

外 固 定

骨折复位固定器治疗胫腓骨骨折

(附29例报告)

锦州市古塔区中医院 金成智

胫腓骨骨折为临床最常见的长管状骨骨折，占全身骨折的13.7%，在日常生活、生产劳动、体育活动中均有发生，特别是交通肇事造成骨折及软组织损伤机会明显增多。我院过去对胫腓骨骨折治疗多采用小夹板固定等方法，对于一些粉碎性、不稳定性、开放性骨折效果不佳。自87年以来，应用中国中医研究院骨伤科研究所孟和教授发明的骨折复位固定器治疗胫腓骨粉碎、开放、不稳定性骨折效果相当理想，开创了医院治疗骨折的新纪元。现将29例的治疗情况报告如下：

一、临床资料：

29例中，男性24例；女性5例，年龄最小的20岁；最大的58岁，右下肢15例；左下肢14例，开放性骨折4例；闭合性骨折25例，新鲜骨折22例；陈旧性骨折7例。

29例中，上1/3骨折2例；中1/3骨折10例；下1/3骨折17例。

骨折类型，斜面螺旋骨折24例，粉碎性骨折5例，其中1例粉碎性骨折呈11段骨折。

二、治疗方法：

使用骨折复位固定器疗法的治疗原则是：“手法—器械—手法—器械”，就是在穿针手术前根据受伤暴力，骨折移位方向，通过手摸心会及阅X光片，选用适当的手法使其复位，然后在助手固定下按设计的方案穿针。先定点划线，接着常规消毒，铺无菌巾，用10%奴夫卡因局麻后，分别将3mm直径的骨圆针在胫骨结节平面，取胫骨结节与腓骨小头连线的前1/3，外踝上6—8厘米处，由外向内用手摇钻进针，针眼用无菌纱布封闭，然后上固定器。穿针后经局部检查及阅X光片，再予以矫正残余移位，对位满意后，再放置弧型压板。保持对位。后送到病房把肢体放在抬高架上。

补脾肺。

七、血虚发热而创口不斂者，宜服用四物汤加人参、黄芪以滋补肝肾。

三、效果：

29例中，卧床天数最少4天，最多6天，平均5天。用双拐天数平均15天，单拐天数平均21天，弃拐天数平均36天。撤架天数平均为45天。

骨折对位情况：解剖对位25例，近解剖对位4例。

临床愈合天数：最短52天，最长60天，平均56天。

四、典型病例：

(一) 新鲜粉碎性多段骨折

患者：王××，男，29岁，锦县娘娘宫乡社员。病例号：1605。该患因骑摩托车于97年10月20日撞伤，伤及右腿，经门诊诊断为右胫腓骨粉碎性骨折，收住院治疗。

入院检查：（全身情况略）

骨科部分，右小腿组织肿胀（+），胫腓骨畸形（+），压痛（+），骨擦音（+），断端活动异常，胫骨中下段内侧6×8cm破皮伤，行走功能丧失。X光片检查，右腿胫腓骨粉碎性多段（11段）骨折。

治疗方法：病人进入手术室，局麻下行手法复位，应用骨折复位固定器。五天后血肿吸收良好，一周后下床活动，二周后创面愈合，六周拆除固定器，住院45天，达临床愈合出院。一年后随访，骨折愈合良好，已参加体力劳动，挑水，肩担百余斤水泥行走自如。

(二) 陈旧性骨折

患者：陈×，男，33岁，锦县税务局干部。病例号1240。该患于45天前因滑旱冰摔伤右小腿，经当地医院用石膏固定治疗，效果不佳，于87年2月27日来院治疗。住门诊诊断为：右胫腓骨下1/3陈旧性骨折。收入院治疗。

入院检查：（全身情况略）

八、创面脓多而不斂者，宜服八珍汤或十全大补丸以养气血。

宽夹板穿针外固定治疗胫腓骨折

五九七农场职工医院 张儒放

近几年来，我们对胫腓骨折的治疗，主要是以保守治疗为主，采用了省中医学院双夹板穿针外固定，孟和氏架以及小夹板和石膏等外固定物。在应用的过程中，根据基层医院条件和使用具体问题时，我们又设计了一种宽夹板穿针外固定治疗胫腓骨折。经过临床应用，体会对条件差的基层医院，有一定的实用价值。特作如下介绍：

