

· 短篇报道 ·

中西医结合治疗小腿内侧 骨外露

辛培旺 梁鸿举 尚海峰

张 强 梁永革 张 伟 鹿克华

山东省肥城市中医院 (271600)

小腿内侧,胫骨浅居皮下,开放性骨折甚为多见,有时并有严重的皮肤碾压伤或撕脱伤,污染也往往较重,因而在清创后常有不同程度的皮肤缺损需要修复。单纯换药或植皮难以奏效,而长期骨外露创面易感染,继发骨髓炎。自 1990 年以来,我们运用中西医结合的方法共治疗 19 例,效果良好,现报告如下。

临床资料 本组男 12 例,女 7 例;年龄 12~41 岁。交通事故伤 10 例,砸伤 5 例,高处坠落伤 4 例;左侧 13 例,右侧 6 例;中、上段 12 例,下段 7 例;开放性骨折 14 例,单纯皮肤碾压伤或撕脱伤 5 例;就诊时间最长者 1 年零 4 个月,最短者伤后 1.5 小时;随访时间最长者 4 年零 2 个月,最短者 3.5 个月。

治疗方法 1. 新鲜创面:在彻底清创的基础上,骨折内固定,上、中段的创面采用腓肠肌内侧头肌皮瓣覆盖创面。病人取患侧卧位,皮瓣基部位于小腿后上方,后缘位于小腿后正中线上,前缘与创面边缘相连,其中无正常组织间隔,远端超过创面远侧 3cm,按创面大小画出皮瓣轮廓。在靠近腓窝处皮瓣后上切口,切开深筋膜,在小腿后正中线上找到腓肠神经及小隐静脉,将二者牵向外侧保护。钝性分离腓肠肌内外侧头肌间隙,然后分离腓肠肌内侧头与比目鱼肌,在腓肠肌的近端可见腓肠动脉由深面入肌,注意保护血管蒂。依次切开皮瓣的前及远侧,边切边将肌膜与皮肤间断缝合,完全掀起肌皮瓣,基部皮肤及肌肉不需切断。然后将肌皮瓣向前转移修复创面,供区创面取中厚皮片修复。

下 1/3 胫骨外露,用以胫后动脉皮支为蒂的小腿内侧皮瓣转移覆盖。以内踝后上 8cm 处为旋转轴点 O,根据 O 点到创面最远端距离标明皮瓣最远点 A,以胫骨内侧缘为轴设计皮瓣,标明近侧切口线。根据设计,先在皮瓣的一侧依次切开皮肤、皮下组织、直到深筋膜,在比目鱼肌与屈趾长肌间隙显露胫后动静脉,并在内踝上 3~10cm 内找到 2~3 个皮支动脉,注意保护,边切取边用 3~0 丝线将皮与深筋膜间断缝合几针。再切开皮瓣的另一侧及上下两端。将切取后的皮瓣转移,修复受区创面。血管蒂张力要适中,并严防卷曲、扭转,

供区创面用中厚皮片游离植皮。

2. 感染创面:不急于作肌皮瓣或皮瓣转移,先用温肥皂水冲洗创面,每日 2~3 次,每次 15 分钟,然后再用自拟“新圣汤”外洗,“腐尽生肌散”外敷。

新圣汤组成:金银花 10g,连翘 10g,黄柏 20g,大黄 6g,白芷 10g,栀子 10g,天花粉 10g,芙蓉 10g,蒲公英 10g,穿山甲 6g,紫草 20g,甘草 3g。

腐尽生肌散组成:乳香 10g,没药 10g,儿茶 10g,血竭 10g。上 4 味合一处为面,装瓷瓶中备用。

将新圣汤盛在脸盆中,加水 2000ml,武火煮沸数分钟后改用文火略煮即可,温度适宜时将患侧小腿放在脸盆上开始洗浴,温度低时可加温后再用,每次持续 30 分钟,晾干后创面内撒上适量腐尽生肌散,外敷凡士林油纱,然后用无菌敷料包扎。每剂新圣汤夏季可连续用 2 天,冬季可连用 4 天,在炉火上温热后洗浴。创面内长出新鲜肉芽时,按新鲜创面的治疗方法进行肌皮瓣或皮瓣转移。

治疗结果 本组 19 例,12 例就诊时间短、创面内尚无感染迹象,经彻底清创后,9 例行腓肠肌内侧头肌皮瓣转移覆盖创面,3 例用胫后动脉皮支皮瓣转移修复。1 例远段的胫骨外露用腓肠肌内侧头肌皮瓣转移修复后,皮瓣远端 3.5cm×1.5cm 的皮肤坏死,但深部筋膜成活,切除坏死组织、游离植皮后创面愈合。其余经过 7~24 个月的随访全部愈合,未再复发。另外 7 例就诊时间长,最长 1 例长达 1 年零 4 个月,其中 3 例合并慢性骨髓炎。全部用温肥皂水浸泡,新圣汤洗浴,腐尽生肌散外敷,最快的 7 天长出新鲜肉芽,最慢者 43 天才长出。然后再按新鲜创面的治疗方法做腓肠肌内侧头肌皮瓣或胫后动脉皮支皮瓣转移,经过 10 个月~4 年零 2 个月的追踪随访,创面全部愈合。

讨论 新圣汤外洗、腐尽生肌散外敷能较好地控制感染,为皮瓣或肌皮瓣转移创造有利条件。胫骨的开放性骨折及小腿内侧的皮肤碾压伤,早期处理不当造成骨外露感染,继发慢性骨髓炎,久之出现局部瘢痕、窦道、死骨和脓腔形成,造成局部血运很差。新圣汤、腐尽生肌散的应用取得了可喜的效果。方中金银花、连翘、蒲公英等能清热解毒、消炎、消肿、祛风散结;乳香、没药、血竭、穿山甲能活血、消肿、排脓生肌;并用大黄、黄柏、栀子来化毒、消肿,共奏活血化瘀、去脓生肌之效。

