

短篇报道

应用单侧外固定器治疗儿童股骨干骨折

内蒙古自治区巴彦淖尔盟医院 (015000)

武永刚 宝音 赵连斌

我院使用上海手术器械厂生产的单侧纵轴动力外固定器治疗儿童股骨干骨折 15 例,取得了满意的治疗效果,现将治疗体会总结如下。

一般资料 本组 15 例中男 11 例,女 4 例;平均年龄 8 岁;骨折类型:闭合性骨折 9 例,开放性骨折 6 例;横型 6 例,斜型 4 例,螺旋型 3 例,粉碎型 2 例;伤后就诊时间 1 小时~5 天。

治疗方法 一般采用静脉复合麻醉。借助 C 臂 X 光电视进行操作,开放性骨折应先行清创术。通常股骨骨折都由外侧进针,在骨折的近端和远端的合适位置各做两条约 1cm 横切口,利用内、外套管用手摇钻钻孔,拧入长度合适的螺纹针,并穿过对侧骨皮质 0.5cm,将外固定器安装于 4 支螺纹针上,外固定器距皮肤约为 2~3cm。用两把复位钳钳住固定器两端的关节头在 X 光电视下行骨折复位。复位满意后,拧紧各制动螺帽。操作时注意勿损伤股骨远、近端骨髓。

治疗结果 本组病例经过 3 个月~3 年随访,无一例骨折延迟愈合或不愈合,均达到骨性愈合。时间为 6 周至 20 周。所有病例髌、膝关节活动好,下肢无跛行、无旋转,无成角畸形愈合。

讨论 通过本组病例的治疗,我们认为儿童股骨干开放性骨折是应用外固定器的最好指征。使用外固定器可使骨折得到可靠固定,而且对伤口换药或二期修复治疗提供了便利,同时可使患者的住院时间明显缩短,便于护理,减轻病人的经济负担。

单侧纵轴外固定器结构简单,装拆方便,手术操作易掌握,复位性能好,骨折固定可靠。骨折的固定为弹性固定,减少应力遮挡效应,可促进骨痂生长。

(收稿:1997-01-13)

紊乱症,取得了较好的效果,现总结好下:

临床资料 男 42 例,女 23 例;年龄 20~40 岁 52 例,50 岁以上 13 例;有外伤史 57 例;病史 6 周~6 年。

诊断标准: (1) 大部份患者有外伤史、下腰痛或单(双)侧腰肌酸痛、胀痛等,有时向腹部、臀部或骶尾部牵扯痛,尤其是晨起时疼痛明显,活动后症状减轻。(2) 查体:腰椎生理曲度变直,活动时前屈或/和侧弯有不同程度的受限,双拇指触诊可发现棘突偏歪、韧带钝厚或剥离,棘突和椎旁关节压痛。(3) X 线检查:一般无阳性发现,有时可有有关节突关节裂隙不对称,关节间隙变窄。

治疗方法 采用冯氏坐姿脊柱(定点)旋转复位法^[1]。

治疗效果 痊愈:症状体征消失,腰椎功能活动正常 38 例;好转:症状体征功能均有改善 22 例;无效:症状体征无改善或加重 5 例。

讨论 1、腰椎后关节紊乱症是一种常见病、多发病,是引起腰痛最常见的原因之一,是“腰椎后关节错缝”、“腰椎后关节滑膜嵌顿”、“腰椎后关节炎”的统称,以往这此病多被诊为“腰肌劳损”、“腰肌纤维织炎”,由于认识上比较模糊,以致治疗措施不够确切,使患者腰椎后关节紊乱不能及时得到纠正,迁延成慢性腰痛。

2、单(多)个椎体移位本病发生根本病理改变,人体常因脊柱内外平衡失调时,着力点的椎体或椎间隙在不稳定状态下受伤,造成单(多)个椎体移位,其临床表现为患椎棘突偏歪棘,故该病的治疗契机是纠正偏歪棘,若腰椎后关节紊乱反复发作,或延时误治,可进一步导致脊柱内外平衡失调,易于发生腰椎间盘突出症。所以,从某种意义上讲,正骨手法纠正棘突偏歪,不仅能治疗腰椎后关节紊乱症,亦能预防腰椎间盘突出症。

参考文献

1. 冯天有,中西医结合治疗软组织损伤,北京:人民卫生出版社,1977.

(收稿:1997-10-22)

手法治疗腰椎后关节紊乱症

中国石油天然气总公司中心医院 (102849)

孟凯

运用冯天有教授创立的正骨手法治疗腰椎后关节

闭合折骨加撬拨整复陈旧性克雷氏骨折

山东莒县中医院 (276500)

李孟振 宋飞洪 于洪光 张家富 陈长平

我院自 1992~1995 年采用闭合折骨加撬拨整复

陈旧性克雷氏骨折 20 例,取得满意疗效,现报告如下。

临床资料 20 例中,男 13 例,女 7 例;年龄 10~48 岁。骨折到来院初诊时间,最短 23 天,最长者 42 天。骨折均向背向桡侧移位,掌倾角消失,骨折线模糊。

