

经受压, 桡侧三个半手指感觉异常、麻木或刺痛, 夜间加重, 手部温度增高更为明显, 严重时手指活动障碍, 鱼际肌萎缩, 拇指不能对掌, 皮肤发亮, 亦可出现指甲增厚等神经营养障碍, 正中神经长期受压可以变细而近端膨大。本人曾见到 1 例近端膨大长 12cm, 直径达 2.5cm。

治疗: 诊断明确后主张早期手术进行神经松解, 必要时行束间松解。因尺神经主要支配手部内在肌, 手术时机稍晚, 内在肌功能恢复就差或不易恢复。术式应根据病变程度具体掌握, 神经松解应适度, 即要松解彻底又不能增加新的损伤。对于神经移位术, 对肘关节内骨折, 骨质增生、肘外翻畸形、神经脱位宜松解后前移, 但需注意前移后不要形成新的张力, 即达到既无张力又无卡压即可。^[1]本组 1 例肌支分出位置较高, 虽经努力解决, 仍有轻度张力者, 致使术后感觉、运动恢复时间相对延长。有人认为对于神经周围组织床光滑松解后无张力及术后疤痕再压迫可能者, 松解后的尺神经放回神经沟内, 不做移位。

尺神经移位时不要损伤尺神经关节支, 为使尺神经移位后有足够长度, 同时不受肌支牵引, 手术宜将神经鞘切开。尺神经前移有如下缺点: (1) 移至皮下易受损伤。(2) 如埋于肌肉中有时可因疤痕压迫引起神经炎。(3) 前移后尺神经在内上髁前行程迂曲。(4) 游离中需保护屈腕肌分支, 尺侧上副动脉及其他吻合支易受损伤, 使术后疼痛加重, King 氏建议切除内上髁及部分内上髁嵴, 将尺神经移至前臂屈肌及旋前圆肌起点作成的新床上, 可以避免上述缺点。^[2]本组注意到以上不利因素, 手术中尽量妥善处理, 防止副损伤, 术后避免损伤因素。病例随访中未发现神经炎及复发者或加重病例。

参考文献

1. 张友乐, 等. 肘部创伤性尺神经炎的成因、创伤病理及长期随访结果分析. 手外科杂志 1988; 4(1), 59.
2. 郭世绂. 临床骨科解剖学. 第一版, 天津: 天津科技出版社 1988. (收稿: 1994-02-16)

胫腓骨再折钢板断裂 18 例分析

济宁市第二人民医院 (272149) 刘树民 王春玲

我院自 1989 年 1 月至 1993 年 1 月共收治胫腓骨钢板断裂患者 18 例, 现分析报告如下。

临床资料

本组男 16 例, 女 2 例; 年龄最小 23 岁, 最大 52 岁; 胫骨骨折部位: 中下段骨折 15 例, 中段 3 例, 左侧 11 例, 右侧 7 例, 均为普通钢板内固定; 钢板折断距第一次术后时间: 最短 20 天, 最长 132 天; 其中在我院行钢板内固定术者 4 例, 外院 14 例。

治疗方法及结果

15 例闭合折骨, 重新石膏固定, 3 例切开复位加压钢板固定加植骨术, 经 6 月~2 年随访, 均达临床愈合标准。

讨论

钢板断裂原因分析:

(1) 内固定技术失误: 钢板在固定前未作预弯, 因为胫骨干向前外形成 10° 左右的生理弧度, 生理弧度

最大的部位恰在中下段。本组 16 例为中下段骨折, 有 10 例钢板未预弯, 术后 X 光片示钢板对侧骨折间隙加大, 以致于负重时力量集中于钢板上, 使钢板断裂。

(2) 应用钢板过短。18 例中有 2 例为长孔钢板, 2 例短孔钢板固定。

(3) 螺钉数目不够或未达对侧皮质。18 例中, 有 1 例 8 孔钢板仅以 6 枚螺钉固定, 有 2 例 6 孔钢板仅以 5 枚螺钉固定, 有 1 例 6 孔钢板以 4 枚螺丝钉固定。以致螺钉脱落, 形成剪力, 钢板断裂。

(4) 蝶形骨片未作固定。有 2 例内侧蝶形骨片未作固定, 钢板在外侧, 下地活动后, 骨片脱离原位, 使骨折不稳定, 钢板断裂。

(5) 过分依赖内固定物。对应加外固定的未行外固定, 或过早去除外固定。本组有 4 例内固定后未给外固定, 负重后断裂。7 例术后 1 个月去除外固定, 下床负重后断裂。

(收稿: 1994-01-03)