

· 短篇报道 ·

创伤性浮膝 6 例

郭省吾

(魏县人民医院, 河北 魏县 056800)

我科自 1989 年 1 月至 1996 年 5 月共收治创伤性浮膝 6 例, 报告如下。

1 临床资料

本组 6 例, 全部为男性; 年龄 20~50 岁。6 例全部为开放性损伤, 其中股骨开放性骨折 4 例, 胫腓骨开放性骨折 2 例。合并休克 2 例, 颅脑损伤 1 例。

2 治疗方法与结果

抢救合并症, 病情稳定后, 均在 24 小时内行手术治疗。股骨采用加压钢板内固定 4 例, 胫骨采用普通钢板螺钉内固定 4 例。清创复位钢丝内固定配合术后股骨髁上、跟骨牵引 1 例。清创复位螺钉、骨栓内固定配合术后胫骨结节、跟骨牵引 1 例。6 例随访 8 个月至 2 年,

骨折对位, 愈合良好。膝关节伸屈活动范围 $70^{\circ} \sim 100^{\circ}$ 。

3 讨论

创伤性浮膝多见于交通事故中, 本组 6 例全部为车祸, 均系直接暴力损伤。病情严重, 常合并休克。治疗上首先抗休克, 然后视具体伤情而选择治疗方案。如两部位均较稳定, 可将小腿行外固定而股骨行牵引治疗, 如其中之一不稳定, 可将不稳定的行内固定治疗。对于不稳定的骨折行 DCP 内固定结果较好, 但对于严重不稳定的粉碎性骨折, DCP 内固定则有它的局限性, 如需大面积剥离骨膜等不利于骨折的愈合。闭锁式髓内针

虽适应于股骨粉碎性骨折, 但易造成髓内针远端发生疲劳性断裂, 且设备要求高, 国内未普及。Ender 髓内针虽适应于长骨粉碎性骨折, 但对于开放性骨折则为相对禁忌症。对某些病例可试用长“L”角形钢板或梯形钢板, 但对于严重创伤病人无疑进一步加重创伤, 且操作技术要求高, 故在基层医院对此类病人不适宜。我们认为对于两部位均严重不稳的开放性损伤病例, 采用彻底清创施以简单内固定, 配合牵引治疗, 可早期闭合伤口, 缩短手术时间, 减轻手术对病人的创伤, 降低感染率, 有利于骨折的愈合。

(编辑: 连智华)

带血管蒂第一掌骨基底骨块植入治疗腕舟状骨骨折不愈合

任志坚 齐明 汤志鹏 宝音

(巴彦淖尔盟医院, 内蒙古 巴彦淖尔 015000)

我们采用带桡动脉分支血管的第一掌骨基底骨块植入或加植骨的方法治疗了 7 例腕舟状骨骨折不愈合, 疗效满意, 报告如下。

1 临床资料

7 例中男 6 例, 女 1 例; 年龄为 18~36 岁; 左侧 2 例, 右侧 5 例; 病程 3~11 个月; 随访时间 6 月~4 年; 5 例为舟骨腰部骨折, 2 例为近端骨折, 有 1 例近端骨折合并月骨脱位。

2 治疗方法

均采用臂丛阻滞麻醉, 在气性止血带下, 于患手鼻咽窝部做一 4cm 长之纵弧形切口, 切口远端止于第一掌指关节上 2cm, 切开浅筋膜, 避免伤及桡神经浅

支。腕关节掌屈, 暴露舟状骨, 切除其硬化骨折端及断端间纤维组织。向远端显露第一掌骨, 于其内侧面辨认滋养孔, 由此向近端确认, 游离桡动脉营养第一掌骨的分支血管。游离该血管时应精细操作, 切勿损伤。游离距离满意后, 于掌骨基底底部连同骨膜用小号骨刀轻柔凿取大小适宜之带血管蒂骨(膜)块, 向近端旋转, 但勿使蒂扭转, 嵌入已做好之舟状骨槽内, 如嵌入骨块接触不紧密, 可再凿取少量条状骨柴植入。植入后用一枚 Herber's 钉固定骨块。术毕, 用中立位稍桡偏石膏固定 8~10 周。

3 治疗结果

7 例病人都得到长期随访, 全部病

例疼痛均消失, 关节功能基本正常。仅一例近端骨折合并月骨脱位病人偶感患部酸胀, 减少腕关节活动, 不适能消退。7 例病人都行术后定期摄片复查: 术后 2 个月, 骨折线已模糊, 无硬化及骨吸收表现。术后 4 个月复查: 均显示骨折愈合良好, 疼痛症状消失, 腕关节各向活动充分、满意。

4 讨论

我们利用带桡动脉分支血管的第一掌骨基底骨块植入的机理, 就是给血供遭受破坏的舟状骨提供新的血供。术中游离带蒂骨(膜)块时, 一定要仔细操作, 切勿损伤该分支血管, 否则, 将前功尽弃。术后及早开始患手功能锻炼。

(编辑: 连智华)