

应用骨折自动加压粘骨器治疗陈旧性骨折

辽宁省海城市正骨医院 (114200) 苏玉新 苏继承 焦凤岐 张广智

1989年6月至1990年6月, 我院采用华西医学院附属第一医院周锡华等研制的加压粘骨器治疗各类复杂骨折47例, 有效率达93.6%以上。现报告如下:

一般资料

本组病例中股骨干骨折24例, 肱骨干骨折18例, 桡骨干骨折5例, 其中由于手法复位小夹板固定不理想21例, 内固定失败(钢板折断9例、梅花髓内针固定失败5例), 迟缓愈合7例, 骨不连合并骨感染5例。

治疗(以股骨干骨折为例)

1. 粘骨器的基本结构和选择: 基本结构: 粘骨器呈框架式结构, 其内面有钩状齿尖能控制和约束着骨折端只能朝向骨折断面的方向滑动、靠拢, 能使断面始终不存在间隙, 为组织生长通过骨折线创造条件, 从而加速了骨折的愈合过程。

根据骨折的部位和类型、参考X线片可选择适合型号的粘骨器。粘骨器周径的选择, 可参考X线片, 以骨折两端各自影像的横径为粘骨器的横径, 但应较影像小10%, 给加压紧固有充分余地, 使粘骨器在加压以后, 其环筋的开口距离也应在1~1.5cm为宜。

2. 安放位置和方法: 一般采用硬膜外或全麻, 按股骨干骨折部位选用后外侧切口或前外侧切口, 分别暴露出骨折远近端, 其长度为粘骨器的长度。

24例均采用部分骨膜下放置法, 即从骨膜的两侧纵形切开骨膜前后方骨膜剥离。

上述股骨干骨折中有16例采用折顶法安放, 8例采用牵引法安放。折顶法即先用四根粗丝线或细钢丝分别在选好的粘骨器上4个连接孔以备牵引用, 将粘骨器上同侧的两根牵引线从骨折后方的一侧绕过对侧, 使粘骨器的大

部分包绕在骨折的一端, 然后用折顶方法使骨折复位, 再用加压钳扶持加压孔, 用锤轻击加压钳使粘骨器进到骨折另一端的适合位置上, 有一条筋在张力侧上, 并使中点恰在骨折端的位置上。

牵引法是暴露两骨折端后, 将粘骨器同一侧的两根牵引线, 通过骨折端的后方绕到对侧, 用一手牵引, 一手推进粘骨器, 使粘骨器包绕在骨折重叠的后方, 牵引下肢使骨折复位, 然后将粘骨器放在合适的位置上, 安放适当后, 四根牵引线的尾端即可显示出四个连接孔, 用加压钳通过加压孔把粘骨器紧固骨折端的表面上, 这时可一手托住伤肢膝下, 一手握住小腿, 在直视下适当伸屈及旋转患肢。查看骨折端有无松动现象, 如有松动需要再次加压紧固螺丝钉, 直到折端无松动为止。

3. 术后管理: 术后一般不需用外固定, 早期可进行股四头肌锻炼及膝关节的伸屈活动, 同时配合手法局部按摩, 每日TDP照射, 切口无感染10~14天即可拆线, 5~6周X线片显示无成角畸形可持双拐活动, 8~9周X线片仍满意可弃拐, 20周左右即可手术取出粘骨器, 我们建议45岁以上患者不必再次手术取出。

讨论

加压粘骨器内固定治疗骨折, 因其不需要骨体钻孔和髓内穿针, 减少了骨折后骨组织的进一步损伤和循环的破坏, 粘骨器呈柱状框架式结构, 包绕在骨折断端周围表面, 对骨折起着立体状固定和控制着骨折端作用, 抗弯旋等力量较强, 主要作用于骨的轴线活动, 不易发生成角或移位, 复位和固定均较满意, 离床早, 功能恢复好, 是一种值得普及推广的好方法。