

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)