

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^[6]。

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^[6]。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^[1], 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