



图 1. 术者手法, 施力方向见箭头

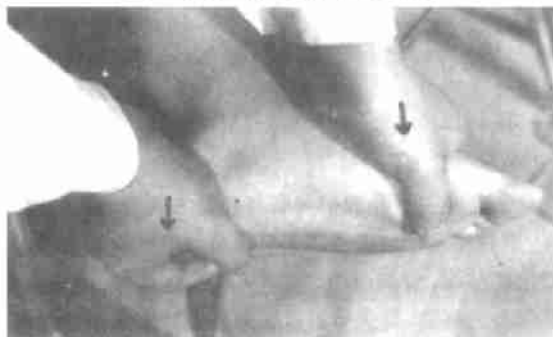


图 2. 助手手法, 牵引施力方向见箭头

复位后患足制动 2~7 天, 亦可配合活血化瘀之中药外洗 (敷), 穿厚底旅游鞋保持 15 天。

讨 论

足部负重之功能有赖于足弓结构及位置的稳定性。足骨是维持足弓的要素之一。正常人体力线落于 1、2 趾之间, 体重经足弓分布于三个负重点即跟骨结节、第 1、5 趾骨头。舟状骨位于足内侧弓的中央部分, 是应力汇合处, 尤其在蹦跳及久行走时遭受直接冲压应力, 加之足舟骨的解剖特点, 易向内侧半脱位或错缝。舟状骨脱位 (或错缝) 后, 与其相关连的距跟舟关节及楔舟关节关系紊乱, 内侧纵弓破坏, 横弓必然亦受影响。站立或行走时应力集中于失稳的舟骨, 对其周围软组织及微动关节造成损伤, 致使患足承重能力下降, 患者表现疼痛和跛行。必须将舟状骨复位, 恢复微动关节的稳定及足弓的完整, 才能取得满意疗效。

舟状骨半脱位 (或错缝) 局部体征不明显, 影像学检查多属阴性, 痛点范围广泛, 临床医师也常忽视, 容易漏诊、误诊。根据足不能负重, 跛行, 足弓似“扁平足”样改变, 舟状骨高隆, 压痛, 叩击痛, 除外足踝部其他软组织损伤和骨质病变可以明确诊断。治疗后常有立竿见影之效。

(收稿: 1998-01-15)

钢板螺丝钉内固定骨折术后取出困难的处理

丁有根

浙江省杭州市第三人民医院 (310009)

我院自 1962 年~1989 年来采用普通钢板螺钉内固定治疗各种骨折术后发生钢板螺丝钉取出困难共 38 例, 合计 41 枚螺丝钉, 现将处理方法报告如下。

临床资料

1. 一般情况: 本组共 38 例, 男 26 例, 女 12 例; 年龄 17~74 岁。股骨中下段 27 例, 胫骨中段 9 例, 肱骨中段 1 例, 桡骨中上段 1 例, 取钉时间, 术后 11 个月~16 个月。

2. 治疗方法: 根据固定骨的粗细及螺丝钉露出钢板孔之距离来决定取出方法, 主要有以下几种方法: (1) 用橡皮条缠绕螺钉之露出部分, 再用老虎钳夹紧该处后旋出, 用此法取出 13 枚。(2) 反复进退法: 即用螺丝刀再旋入少许后再用上法退旋出, 反复数次后可旋出。用此法取出 6 枚。(3) 将螺丝帽盖之圆边用什锦

锤锤成方形再用老虎钳夹橡皮条将其旋出, 也可用微型小板手旋出, 或者锉深螺帽上的槽后直接用螺丝刀旋出。此法取出 6 枚。(4) 用细铁丝绞紧螺丝钉露出部份, 并留一襻, 用取髓内针器钩住此襻击退出, 再用铁锤适当用力击螺钉再进入, 这样反复抽屙式多次后能使螺钉取出。此法共取出 3 枚。(5) 用乳突凿沿螺钉凿去一圈骨皮质, 撬动螺钉使其游离后取出。此法取出 5 枚。(6) 骨较细, 凿洞取钉有术后发生骨折之虑, 或螺钉埋于钢板孔内, 无法用上述方法取出, 可用 4mm 碳钢钻头在钢板螺孔旁排列钻孔使其折断, 此时可用什锦锉配合将钢板锉断, 剩下之螺钉可用上述方法取出, 本法取出 5 枚。

讨 论

普通钢板螺钉内固定治疗骨折至今仍很普遍, 而

发生取出困难亦屡见不鲜, 本组 41 枚螺钉取出困难都是因为旋出时发生滑槽所致, 其原因分析主要有: (1) 目前市场上, 临床上使用螺钉为“一”字形槽很普遍, 有时槽不够深, 致使着力点小而易滑槽。(2) 因螺钉生锈而卡钉。(3) 螺钉固定太紧致卡钉。(4) 旋出螺钉时螺丝刀用力不平衡。(5) 螺丝刀口不平整, 与槽衔接不紧密。

