

周围较清洁,避免以往石膏开窗之不便。

4. 该外固定架抗旋转及抗前屈后伸力较强,本组病例无一例发生旋转及前后成角畸形,它的针孔感染也较少,对组织损伤小,由于它的进针止于对侧骨皮质,不会损伤对侧的血管神经。

5. 该外固定架所用的螺钉直径0.6cm,钻入骨质很牢固,不易滑出,进针的部位一般在距离骨折处约4cm处最好,距离骨折处太远了,降低了骨折固定的稳定性,太近了容易引起感染。

6. 该外固定架结构合理,使骨折端获得静力加压(骨折初期),刚度大,刺激骨痂形成,至软骨痂形成后期硬骨痂形成早期松去压缩延伸锁钮,使支架动力化,达到动力加压,减少应力遮挡,成为一弹性固定的过程,使骨处于功能状态,有利于骨痂的生长、塑形和模造,促进骨形成,避免骨质疏松、肌肉萎缩,达到迅速恢复肢干功能的目的<sup>[6]</sup>。

7. 该外固定架可以使骨折端得到较好的制动,有

利于骨不连的愈合,加压可以使夹在骨折端的软组织坏死而被吸收,有利于骨折端的接触和愈合<sup>[6]</sup>。本组陈旧性骨折不愈合病例均得到临床愈合。

#### 参考文献

1. 于仲嘉. 实用骨科手术图谱. 安徽科学技术出版社, 1996. 206
2. 文朝, 范尚九. 单臂外固定架配合手法治疗胫腓骨骨折. 中国骨伤, 1996, 9(4): 31
3. 全国中西医结合治疗骨折经验交流座谈会. 骨折疗效标准草案. 天津医药骨科附刊, 1978: (试刊号): 32
4. 王旭生, 张应鹏, 陆元, 等. SGD骨科多功能外固定支架治疗严重胫腓骨开放性骨折76例报告. 骨与关节损伤杂志, 1996, 11(1): 22
5. 于仲嘉, 刘光汉, 张志占, 等. 单侧多功能外固定支架的临床应用. 中华骨科杂志, 1996, 16(4): 212
6. 陆裕朴, 胥少汀, 葛宝丰, 等. 实用骨科学. 北京: 人民军医出版社, 1993. 266

(收稿: 1998-01-15; 修回: 1998-06-25)

## 筋膜血管蒂骨瓣植骨治疗月骨坏死

苏丽繁 曹辉\* 朱廷玉

吉林省辽源市中医院 (136200)

近年我们采用带血管的筋膜蒂骨瓣移植,治疗早、中期月骨缺血性坏死6例,疗效满意,现报告如下。

临床资料 本组6例中男4例,女2例;单侧4例,双侧2例;发病原因不明。术前均有腕部疼痛,腕背侧轻度肿胀、压痛,活动功能明显障碍,握力减弱18kg左右。X线片示:月骨密度增高,但无塌陷及节裂,其它腕骨及其排列无异常。

治疗方法 臂丛麻醉,上驱血带。头状骨—月骨关节的腕背侧做一纵形切口<sup>[1]</sup>,将桡侧腕伸肌腱及拇长伸肌腱向桡侧牵开,显露腕背侧血管网,制作血管瓣,血管瓣尖端携带第二或第三掌骨底部骨片,根据血管蒂移植的距离结扎尺动脉侧或桡动脉侧的血管分支,进行以另一侧的血管为蒂的骨移植。将月骨背侧钻一小孔,刮除坏死骨,植入带血管蒂的筋膜骨块,缝合关节囊,依次闭合切口。术后腕关节取功能位,用前臂管型石膏固定3月,鼓励手指活动。

治疗结果 术后3个月X线观察,月骨密度基本

恢复正常,骨小梁排列清晰。随访6个月~3年9个月,患者均已参加原工作,腕关节无痛,肿胀消失,稳定有力,握力平均增加至23kg。腕关节伸屈幅度大多接近或恢复正常。

讨论 本文6例术后3个月月骨均已恢复活骨结构,并获得无痛、稳定的腕关节,腕关节功能也大多恢复正常,疗效满意。本方法优点:不破坏正常的腕关节结构,使其保持原来的稳定性。带血管蒂筋膜骨瓣植入改善了月骨的血运,促进坏死月骨的新骨替代及与移植骨块的融合。

适应证:本法我们只用于月骨坏死的早、中期,对月骨已有塌陷、碎裂者是否适用有待进一步探讨。

#### 参考文献

1. 金明新, 等. 腕头—月关节融合治疗月骨缺血性坏死12例报告. 骨与关节损伤杂志, 1995, 10(2): 106

(收稿: 1996-05-15; 修回: 1996-09-23)

\* 辽源市中心医院