

骨圆针固定与跟骨牵引治疗胫骨三段骨折

陈显 陈建辉 陈建国

(伊通满族自治县第一人民医院, 吉林 伊通 130700)

我院1984年~1995年用骨圆针固定与跟骨牵引治疗胫骨三段骨折9例, 治疗效果满意, 报告如下。

1 临床资料

本组9例中男7例, 女2例; 年龄21~64岁; 小腿皮肤有破损及有伤口者5例, 开放骨折1例。

2 治疗方法

开放性骨折应进行彻底清创缝合使开放骨折变闭合骨折, 根据X线片, 或在电视下整复骨折, 选择复位满意且较稳定骨折段间, 在局麻下将3.0mm骨圆针横穿骨折上、下段, 进针处距骨折线1

~2cm, 两侧远近骨圆针用钢丝捆扎固定骨折, 再行跟骨牵引, 待小腿创面允许情况下可用小夹板外固定, 夹板下可放纸压垫矫正骨折移位, 穿针处夹板需开窗方能放上夹板, 待病人牵拉患肢无骨擦感时, 一般4~6周解除跟骨牵引石膏或小夹板外固定, 或跟骨牵引针及骨折段间骨圆针不拔出, 将针包括在石膏靴或筒内, 可持双拐下床活动, 如有创面可行石膏开放窗口继续换药。

3 治疗结果

7例愈合良好, 2例延迟愈合, 无成

角及短缩畸形。

4 体会

小腿骨折常见, 骨折后小腿肿胀, 疼痛, 骨折畸形及异常活动, 或直接损伤使皮肤及软组织损伤, 甚至发生开放性骨折。胫骨前内侧位于皮下, 可形成潜在性开放损伤。本法是将小腿三段骨折变成“二段”骨折后行跟骨牵引, 按粉碎性骨折处理, 避免了小腿三段骨折切开复位髓内针或钢板螺丝钉内固定术, 使骨折愈合快, 骨折感染机会减少等优点, 但需选择好适应症。

(编辑: 李为农)

手指带蒂的神经血管皮岛的长期随访

闫业龙 闫大德 闫业军 闫业伟

(临泉县城关医院, 安徽 临泉 236400)

我院自1981年开始即应用髂骨加皮管成形术进行拇指再造, 发现有以下两个缺点: ①皮管臃肿外形不美观, 因供血差, 冬天易溃烂, ②感觉迟钝, 无实感。

我们对此两个缺点进行了手指带蒂的神经血管皮岛转移至再造的拇指掌侧, 改善了局部供血及感觉迟钝, 但是对供指感觉是否能移至受指感觉仍是疑问, 现将随访结果报道于下:

1 临床资料

我院在1982年~1984年, 共收治骨科住院病人2077例, 其中进行手指带蒂的神经血管皮岛共15例, 为总数的0.72%, 15例中男14人, 女1人, 其中外伤性拇指缺损14例, 食指皮肤脱套伤1例, 其年龄最小者15岁, 最大者45岁, 平均为27.8岁。

2 治疗方法

其手术方法为对侧上臂内侧作10cm×7cm管橡皮瓣拇指浅端修整, 植入髂骨骨片为约6cm×1cm×1cm的骨片, 近端修成尖形插入拇指掌骨髓腔内, 用一根壳氏针进行内固定, 术后3周, 切断管橡皮瓣进行修整, 待术后3~6个月进行带蒂的神经血管皮岛转移至拇指或其他手指, 术后2周进行功能锻炼。

3 治疗结果

15例病人皆经过10年以上的随访, 结果所有的病人皆无冬天溃烂现象, 岛状皮瓣比原来扩大约0.5cm~1cm。在感觉方面: 浅触觉及深触觉、痛觉、冷热觉皆与正常指相似, 但所有的病人除1例外, 仍为移植指感觉, 但其中1例, 手术时仅是皮肤脱套伤, 是中指尺侧转至食指掌侧, 他于术后2年, 开始为双重感觉, 以后转为食指感觉, 同时他的职业为打算盘, 其扩大的面积向周围扩大

1cm, 此点可能与他发育有关。

4 讨论

4.1 带蒂的神经血管皮岛的指征: ①手指再造术后感觉消失及供血较差者。②手指皮肤脱套伤曾用皮管或管橡皮瓣再造者。③正中神经高位损伤无法进行再植, 但尺神经正常的病人。

4.2 因皮肤的感觉测定包括冷热, 触觉及两点辨别试验皆与正常手指相同。我们报道的15例中除1例转变为接受区, 其余皮瓣处似为供指区。

4.3 采用带蒂的神经血管皮岛应考虑供区与接受区皆为同一神经支配较好。或者将供指的神经血管皮岛转移后将它与受指的神经近端进行端端吻合, 则受区需产生暂时性的感觉消失, 但以后神经再生后, 则感觉功能转变为受区感觉。

(本文蒙上海第二医科大学瑞金医院手外科专家陶锦淳教授指导)

(编辑: 李为农)