

曾有人认为, Colles 骨折愈合后虽残留畸形, 但对腕关节功能影响小, 没有必要强求解剖学复位。近年来, 许多学者通过长期随访, 发现畸形愈合患者多有关节活动受限、疼痛、握力低下等后遗症, 而解剖复位的患者其腕部功能恢复良好, 认为腕部功能障碍与畸形有直接的关系, 并指出不稳定型 Colles 骨折治疗的关键是防止骨折再移位^{[7][8]}。但国外的外固定器疗法并发症的发生率较高, Sanders 等报导的直接与外固定针有关的并发症高达40%^[9], 限制了外固定器疗法对不稳定型 Colles 骨折治疗的应用。

由于肌肉收缩所产生的轴向压力为 Colles 骨折再移位的主要原因, 我们通过闭合骨骼穿针复位固定器外固定超腕关节牵引的方式, 对抗前臂肌肉收缩所产生的轴的压力, 克服了传统外固定因缺少纵向牵引力易导致不稳定 Colles 骨折再移位的缺点, 用压板的间接横向作用力, 保持腕关节的轻度掌屈, 调节正常的掌倾角度。由于本疗法配合压板, 故穿针少(2枚), 针径细(直径2.0mm), 穿针部位无重要血管神经, 穿针安全, 可调节性强, 并发症少。从本组病例的临床结果来看, 对再度移位的不稳定型 Colles 骨折全部达到解剖或近解剖复位, 功能恢复良好, 优良率为90.9%, 是治疗不稳定型 Colles 骨折的一种简便而有效的新方法。

参考文献

- 1) 孟和. 中国骨折复位固定器疗法. 北京: 北京医科大学. 中国协和医科大学联合出版社. 1993, 124
 - 2) Gartland JJ, Werly CW. Evaluation of healed Colles fractures. J Bone Joint Surg (Am). 1951, 33: 900
 - 3) 裴世静. 800例桡骨远端骨折的发病分布调查. 骨与关节损伤杂志. 1989; 4 (4): 205
 - 4) Roumen RM. Unstable Colles fractures in elderly patients. A randomised trial of external fixation for redisplacement. J Bone Joint Surg (Br). 1991, 73 (2): 307
 - 5) 新安民. 老年不稳定型 Colles 骨折再复位的探讨. 实用外科杂志; 1989, 9 (4), 221
 - 6) Palmer AK and Werner FW. Biomechanics of the distal radioulnar. Clin Orthof, 1984, 187: 27
 - 7) Kopylov P. Fractures of the distal end of the radius in young adults: a 30-year follow-up. J Hand Surg (Br), 1993, 18 (1): 45
 - 8) 斎藤英彦はか. Colles 骨折と区別されるべき各種桡骨末端骨折の治療とその問題点. 日整会 (日), 1978, 52: 1411
 - 9) Sanders RA. External fixation of distal radial fractures: results and complications. J Hand Surg (Am), 1991, 16: 385
- (收稿: 1999-06-30)

桡侧可塑夹板加皮牵引治疗第一掌骨基底骨折

方留军

(富阳市新登中医骨伤科医院, 浙江 富阳 311404)

笔者自1993年起采用桡侧可塑夹板加皮牵引治疗第一掌骨骨折38例, 收到了满意的疗效, 现报告如下。

临床资料

本组38例中男25例, 女13例; 年龄18~55岁。右侧28例, 左侧10例。伤后就诊时间2~15天。固定时间最短24天, 最长为60天。38例中有12例属于本奈氏骨折, 20例患者为外院治疗后要求非手术治疗而来本院。

治疗方法

1. 固定材料的制备: 备宽3~4cm, 长约25cm 杉树皮一块, 长约80cm 的16号铅丝一条, 胶带及绷带, 压垫若干, 橡皮筋数根。把铅丝弯成“U”形, 宽度与夹板适中, 近端与杉树皮用胶带粘合在一起, 因铅丝有韧性, 可弯曲成所需外展角度的夹板, 夹板内侧可衬以加压垫。

