

骨不愈合或感染。

3. 术中注意事项:梅花针粗细应适宜,进针时应感阻力不大,不能强行击入,以防骨质劈裂。针尾留置骨皮质不能过长,以便功能锻炼。伤口张力过大应减张缝合或转移皮瓣修复。粉碎性骨折加用钢丝固定。有骨缺损需植骨。

参考文献

1. 王纪湘,等.改良梅花针闭合内固定治疗胫腓骨骨折.中华骨科杂志,1995;11:743

(收稿:1997-05-21)

鸭形固定架治疗本奈特氏骨折

山东省郓城县医院 (274700)

杨廷照 杨继森

我科自 1990~1996 年,共收治本奈特氏(Bennett)骨折 25 例,均系采用鸭形固定架治疗,效果满意,现报告如下。

临床资料 本组 25 例中男 18 例,女 7 例;年龄最大的 48 岁,最小 6 岁;右侧 19 例,左侧 6 例;损伤后就诊时间最短 2 小时,最长 12 天。

整复手法 采用局部麻醉,患者取坐位。以右侧为例,医者用右手紧握住患者右拇指,助手固定患者前臂。医者用力向远端和桡侧拔伸牵引,将第一掌骨重叠移位拉开,左手固定患肢腕部,左拇指用力向掌侧顶压骨折近端,双手对抗用力矫正错位及成角畸形。术中可闻及断骨复位声。经拍片或透视证实复位满意后,用粗铁丝制作的鸭形固定架套在拇指上,用绷带包扎固定,松紧适度,病人可回家休息治疗。定期拍片复查,6 周末拍片证实骨折愈合后,拆除固定架,做热敷和功能锻炼。

体会 本型骨折属于关节内骨折,整复对位与以后功能活动密切相关。拇指活动功能约占手部活动的一半,故治疗时应尽可能的恢复于解剖对位,以利日后关节功能的恢复及防止创伤性关节炎发生。采用鸭形固定架治疗本病,是鸭嘴部和鸭颈部对第一掌骨基部产生协同压力,使复位后的骨折端保持位置不变,为了防止皮肤压伤,可在鸭嘴部及鸭颈部各加纱布垫,同时可防止骨折端向背侧成角,防止断端再度发生移位。用绷带经前臂至虎口缠绕,可有效地维持骨折端相对稳定。

(收稿:1997-09-21)

闭合性屈指深肌腱止点撕脱伤 12 例

山东省文登中心医院 (264400)

宋业良

1990~1996 年,我院收治闭合性屈指深肌腱止点撕脱伤病人 12 例,现就其诊断及治疗分析如下。

临床资料 本组 12 例均为男性;年龄 16~25 岁;均为猎枪子弹爆冲伤;新鲜损伤 10 例,陈旧损伤 2 例;示指伤 7 例,中指 5 例。临床检查:新鲜损伤的手掌及其余指均有不同程度的皮裂伤,患指均不能主动屈曲末节,末节掌侧皮下有瘀血斑者 4 例,均无伤口存在。X 片示:末节指骨有撕脱骨块者 5 例。

治疗方法与结果 取患指末节侧面正中切口,探查损伤情况。屈指深肌腱均于止点处撕脱。对于断端带有撕脱骨块者,用钢丝或钢针固定骨块及肌腱。单纯撕脱者,断端修整,缝于原止点残端,然后用软钢丝于断端近侧做可抽出缝合,钢丝从指甲两侧穿出,用纱布团做垫固定在指甲上。对于陈旧性损伤,钝性扩大鞘管,分离肌腱粘连处,将回缩的断端通过鞘管拉至末节指骨处并用上述方法固定。用石膏将手指固定于屈曲位 5 周。5 周后去石膏功能锻炼。1 例陈旧损伤出现肌腱粘连,经手术松解好转,其余 11 例均恢复功能,随访 8 个月~1.5 年,均无粘连发生。

讨论 闭合性屈指深肌腱止点撕脱伤临床少见,其损伤机制是:猎枪子弹的爆冲力是朝一个方向的,力量集中,由于进行子弹的操作时,手指处于屈曲状态,强大的爆冲力使手指突然伸直,而屈肌还处于收缩状态,使比较薄弱的屈肌附着点撕脱。由于伤处处于闭合性,所以很容易漏诊,而使肌腱回缩粘连,鞘管闭锁,增加了二次手术的困难及康复时间。应及时诊断早期治疗,方可取得较好的疗效。

(收稿:1997-09-21)

拔伸板加夹板治疗儿童股骨干骨折

山东省聊城市东昌府区中医院 (252035)

张立春 乔洪杰

我院自 1990~1996 年应用拔伸板加夹板治疗儿童股骨干骨折 89 例,取得满意效果,报告如下。

临床资料 本组 89 例中男 57 例,女 32 例;年龄