

疗效评定与结果

采用门振武^[3]等拟定标准,优:患足疼痛症状消除,行走无困难,足外观及步态正常,能恢复工作。共14足,占70%。良:有轻度疼痛症状,走远路(超过3—4里)稍有困难,能满足生活及工作要求,共3足,占15%。劣:患足仍有持续疼痛,行走有较大困难,影响生活及工作。共3足,占15%。

讨 论

1. 对不累及距下关节的轻微移位骨折可用一般手法挤压复位,塑形石膏外固定4—6周。对累及距下关节面者,先形Omoto手法复位。若复位不理想,临界角过大,后关节面骨折片过小,难于撬拨复位者,宜切开复位,植骨填充塌陷区。对后关节面骨折片较大者,在电视X光下行撬拨复位(经皮)。

2. 恢复跟骨轴位角与恢复Bohler角一样重要。手法挤压、塑形石膏尽量将轴位角恢复,不仅改善足跟外形,减轻了因此而致的压迫疼痛症状,且通过手法挤压,应力传递,亦可使塌陷关节面有不同程度的恢复,有助于Bohler角的恢复。通过Bohler角的恢复,可纠正跟骨塌

陷及扁平足畸形,恢复足纵弓,并且恢复跟骨体长度,使骨折后相对松弛的跟腱状态尽量恢复,改善步态及提踵动作。

3. 跟骨骨折后遗症不仅与轴位角变大、Bohler角变小有关,而且与距下创伤性关节炎有关。因关节面的不光整,长期负重作用下,创伤性关节炎难以避免。用跟骨截骨下移的方法虽可改善Bohler角,但不能改变关节面的不光整,疼痛症状也就存在。因此,三关节融合术仍是处理距下创伤性关节炎的好方法。本组2例因长期疼痛不适而先后行融合术,术后疼痛消失。

4. 服用中药,早期冷敷,抬高患肢,及早期功能锻炼,可活血化瘀,减小出血和预防水肿,并防止关节内纤维素性物质的沉积粘连导致关节僵硬,促进康复。

文 献 资 料

- (1) 王亦巍,等.《骨与关节损伤》第二版.人民卫生出版社,1990,751
- (2) Edward LS, et al — J Trauma 1988; 10: 285
- (3) 门振武,荣国威.跟骨骨折不同治疗方法结果的比较.创伤杂志1985; 1:75

植骨加钢板内固定治疗胫腓骨中下1/3骨折不愈合

沈阳市骨科医院 (110044) 王树连 曲国宾*

我科自1972年至1991年共收治胫腓中下部骨折不愈合或畸形愈合53例。其中32例用全层髂骨板嵌入植骨加六孔钢板内固定方法治疗,效果满意,报告如下。

临床资料

32例中,男性25例,女7例;年龄22~56岁;左侧21例,右侧11例;转入前经手术治疗3例闭合穿针外固定架治疗4例,手术治疗25例。

手术方法

上述病例经检查无手术禁忌症者,施连续硬膜外麻醉,术区按常规备皮消毒,用充气止血带,取小腿前外侧切口(如原来有切口瘢痕,将其瘢痕切除,以利本次切口愈合)。骨

膜下暴露胫骨折断后,如腓骨已骨性愈合,可在同一切口内,从趾长伸肌与腓骨短肌间分离,进入腓骨骨折断端,骨膜下游离腓骨后,将其凿断;如腓骨愈合尚不坚固时,可在游离胫骨折断以后,施手法将腓骨折断及分离,以便于胫骨骨折复位及做其它处理。清理胫骨断面骨端,各约0.15~0.3cm,用电钻或用骨凿在胫骨骨折的前外侧壁上(已被骨钻钻孔的胫骨),做成骨槽,宽约1cm,长度需根据六孔钢板长或短臂等情况决定,以及所取的髂骨全层骨板放置后的两端,靠近折端部的螺孔,能各拧入一枚螺钉而不发生意外为度(术前根据