针对以上原因, 在作固定术时应挑选螺钉的槽深而平整的, 最好事先用螺丝刀试用一下是否能着力。已

使用过的螺钉应放弃。钻洞的钻头粗细与螺钉的直径要基本一致。在旋入螺钉时不要太紧, 应适可而止。在取钉时螺丝刀应与螺钉垂直, 不能左右晃动, 螺丝刀平时应注意保管, 专项专用, 避免刀口的损坏。另外, 最好选用内六角形的螺丝钉帽, 尽可能避免发生滑槽, 在取内固定手术中, 举一反三, 我们在因用加压螺钉固定股骨颈骨折术后发生取出困难时, 应用微型小板手夹螺钉尾部也能使其顺利旋出

(收稿: 1997-12-01)

伸直型膝关节纤维性僵硬松解术

张远林 杨丽梅 孙锡江

河北省沧州中西医结合医院 (061001)

我院骨科自 1989 年以来, 应用伸膝装置粘连松解及术后应用下肢功能康复机活动膝关节防止粘连, 治疗膝关节僵直 30 例, 效果良好。

临床资料

1. 一般资料: 本组男 23 例, 女 7 例; 年龄 23~50 岁; 病程 6 个月~2 年。病因: 股骨干或股骨下端骨折 15 例, 髌骨骨折 3 例, 胫腓骨骨折 5 例, 股骨干骨折并胫腓骨骨折 5 例, 股骨颈及股骨干骨折 2 例。

2. 手术方法, 大腿中部起绕髌骨内侧至胫骨结节“S”形切口。先将股直肌与股内、外侧肌分离, 探查股中间肌及髌上囊、松解粘连, 沿股四头肌与股骨骨膜之间向远端分离粘连。将髌骨两侧挛缩的支持带切开, 屈伸膝关节松解关节内的粘连带, 有时需用骨刀分离髌骨与股骨内外侧髌之间的骨性粘连, 如股直肌挛缩, 可适当延长股直肌, 彻底止血, 放置负压引流管, 全层缝合皮肤伤口后用石膏托将膝关节固定于屈曲 90°位。

术后处理及疗效: 应用抗生素 1 周预防感染, 术后 72 小时拔除引流管, 去石膏托后开始在下肢功能康复机上活动膝关节, 活动的范围和时间逐渐增加, 3 周后开始主动屈伸膝关节进行功能锻炼。术后随访 1~2 年, 膝关节平均活动范围由 24°增加到 90°。

合并症: 5 例髌骨前皮肤坏死, 最后行交腿皮瓣转移, 伤口愈合。髌骨骨折 2 例, 治疗应用 AO 技术。

讨 论

下肢骨折感染和滑膜病变等膝关节内外疾患引起出血, 渗出及膝关节长期制动, 损伤股前滑动机构, 造成股四头肌与股前滑动机构粘连, 肌肉萎缩, 纤维化。本组病例表现为股四头肌萎缩, 股中间肌和关节囊纤

维化, 股胫关节及股中间肌与股骨之间形成纤维性粘连。通过手术松解阻碍膝关节屈曲的诸因素, 股中间肌硬化和粘连、骨突阻挡、股四头肌扩张部挛缩、股直肌挛缩等得到解除, 膝关节可以屈曲到满意的程度。股四头肌扩张部一般是主张缝合的^[1]。早期行经典股四头肌成形术, 术中直接缝合扩张部, 虽大部分病例术中膝关节屈曲达 90°以上, 但扩张部由于直接缝合而恢复到了原来的挛缩状态, 即使术后早期功能练习, 由于惧怕扩张部裂开, 关节活动度小, 仍有粘连形成, 术后仍不能达到满意的屈曲度。后期我们采用曾湘德等^[2]的改良股四头肌成形术治疗伸直型膝关节僵直 10 例, 用带蒂髌韧带瓣与股四头肌扩张部缝合, 缓解了缝合后的张力, 并保持了伸膝装置的完整性。

手术中经过松解, 大部分病例膝关节都能接近或达到正常屈曲范围。但早期 5 例术后石膏托固定膝关节屈曲 90°以上, 发生髌前皮肤坏死, 这是关节僵硬日久, 皮肤发生挛缩改变, 不能即时适应关节松解后达到的最大屈曲度。过度屈曲固定膝关节, 使挛缩的血管网拉长变窄, 有可能使皮肤血流供应障碍, 坏死。我们体会病程长, 皮肤弹性差者宁可固定于小于 90°比较安全。术后在下肢功能康复机上活动膝关节, 皮肤逐渐适应后, 仍可获得满意的屈曲度。

参考文献

1. 王亦德, 孟继懋, 郭子恒. 骨与关节损伤. 北京: 人民卫生出版社, 1990. 624
2. 曾湘德, 冯宗权, 陈宏. 伸直型膝关节僵硬松解术附 30 例报告. 中华骨科杂志, 1996, 16: 22

(收稿: 1997-12-01)