治疗方法 均采用臂丛麻醉,两助手分别握住手及上臂,前臂旋前屈肘 90°,持续牵引,采用折顶手法闭合骨折。反复进行,力量要比正常整复时大,直至将畸形愈合处重新折断,活动度较大后为止。对于时间较长,已达临床愈合之病例,用骨圆针撬拨整复,具体操作如下:

术者摸清骨折处,自背侧进针,插入骨折之断端,然后顺骨折线走向撬拨,拨开连接的骨痂,将骨圆针插入断端,向掌侧推压骨折之远断端的同时,两助手牵引下,另一术者常规整复,畸形消失后维持,术者拔出骨圆针,摸清桡骨茎突处,首先固定两骨折端,第一枚克氏针进针角度与皮肤保持 45°左右进针,从而固定两断端,再自桡骨茎突稍上约 1.5cm 偏背侧横行穿入另一克氏针,固定下尺桡(此针 3 周拔除)。术后掌背侧夹板固定腕于中立位,4 周解除外固定,练习关节活动。

治疗结果 本组 20 例均得到随访,随访时间 1 个月~2 年,平均 6 个月。结果仅 2 例遗有前臂旋后受限,其余病例关节活动、功能及外形均正常。

讨论 本文采用闭合骨折加撬拨整复法治疗,方法简单,创伤小,愈合快,功能恢复均良好,不失为一种好的治疗方法。本组中有 2 例超过 5 周的陈旧性骨折(分别为 39 天、42 天),术后功能恢复良好。根据我们体会,对于超过 7 周及严重粉碎性骨折,由于此类型骨折病人多为老年人,多伴有骨质疏松,撬拨时不能保持关节平整及恢复正常下尺桡解剖关系,所以本法不宜采用。另外,撬拨时应注意避免损伤掌侧的血管及神经,针尖勿超过对侧骨皮质,钢针以选用 2.5~3mm 粗细为宜。

(收稿:1996-06-26;修回:1996-10-08)

肱骨干骨折治疗失误分析

江苏高邮市中医院 (225600)

石庆培

自 1983 年 3 月至 1994 年 12 月治疗肱骨干骨折 379 例,总体效果满意。但尚存在因医源性影响而造成少数病例治疗效果不良。现将因治疗失误的 7 例患者作一回顾性分析。

失误原因 (1) 不稳定性骨折,多次整复加重软组织创伤,损害血运,影响骨折愈合,前臂重力下垂造成骨折端分离。(2) 原始创伤严重,加之术中广泛的骨膜剥离及钢丝环扎圈数过多,骨折生长的血供来源遭到严重破坏。(3) 髓内针太细,固定不牢固,加之未限制前臂内收外展而造成肱骨远折段旋转活动。(4) 放置角翼钢板时骨膜剥离过多,影响血供;角翼钢板太硬,内固定装置刚度越高,应力遮挡作用越大,易产生骨质疏松,影响骨折愈合^[1]。(5) 髓内针由肩峰出影响肩关节活动,尽管骨折已愈合但冻结肩已形成。(6) 选钉偏粗难以继续击入,钉尾留得过长产生刺激引起疼痛,缺少功能锻炼而产生肘关节僵硬。

预防措施 (1) 严格掌握手术适应症,避免滥用手术治疗,提倡非手术疗法。一般闭合性肱骨干骨折,均可借助 X 线透视尽量将骨折一次性复位,不必一味追求解剖对位,禁忌多次反复的粗暴手法,以免广泛的软组织及血运损害。复位后用四块小夹板外固定。弹力绷带作肩肘关节对向固定,对骨折端纵向持续加压,加压的大小以消除骨折端间隙而又无成角为度。绝大多数非手术病人经上述处理后骨折愈合快,肩肘关节功能好。(2) 大斜形骨折或螺旋形骨折应用钢丝捆扎 2~3 道,不宜多,以免影响血运,横形骨折从肱骨内外侧钻孔打入 Enders 钉为佳,不影响肘关节功能。短斜形骨折以 6 孔钢板固定为宜。粉碎形骨折应视具体情况灵活处理。不论用何种内固定,手术时应尽力减少剥离,主张骨折端严密对位,切莫留有间隙。由于碎骨缺损或内固定后骨折端接触不紧密,应毫不犹豫给予同期植骨。(3) 术后外固定的石膏托下自腕关节,上至对侧肩,这种搭肩石膏既可消除石膏和前臂的重力悬吊,又方便换药。拆线后,改用四块夹板固定。肩肘弹力绷带对向挤压,再用一弹性绷带环绕上臂中段及对侧胸壁。早期活动腕关节,中期轻度活动肘关节及耸肩,后期当有骨折开始愈合的证据时,去掉弹性绷带,在夹板保护下进行大幅度的肘关节伸屈及肩外展前屈活动。在骨折完全愈合之前,坚决禁止前臂外展内收活动,以防肱骨干骨折断端旋转,不论手术与否,都提倡病人平卧位,既可防止因前臂重力下垂造成分离,还可避免某些臂肌不发达者肩关节半脱位的产生。

参考文献

1. 朱振安,等.骨折内固定的生物力学.医用生物力学,1994;1(9):66 (收稿:1995-11-21)