

• 外固定 •

# 支架外固定治疗开放性桡尺骨远端骨折 24 例

浙江省桐乡市第一人民医院(314500)

丁生伟 俞钰贤 叶坤海

笔者自 1994 年以来,采用上海第六人民医院研制的单侧外固定支架治疗开放性桡尺骨下端骨折 24 例,取得满意疗效,现报告如下。

### 临床资料

本组 24 例中男 19 例,女 5 例;年龄 17~56 岁;粉碎性骨折 11 例,横断型骨折 7 例,斜型骨折 6 例;远端向背侧移位者 18 例,向掌侧移位者 4 例,侧方移位者 2 例,其中 6 例伴有神经、肌腱、血管损伤;损伤 1~3 天来诊者 19 例,4~12 天来诊者 5 例。损伤原因:跌伤 16 例,机器伤 8 例。

### 治疗方法

在臂丛阻滞麻醉下,上肢外展,上臂上气囊止血带。常规冲洗伤口,消毒铺巾。首先对开放伤口进行清洗,暂不缝合,临时纱布覆盖。取 IV 型单侧多功能外固定支架(最小型),先用模具在桡骨及第二掌骨的桡侧略偏背侧分别定二个进钉点,尖刀片切开皮肤,在内外套管保持下,用电钻钻出骨孔,旋入固定螺钉,紧密缝合切开处皮肤。与助手对抗牵引约 5 分钟,用手法进行骨折端整复,注意矫正重叠、侧方、旋转移位,一般维持在掌屈尺偏位,若伤口在背侧,则维持在中立位固定。保持牵引下,由助手安放外固定架,拧紧支架各固定螺丝。最后对开放伤口再次冲洗,闭合创面。若伴有神经、肌腱损伤,予同期修复。一般骨折都一次整复成功。术后每天酒精点滴针眼,并嘱其行握拳运动,4~6 周骨折初步愈合后拆除外固定架。

### 治疗结果

本组病例均随访 1~3 年。优 15 例,关节活动正常,无疼痛,X 线片示骨折解剖复位,愈合良好;良 7 例,关节活动略差,过劳时有酸痛感,病人能胜任日常工作,X 线示骨折愈合,但尺倾角或掌倾角有不同程度

减少。差 2 例,关节活动差,疼痛明显,其中 1 例因原开放伤口严重感染;1 例因神经、肌腱损伤,术后患者不配合功能锻炼,疤痕粘连较多。

### 讨论

桡骨下端开放骨折,传统以局部清创,手法复位,石膏、小夹板外固定治疗为主。但由于开放骨折,损伤程度往往较严重,不稳定骨折占大多数,且开放骨折常需换药治疗,频繁的拆卸外固定远不足以防止此类骨折的再移位。并且夹板外固定常可产生伤口的压迫,从而发生伤口的缺血感染。

桡骨远端骨折愈合后所残留的畸形与术后的功能障碍存在着直接的关系。传统的观念认为,桡骨远端骨折即使残留畸形,也不会导致严重的功能丧失。但必须指出的是在开放性桡骨下端骨折的病人中,原始损伤较重,以中青年居多,其对治疗的要求较高。故我们治疗时应力求恢复其原有的正常解剖关系,并维持此种位置直至骨折愈合。

我们体会到此类骨折清创后的手法复位是容易达到解剖复位的。运用韧带整复,单侧外支架固定维持在整复后的位置是极为可靠的,在我们的治疗病例中没有一例发生再移位的现象。在骨折固定的同时,也便于清创,修复神经、肌腱、血管的损伤;即使感染换药,也无虑骨折会发生移位。同时因没有石膏、小夹板等外固定的束缚压迫,不致影响腕部血供,不会发生伤口因压迫、血循环差而发生缺血坏死感染。同时也便于患者手指的屈伸功能锻炼,防止腕部粘连的形成,故使用外支架固定治疗开放性桡尺骨下端骨折较传统方法具有明显的优点。

(收稿:1997-09-21)

安徽省高校科技函授总部中医函授面向全国招生

省教委办学许可证 0192005 号

为给广大中医爱好者开辟自学成长、自谋职业之路,以解决晋升、开业和应聘的需要,本专业继续面向全国常年招生。本部建校十年,已有丰富的教学经验和完善的师资队伍。开设十二门中医课程,各科均由专家教授全面辅导教学。选用《全国高等中医学院函授教材》,与高等教育中医自学考试紧密配合,确保大专水平。凡初中以上文化程度者均可报名,汇款 5 元至“236000 安徽阜阳高函办公室”即寄简章。电话:0558-2318260。