2. 合理运用腓肠肌内侧头肌皮瓣与胫后动脉皮支皮瓣,是手术成功的关键。腓肠肌内侧头起于股骨内髁上的三角形隆起,肌腹长约 22.3±3.43cm,向下移

行为跟腱,全长 $39.64 \pm 3.65\text{cm}$,跟腱长度通常略小于腓肠肌全长的 $1/2^{[1]}$ 。Morris 向腓肠内侧动脉注射荧光物质及美蓝,使皮肤染色,范围可达 $7.5\text{cm} \times 20\text{cm}$,皮肤下界可达肌肉下缘 $5\text{cm}^{[2]}$ 。因此,胫骨中段以下,腓肠肌内侧头肌皮瓣其末端皮肤血运较差,远段的胫骨外露勉强用腓肠肌内侧头肌皮瓣转移修复,易造成远端皮肤坏死,资料中皮瓣远端皮肤坏死 1 例即是如此。我们用以踝上 $3 \sim 10\text{cm}$ 内的胫后动脉皮支为血管蒂的小腿内侧皮瓣转移修复远段胫骨外露,很好地解决了这一问题。

参考文献

1. 郭世级. 临床骨科解剖学. 第 1 版. 天津: 天津科学技术出版社, 1990. 881
2. Morris Am. A gastrocnemius musculocutaneous flap. Br J plast surg, 1978, 31: 216 (收稿: 1995—07—21)

超宽二夹板 固定治疗前臂双骨折

邹培李贵*

成都军区昆明总医院 (650032)

笔者采用超宽二夹板固定治疗前臂尺、桡骨干双骨折,获得较好效果。现将 1991 年以来有资料记载的 51 例整理报告如下。

临床资料 本组 51 例中男 35 例,女 16 例;年龄最大 76 岁,最小 2 岁;均为新鲜闭合性骨折;上 $1/3$ 骨折 3 例,中 $1/3$ 骨折 25 例,下 $1/3$ 骨折 23 例;横形骨折 32 例,短斜形骨折 11 例,斜形骨折 2 例,青枝骨折 3 例,粉碎性骨折 3 例。

治疗方法 整复:根据骨折部位及移位情况采用相应的手法进行闭合整复。

固定器材:超宽二夹板(即掌、背侧夹板)两块,用柳木板制成。其宽度较前臂尺、桡径宽 1cm 左右,长度略短于肘横纹至腕横纹间距,形如上宽下窄的等腰梯形。并使之塑形向背侧有 6.5° 左右弧度,以适应前臂生理弧度。贴皮肤面衬毛毡或脱脂薄棉块。带柱中立托板一块。纱布绷带适量。扎带 $3 \sim 4$ 根。

固定方法:整复成功后,两助手继续维持牵引,据情包敷活血消肿止痛的外用药。分别放置掌、背侧板。用扎带捆扎 $3 \sim 4$ 道。X 线透视证实固定切实后,检查扎带松紧适宜,将前臂固定于带柱中立托板,置中立位悬吊胸前。

固定后即开始做握拳动作,开始功能锻炼。固定初期,每天检查一次固定松紧及指端血运,逐渐减为隔天一次。并适时调整扎带松紧。固定期间可配合中药内服治疗。固定 $4 \sim 8$ 周,X 线摄片及临床检查达到或接近临床愈合,去除固定。局部中草药熏洗,加强功能锻炼。

治疗结果 51 例中,1 例上 $1/3$ 横形骨折,因患者不能很好配合未能保持整复效果;1 例粉碎骨折整复不良而改用手术切开复位内固定。其余 49 例,均保持整复后效果,达到有效固定,未发生延迟愈合及不愈合。除少数病例出现张力性水泡外,未发生其它并发症。

讨论 尺、桡骨干骨折固定的要点是最大限度地控制骨折断端的相互靠拢和骨折断端的旋转。这样才能有效地保持骨折整复后的效果,预防固定后再度移位的发生。

为了维持骨折端的稳定,我们分析了前臂的特殊结构及尺、桡骨干双骨折固定的力学要求,采用超宽的掌背侧二夹板固定治疗前臂尺、桡骨干双骨折。其固定原理如下:

1. 掌背侧夹板固定可以获得较大的分骨力,从而防止了骨折断端的相互靠拢。同时,由于尺、桡骨上方向相反的分骨力的相互作用,使悬张于二骨之间的骨间膜处于紧张状态,从而增加了骨折断端的稳定性。而且,由于夹板超宽,变环形固定的力为掌背侧相向的力,这样便最大限度地将有有限力的扎带约束力转变为分骨的力,增强了阻止骨折端相互靠拢的作用。

2. 由于夹板超宽,使得在横轴上的力臂加长,因此,能够更大地获得抗扭矩的效果。从而有效地阻止了骨折断端的旋转移位。

3. 夹板长度几乎近于尺、桡骨全长,因此,能够获得足够的抗弯矩的力,有效地防止了骨折的成角移位。

4. 前臂中立位,是尺、桡骨干双骨折固定的最佳体位。因为在中立位时,尺桡骨的间隙最大,骨间膜处于最佳张力状态,两骨的骨间嵴相对峙,最有利于骨折端的稳定。

(收稿: 1995—07—21)

儿童桡骨颈骨折 伴骨间背神经损伤 6 例

宋洪波 单联明 栾康

山东省高密市整骨医院 (261506)

我院自 1987 年以来共收治桡骨颈骨折伴骨间背