

短篇报道

# 逆行带蒂比目鱼肌瓣治疗胫骨骨折术后骨质外露

山东临沂地区人民医院 (276000)

陆建中 苟三怀\*

本科自 1992 年以来收治胫骨骨折术后骨质外露, 骨感染 20 例, 应用外固定支架加压固定骨折断端, 逆行带蒂比目鱼肌肌瓣覆盖创面, 肌瓣表面 I 期或 II 期游离表层植皮, 治疗效果良好。报道如下。

**临床资料** 本组共 20 例: 男 15 例; 女 5 例, 年龄在 20~45 岁之间, 病程 1~6 个月, 20 例均为严重开放性骨折清创内固定术后感染所致, 其中 19 例由外院行第一次手术, 20 例中 18 例为钢板内固定, 2 例为螺丝钉固定, 骨折位于中、下三分之一交界处, 皮肤缺损位于胫骨前内侧, 最大者 6×7cm; 最小者 2×3cm, 均见骨质外露, 脓液外流。

**治疗方法** 手术在硬膜外麻醉下进行。术中彻底清除髓腔及骨干周围的炎性组织, 取出内固定物, 咬除硬化坏死的边缘骨, 切取逆行比目鱼肌瓣(或只切取肌腹内侧半), 通过皮下隧道转移覆盖创面, 肌瓣表面行表层游离植皮(其中 I 期植皮 14 例, II 期植皮 6 例), 于胫骨前内侧安放单侧外固定支架, 加压固定骨折断端, 肌瓣下放置橡皮条引流。术后大剂量有效抗生素静滴, 一般半月左右炎症控制, 伤口愈合, 一个月后逐渐下地负重行走。

**结果** 本组病人随访 18 例, 6 个月内均无炎症复发, 一般 4~6 个月骨折愈合, 去外固定架。膝及踝关节活动良好, 无明显僵硬现象。

**讨论** 胫骨中、下三分之一交界处由于血供差, 周围肌肉组织少, 骨折尤其是严重开放性骨折术后皮肤挫伤严重, 骨筋膜室内压力增高, 容易出现皮肤坏死, 骨质外露, 继之出现骨感染及骨不连。逆行带蒂比目鱼肌瓣血供好, 抗感染性强, 转移后能够很好地覆盖创面, 有利于消炎和骨折愈合。如果皮肤缺损较大则转移整个比目鱼肌, 反之也可只转移内侧半肌腹, 而且转移后对小腿的功能及外观无明显影响。由于伴有感染, 内固定是禁忌症, 外固定支架既能避免异物刺激作用又能加压固定骨折断端, 有利于关节活动, 肢体早期负

重, 促进肢体的血液循环, 加快骨折愈合速度, 这正符合了动静结合的骨折治疗原则。

(收稿: 1996-03-21)

# 综合疗法治疗肩周炎

天津市南开区东南角医院 (300090) 苏 宏

采用综合疗法治疗肩周炎 89 例, 取得了满意疗效, 现报告如下。

**临床资料** 本组 89 例中男 25 例, 女 64 例; 45 岁以下者 6 例, 45~60 岁者 71 例, 60 岁以上 12 例; 左肩 34 例, 右肩 41 例, 双肩 14 例; 病程 3 月~3 年; 合并冠心病、糖尿病 更年期综合症等约占 28%; 所有病例均除外颈源性肩痛, X 线片显示肩关节骨质无病理性改变。

**治疗方法** 1. 针刀闭合性松解术: 用确炎舒松 A25mg+2%利多卡因 5ml。注入疼痛较剧的痛点。一般多在肱二头肌短头及喙肱肌起点, 肩袖等处。注药后, 原点进行针刀松解术。2. 液体软组织松解术: 对疼痛较轻微的部位, 每点注入 10%高渗葡萄糖注射液加 VB<sub>12</sub>复合液 5~10ml。钝性分离, 促进组织修复。3. 手法治疗: 上述方法治疗后, 做顺时针摆肩动作, 范围由小到大, 以患者能承受为度。然后将患肢上举, 外展, 后旋, 内收至最大限度后, 加之一闪动力。然后局部放松肌肉。

**治疗结果** 1. 疗效评定标准: 痊愈: 肩关节活动正常, 疼痛完全消失; 显效: 活动明显改善, 疼痛基本消失; 好转: 关节活动有改善, 疼痛有创所缓解; 无效: 治疗前后症状无变化。2. 治疗结果: 本组 89 例, 5 天治疗 1 次, 3 次为一疗程, 最少治疗一次, 最多治疗 6 次。痊愈 71 例, 显效 16 例, 好转 2 例。

**讨论** 针刀闭合性松解术治疗肩周炎, 是把中医的针和西医的刀熔为一体, 把针刺和手术有机结合, 其针长 4~15cm, 直径 1mm, 刀口线宽 0.8mm, 按照特定的进针方法和手术入路, 安全地将这种具有特殊结构和性能的针刀插到病性部位, 起到剥离粘连, 松解肌肉, 削除痛疤痕的目的。液体松解术所用之 10%葡萄糖, 属高渗 营养液, 此浓度可改善由于软组织痉挛粘连所引起的局部缺血缺氧状态。并在外施加手法, 使粘连组织松解。

(收稿: 1996-07-25)

\* 上海长征医院