一钢针由内踝上2.5cm处由内向外穿针避开大隐静脉,使上下两钢针平行

无旋转，外用敷料绷带包扎钢针贯穿处。然后于X光下整复使骨折对位，选择合适的胫腓骨随形夹板，于内外侧板相应处钻孔套在钢针上放适当纸或棉压垫行夹板固定，最后拍片证实复位情况。如有过牵式重叠情况及时调整。本方法适应于胫腓骨长斜形，螺旋形骨折，粉碎形骨折陈旧性重叠愈合者及部分开放性骨折清创缝合后。拔钢针时间为骨折达临床愈合后。

临床资料

本组347例，男269例，女78例。年龄最小12岁，最大72岁。平均38岁。骨折类型：螺旋形149例，长斜形127例，粉碎43例，开放性19例，陈旧性9例。最早下床活动时间为术后第4天，最晚术后22天，平均12.4天。

治疗结果：最早愈合时间27天，最晚121天，平均49.8天，无迟缓愈合，不愈合。骨折解剖对位169例，近解剖对位118例，功能对位47例，严重粉碎性骨折短缩在1.5cm以内者13例。根据1975年“全国中西医结合治疗骨折经验交流座谈会评定标准”。优279例，良59例，尚可9例，优良率达97.4%。典型病历介绍见幻灯。

讨论

1、小夹板钢针固定牵引操作简便，固定可靠，不固定关节，术后即可早期下床活动克服了其它疗法带来的卧床时间长，病人痛苦大，骨折不宜稳定，肌肉萎缩，骨质疏松，关节僵硬等弊病。即方便了病人又减轻了护理工作量。

2、塑形夹板与肢体能更紧密的接触，随着肢体活动，肌肉产生内在动力反复推挤移位的骨折端迫使断端慢性复位，而使畸形得到矫正。双钢针在夹板的支撑下起到了一个恒定的牵引作用，防止了肢体的短缩与分离，变不稳定型骨折为稳定型骨折。双钢针在夹板的支撑下有一定的弹性，在踝膝关节伸屈活动下，随胫骨干纵轴进行肌肉收缩和松弛在两骨折端产生一种生理性对向挤压力量。可促进骨痂生长，这种方法符合固定的生物力学原理，又符合肢体的生理要求。且收到了下床活动早、复位好、愈合快的良效。

3、在施术时应注意严密消毒，杜绝感染，一般术后给抗生素一周以预防感染。如针眼出现炎性反应，要及时换药处理，并每日于针眼处滴75%酒精3--5次，适当减少活动量，很快即可控制感染。对伤口在2cm以内污染较轻的可彻底清

创缝合使用本方法固定。对创面大，污染重则改用外固定支架治疗。

4、关于功能活动问题，术后即可在床上做踝膝关节伸屈活动，活动幅度由小到大，以不增加病人痛苦为原则，一旦患肢肿胀消退，病人能主动抬起患肢而无移位者可下床活动。一般在床上练功时间为1--2周。在开始下床活动两周内要持双拐不负重步行。此时，虽不负重但足底要放平不要足尖着地，更不要悬空。因可引起骨折旋转或成角移位。只要病人自觉患肢有力，即可改用单拐逐渐负重。

5、一旦骨折稳定，骨折端有连续骨痂通过要及时将钢针拔去。因到骨折中后期患肢活动量逐步增大对针眼刺激也增加，由于穿针处骨质吸收钢针容易松动，左右摆移而发生感染，拔除钢针后继续用小夹板固定2--4周。

中西医结合治疗 胫腓骨开放内折(153)

河南省洛阳正骨医院 贾红伟

胫腓骨开放骨折的传统治疗原则是彻底清除一期闭合伤口，但是采用何种固定方法一直是争论的焦点。自1984年~1990年治疗胫腓骨干开放性骨折153例。年龄1~74岁，平均32.5岁。男129例，女24例，男女之比5:1。治疗中分别根据软组织损伤程度和骨折畸形分级及分型，决定果用直接缝合、减张缝合或皮瓣转移一期闭合伤口和采用内固定、钳夹固定，小夹板固定。术后感染率以软组织损伤重者较高，但经皮瓣转移覆盖创面者感染率反而较低。术后功能恢复以钳夹外固定组最好，内固定组较差。文中分析了感染率高的原因及探讨了一期闭合伤口的可行性，比较了不同固定的优缺点，提出了对该病的新分类方法和相应的治疗措施。

随着交通运输业的发展及机器工业的进步，胫腓骨开放性骨折显著增多。根据我院近十年的统计，约占全部开放伤中的四分之一。但是该病目前仍无明确分型，果用何种固定依然是争论的焦点。本文分析了1984年~1990年间治疗且资料完整约胫腓骨干骨折153例，提出了笔者的分类