

带钩钢板治疗肩锁关节脱位

上海市吴淞中心医院 (200940) 刘成文 蒋守葆 陆军 何小文

近年来采用自制带钩钢板治疗肩锁关节脱位 15 例, 经术后 8~20 周随访, 收到了固定牢靠、复发率低、后遗症少等效果, 特报告如下。

临床资料

15 例中男 12 例, 女 3 例; 年龄 17~35 岁; 均因肩部直接受伤所致; 左侧脱位 9 例, 右侧脱位 6 例; 伴第一肋骨骨折及喙突撕脱性骨折者各 1 例。都有明显的患肩肿痛, 阶梯状畸形及活动受限, 喙锁间隙及肩锁关节处压痛, 锁骨外端前后方活动度加大, 外展患侧肩关节可有活动感。受力 X 光片肩锁关节间隙大于 4cm 者 2 例, 大于 5cm 者 13 例, 按赵定麟的标准^[1], 均属于 III 型损伤。伤后 7 日内手术者 5 例, 14 日内手术者 10 例。住院时间最长 21 天, 最短 12 天。

内固定材料: 我们自己设计的带钩钢板长 6cm, 宽 1cm, 钢板一端带有一个三角形的钩, 钩长 1cm 左右, 与钢板间有 15° 的夹角。在距钢板带钩端 1.5cm、4.5cm 和 5.5cm 处各有一螺孔, 并配 3 枚长 0.8~1.2cm 的螺钉, 供内固定之用。

手术方法

颈丛麻醉下病人仰卧术台, 患侧肩胛部垫枕, 常规消毒铺巾后, 做患侧肩锁关节前上方弧形切口, 暴露肩峰、肩锁关节和锁骨肩峰端, 彻底清除关节内嵌入的软组织、破裂的关节盘及软骨碎片。将肩锁关节复位后在其上方安置带钩钢板, 将钢板的钩从肩峰外侧砸入肩峰, 使钢板与钩的夹角牢牢卡住肩峰、肩锁关节及复位后的锁骨外端。外展及上抬肩关节, 使肩锁关节紧密嵌合。在肩峰及锁骨外端螺孔的位置钻 3 个孔, 分别上好螺丝钉。但应注意螺钉的长度以刚好穿过锁骨下方骨皮质为宜, 以免损伤锁骨下血管神经。固定牢固后, 依次修补断裂的喙肩、喙锁韧带及关节囊; 如果喙锁韧带无法直接修复, 就切断喙肩韧带肩峰端, 向喙突方向充分游离后将游离端拉紧并固定在锁骨远端骨膜上。

术后用三角巾悬吊患肢, 4~5 天后开始钟摆样锻炼, 疼痛消失后即可进行日常活动。

治疗结果

本组 15 例术后 8~20 周进行随访, 其中术后 6~8 周取出钢板后肩锁关节无畸形、无疼痛及活动受限者 13 例。有轻度疼痛及活动受限者 2 例, 经治疗 3~4 周后均恢复正常。

讨论

1. 带钩钢板治疗肩锁关节脱位的机理: 将带钩钢板的钩砸进肩峰骨质, 利用钢板与钩之间 15~20° 的夹角将脱位的锁骨外端牢牢地卡在复位后的肩锁关节内, 使其不能向上脱位。再外展和上抬肩关节, 用螺丝钉将紧密嵌合的锁骨肩峰端与肩峰牢牢地固定在钢板上, 因而具有控制其脱位和由内向外、由上向下加压作用。

2. 带钩钢板治疗肩锁关节脱位的优点: (1) 固定牢靠: 本手术由于充分利用了钢板与钩之间夹角的向下加压作用来对抗锁骨外端的向上移位力量, 利用肩峰、锁骨外端螺钉固定后的内外加压作用, 使肩锁关节牢固嵌合, 起到了良好的固定作用; (2) 并发症少: 由于术中仔细清除了关节内嵌入的软组织、破裂的软骨及关节盘, 内固定物不经过关节面, 因而术后无 1 例并发创伤性关节炎; (3) 功能恢复快: 带钩钢板内固定由于可以早期锻炼患肩功能, 故 15 例病人术后患肩功能很快恢复正常, 无 1 例发生肩关节粘连; (4) 畸形复发率低: 由于在钢板内固定的同时修补了肩锁关节囊、喙肩及喙锁韧带, 故取出钢板后无 1 例发生再脱位及畸形, 因而近期及远期疗效均较好。

参考文献

1. 赵定麟, 等. 实用创伤骨科学. 第 1 版. 上海: 上海科学技术文献出版社, 1993: 281.