* 北京针灸骨伤学院

X光片、钢板、折端等情况设计所取髂骨板与所凿胫骨, 大约长6~8cm), 骨槽深度约为1cm左右, 此时将大小适宜的髂骨板放入胫骨槽内后, 再将六孔钢板植于胫骨之上, 分别拧入螺钉(靠近骨折端上下孔拧入的螺钉一定要通过置放的髂骨板); 如果骨折端是斜形或螺旋形, 在其折端中, 与骨干垂直拧入一枚螺钉, 使折端能较稳定。检查折断及术野无误后, 用生理盐水冲洗术野, 在骨折端周围再植入自身髂骨条, 呈火柴杆状。术中放入橡皮引流条或负压引流管, 术后24~36小时拔除, 一般可引流出50~100ml的血性物, 这样可以减少术后切口的张力与感染的发生。术前、术后可以抗菌素治疗。术后用超膝关节的石膏前、后托外固定12~16周; 术后3~7天, 开始静力练习患肢的股四头肌与小腿伸、屈肌活动。手术后十天要争取达到一千次以上的练习活动, 以促进周身与局部的血液循环。由于改变了局部的血液动力, 加速了内环境的营养与修复, 从而达到了促进骨折愈合的目的, 并避免因废用产生的膝、踝关节功能不全。

治疗结果

32例随访中, 最长时间24个月, 最短12个月, 均获得了骨性愈合。髓关节活动良好; 膝关节活动范围能在 180° (伸) \rightleftharpoons 110° ~ 140° (屈); 踝关节能在 90° < 位, 背伸, 跖屈各为 10° ~ 20° 左右。

典型病例

李××, 男40岁, 农民、住院号68003,

于1990年7月27日因马车压、砸伤及左小腿, 造成左胫腓骨中下1/3开放性骨折, 在外院清创缝合后, 骨折复位穿针外固定架治疗。因伤口轻度感染, 经抗菌药物和换药, 伤口25天愈合, 35天后拆除外固定, 改用小夹板外固定22天后解除外固定。骨折虽然经过八周的固定治疗, 由于感染等原因, 骨折并没有达到临床愈合标准, 就解除了外固定, 造成了骨折畸形愈合, 后来我科, 经用上述方法治疗获得了满意效果。

讨 论

1. 用髂骨全层骨板嵌入植骨和加用钢板内固定等方法, 是促进骨折愈合的好方法。自体全层髂骨板, 骨髓中含有活跃的血细胞, 而所取骨板按一定的规格要求, 因此在局部起到一定程度的搭桥作用, 进而有利于修复, 为骨折愈合创造了一个良好的局部环境。加上全层髂骨板的骨皮质在嵌入植骨一段时间后具备的条件, 能起到胫骨中下段骨折所需的各种应力作用。由于局部的血液条件与合适的内外固定, 能达到促进胫骨中下段骨折愈合的目的。本组病例经用上法治疗后达到满意的效果。所以我们认为较其它方法更为有效。但要严格掌握手术适应症与无菌操作技术等。

2. 本法作了胫骨骨槽并取了髂骨全层骨板, 并用内固定物, 效果较好。嵌入的髂骨全层骨板是否减少了某些应力遮挡作用, 而使不愈合的胫骨中下段骨折在放了内固定物后得到了愈合, 尚应进一步的探讨。

下腰痛误诊漏诊浅析

安徽中医学院成教处 (230031) 倪 军

导师: 丁 钙 曹日隆

下腰痛是骨伤科临床最常见的病症, 引起下腰痛的原因很多, 容易发生误诊、漏诊。笔者就资料比较完整的4例误诊漏诊病例, 总结报告如下。

例1: 吴×, 女, 30岁。腰痛并向右臀及

腿部放射两月余, 活动不利, 劳动后腰痛加重, 与天气变化无关。曾在某医院两次按腰椎间盘突出症进行诊治, 疗效不显, 来我院求治。检: 前屈 70° , 后伸 15° , 侧弯左右各 20° , 左腿试验均阴性; 右腿侧旋各 20° 。直腿抬高: 左 80° ,