一、资料与方法

1. 资料

本组15例，男性12例，女性3例。年龄17—40岁。粉碎骨折5例，斜形骨折8例，螺旋骨折2例。临床愈合时间6—12周，膝踝关节功能正常。

2. 方法

麻醉：一般采用局部浸润麻醉或硬脊膜外腔神经阻滞麻醉。

体位：平卧位。

操作：一般选用2.5—3mm直径的克氏针，穿针部位常规皮肤消毒，铺无菌

巾，在无菌操作下行穿针。近端穿针的部位，胫骨结节平面，取胫骨结节与腓骨小头连线的前1/3，由外侧进针，要求与膝关节平行。远端穿针的部位，外踝上6—8cm，取腓骨前缘进针，要求与踝关节面平行。在对抗牵引下，先大致纠正畸形，分别在胫骨结节及外踝上6—8cm处，穿入直径3mm的克氏针，并用剪口无菌纱布保护针道，然后按手法复位的步骤进行复位。维持复位

后的位置。在内外夹板近远两端按两克氏针的距离，在夹板上钻入大小相应的孔，上好内外夹板，按骨折部位类型。近远端前后成角的方向，在两夹板的前后两缘，距边缘1.5厘米处，在相应的部位，前后各上好两根夹板固定杆，在距骨折线近的夹板固定杆上，以布带前后压、吊，压带固定在后缘固定杆上，托带固定在前缘固定杆上，纠正前后成角畸形，在两夹板足跟托架上，用布带托起足跟，防止足跟下沉时，折端向前成角，此托带比在折端加压用力小得多，而且增加了折端的稳定性。内外成角用克氏针的倾斜度来调整。

术后管理：

(一)、体位：平卧位，患肢放在托架上抬高，以利于静脉回流，减轻肿胀。

(二)、针道根据情况，2—3天或一周换药一次，防止感染。

(三)、压托带松紧度，调整合适，防止压疮或松动不起作用。

(四)、当天即可进行股四头肌与足趾运动锻炼，5—7天可坐在床边进行锻炼，两周下地拄双拐行走锻炼。我们体会，过早下地，对肿胀的消退不利。

(五)、一般5—6周拍片复查和临床检查，达到临床愈合标准时，解除宽夹板穿针外固定装置，改单纯夹板固定，直到骨性愈合。

二、讨论

1. 宽夹板的设计与黄教授设计的双夹板不同之处：

(1)、夹板规格50×16×0.6cm（其中宽夹板远端前缘10×5×0.6cm做为足跟托架用）。

(2)、宽夹板用20×0.3cm铁丝制成两端带螺纹的固定杆4根。

(3)、远端穿针部位在外踝上6—8cm处。

(4)、增加了规格40×7cm的布托、压带。

2. 宽夹板固定的作用原理与优缺点：

（下转第25页）

骨科部分：右小腿组织肿胀（+），胫骨中下断端错位1/2，向外侧成角，已有骨痂形成，行走站立功能丧失。X光片检查，右胫腓骨陈旧性骨折。

治疗方法：病人进入手术室，局麻下行手法折骨，局麻下应用外固定器治疗，一周后下床，六周拆架，住院49天临床愈合出院。一年后随访已参加体力劳动。

五、体会：

骨折复位固定器疗法是中西医结合的产物，

方法简单，便于操作，使用方便，特别适合于高龄多病和不适合手术的病人。特别是对一些难治骨折是较理想的治疗方法，克服了传统治疗中的弊病及不良后果。因早期离床，更促进血液循环，促进骨质愈合，病人神志安定，食欲增加，体质增强，减少并发症。并具有疗程短，疗效高，花线少之特点。总之，该疗法是一项很有前途的，深受患者及医生欢迎的新疗法，目前优于中、西医各种治疗方法，特别适用于中下医院推广使用。以上点滴体会，供同道参考。