(收稿: 1995-05-15)

闭合复位经皮穿针治疗儿童股骨干骨折

山东省文登市整骨医院 (264400) 胡守健 马树抗 丛培礼 刘文玲

我科自 1988 年 3 月至 1992 年 7 月, 采用闭合复位经皮穿针内固定, 石膏裤外固定, 治疗儿童股骨干骨折

54 例, 取得满意结果。现将资料完整的 43 例报告如下。

临床资料

本组 43 例中,男 26 例,女 17 例;年龄 3 岁 7 个月~11 岁 5 个月。均为闭合性骨折,左侧 22 例,右侧 18 例,双侧 3 例;上段骨折 12 例,中段骨折 26 例,下段骨折 5 例;横断型骨折 17 例,斜型骨折 18 例,粉碎型骨折 8 例。从受伤到治疗最短 2 天,最长 8 天。

治疗方法

在全麻下将病人转移至牵引床上,双下肢各外展 15°,双足用布带固定于牵引床的足托上。一助手用双手稳定骨盆,安装一衬垫良好的会阴柱,然后在双侧小腿上同时施加牵引力,远骨折端的牵引必须与近骨折端方向一致。术者消毒术野皮肤,敷无菌巾,手法闭合复位。使用电视 X 光机检查骨折对位对线情况,复位满意后,术者维持复位,另一助手将一枚 2mm 克氏针由大腿外侧进入,经电视 X 光机确定进针位置后,用骨钻将克氏针由近骨折端斜行钻入远骨折端,将针尾埋入皮下,无菌敷料包扎。双侧股骨干骨折者,另一侧治疗同前。最后,单侧股骨干骨折者用单髓人字石膏裤外固定,双股骨干骨折者双髓人字石膏裤外固定。术后应用抗菌素,1 周后出院。石膏裤外固定持续 8~12 周。骨折骨性愈合后,在局麻下取出克氏针。

治疗结果

随诊时间:最长 7 年 4 个月,最短 3 年,平均 5 年 5 个月。结果:本组 43 例患儿在固定过程中,均未出现成角、移位畸形,无一例发生畸形愈合、延迟愈合、不愈合,步态和髓、膝关节活动均正常,患腿较健腿增长

最多 10.5mm,最少 6.2mm,平均 9.8mm。本组 43 例均无感染发生。

讨 论

儿童期间对畸形矫正能力表现得非常突出,它不仅具有骨折局部的塑形能力,而且还可以通过骨骼在发育过程中,对骨组织进行改造矫正,以适应肢体使用的需要^[1]。因此,对儿童股骨干骨折的复位要求不象成人那样严格,在保持对线良好、没有旋转畸形的情况下,可以允许有一定范围的重叠和侧方移位。治疗儿童股骨干骨折,多种骨牵引和皮牵引方法都曾被成功使用过,每种方法都有它们各自的优点,不足之处是住院时间长。也有人采用闭合对位,髓人字石膏裤外固定的方法,此种方法解决了住院时间长的问题,但在行石膏裤外固定过程中不易维持骨折对位,另外在固定过程中部分病人出现移位或成角畸形^[2]。而闭合复位经皮穿针内固定髓人字石膏裤外固定治疗儿童股骨干骨折,既无在固定过程中出现移位或成角畸形之忧,又可显著缩短住院时间,减轻患者经济负担,我们认为这是一种简单、可靠、经济的治疗方法。

参考文献

1. 王亦聰,等. 骨与关节损伤. 北京:人民卫生出版社. 1991: 154~155.
2. 柳用墨,等. 儿童骨骼损伤. 北京:人民卫生出版社. 1992: 329~339.

(收稿: 1995-08-15, 修回: 1996-04-30)

钢针撬拨复位法治疗桡骨小头歪戴帽

安徽省无为县中医院 (238300) 伍栋材*

自 1990 年 5 月~1995 年 2 月,采用经皮骨圆针撬拨复位法及石膏托外固定治疗桡骨小头歪戴帽 16 例,疗效满意,报告如下。

临床资料

本组 16 例中,男 10 例,女 6 例;年龄 8~15 岁;桡骨小头骨骺分离移位 4 例,桡骨颈骨折移位 12 例;左 9 例,右 7 例;受伤至整复时间最长 7 天,最短 4 小时。

治疗方法

患者仰卧于放射科摄片床上,患肘碘酒酒精消毒用 1%利多卡因作局部浸润麻醉。一助手牵引患者上

臂,另一助手于前臂作对抗牵引,并将肘部保持内翻位,使肱桡间隙增宽。术者左手压住患肘使呈半伸肘 145°,右手持一骨圆针(∅2.5~3.0mm),经皮自肘下方(顺骨折移位方向)靠近骨折线处钻入,在 X 光机监视下,将骨圆针进入骨折断端之间,利用骨圆针之扁平尖端,自折端间撬拨起桡骨小头,使嵌插之断端松动,再将钢针针尾抬高,以桡骨远折端骨折面为钢针尖端之支点,以桡骨小头(近折端)外侧骨皮质为应力点,右手向上、前、内方(近折端移位的反方向)用力推挤,使得桡骨小头复位。若复位尚欠满意,可用左手拇、食、中指捏住桡骨远折端并将其固定,将钢针自折端间稍

* 现工作单位:安徽省无为县牛埠中心医院 (238351)