2. 整复方法: 以右侧为例, 患者取坐位, 术者立于

患侧, 用右手四指握住患者拇指向远侧及桡侧拔伸牵引, 并将第一掌骨头向桡背侧推扳, 左手固定腕部, 拇指用力向掌、尺侧压顶骨折成角处, 使骨折脱位复位。

3. 固定方法: 复位前, 患指皮肤清洁, 涂以安息香酸酞。用宽约2.5cm 橡皮膏胶条粘于拇指内外侧, 近端不超过骨折线, 远端予回形针做一“S”形拉钩以备用。复位后, 助手可在骨折端背、桡侧放一加压垫, 胶条固定。缠以绷带数层于手背及前臂, 放上可塑夹板, 用橡皮胶粘固于前背桡侧, 再缠以绷带, 橡皮胶加强固定, 在“S”形拉钩的铅丝远端套上橡皮筋数条, 保持牵引力量及方向, 力量视骨折重叠情况及患者的耐受力而定。

4. 术后管理及功能锻炼: 术后颈腕悬带吊于胸前, 保持中立位, 注意早期牵引力量不宜过大, 待适应后加大力量。早期可作指间及肘关节功能锻炼, 定期检查胶

带有无松脱及牵引力量的情况，及时调整。X线片定期复查复位情况，加以调整牵引方向和力量。3周后可拆除牵引，单纯予以固定，4~6周后拆除外固定，加强手指及腕关节功能锻炼。

治疗结果

疗效标准：优：骨折达解剖复位，掌腕关节无畸形，拇指对掌，内收、外展功能正常。良：骨折达近解剖复位或掌腕关节有轻度畸形，拇指对掌，内收、外展功能正常。差：骨折对位差，掌腕关节明显畸形，拇指对掌，内收、外展功能受限。

治疗结果：本组第一掌骨基底部骨折26例，门诊随诊4个月以上者23例，按上述标准，优21例，良2例。本蔡氏骨折12例，经5个月以上门诊随诊10例，按上述标

准，优9例，良1例。

讨论

第一掌骨基底部骨折和本蔡氏骨折治疗难点在于复位后不易保持，如单纯按照 Everts (1983) 指出采用闭合复位短臂石膏管形拇指外展30°外固定，往往由于不稳定而导致失败。本组病人中有20余例病人皆属此例，而单纯牵引又因方向不易掌握且需住院治疗，效果欠佳。笔者采用此法取长补短，予以桡侧可塑形夹板以解决外展角度的需要，另外可衬加压垫，作以皮牵引以平衡拇长屈肌及拇内收肌的牵拉力，保持复位情况，致使取得较好的疗效。

(收稿：1998-06-11)

单侧外固定支架治疗股骨不愈合

钱列民

(象山县中医院骨伤科, 浙江 象山 315700)

股骨干骨折造成骨不愈合，临床上时有发生，且治疗上各有不同的方法。本人从1993年以来收治12例股骨干骨折不愈合病例，均采用单侧外固定支架加植骨治疗，取得较为满意效果。

临床资料

12例股骨不愈合骨折均由外伤所致的中1/3段骨折。均符合骨折不愈合的诊断标准。伤期最短为13个月零4天，最长为26个月。男8例，女4例。年龄最大者51岁，最小者9岁。按X线分型：肥大型3例，萎缩型5例，骨缺损4例，12例均有不同程度的皮肤瘢痕粘连，肌肉萎缩和膝关节僵直，12例中除2例未做切开内固定外，10例均做过不同类型的切开内固定术，其中有4例做过二次以上手术。

治疗方法

1. 治疗方法的选择：肥大型骨干无明显短缩者：切开复位+髂骨植骨+外固定支架；萎缩型有骨缺损者和骨干明显短缩者，切开复位+自家半侧腓骨和髂骨髓腔内移植+外固定支架。

2. 手术方法：均采用股骨前外侧切口或原切口，遇有皮肤瘢痕粘连严重的则沿股骨骨膜下锐性剥离，彻底清除骨折断端间硬化纤维组织，并松解断端与周围组织粘连，修整骨断面，将两断端髓腔凿通，对无明显股骨干短缩的单纯用髂骨块在断端周围植骨，骨干短缩者用自家半侧腓骨置于二断端髓腔内以延长股骨

长度，周围辅以髂骨块植骨。(本组最长延长5cm。)膝关节强直者，行关节粘连松解术。膝关节置于135°左右位置，沿股骨干中轴线距断端4~5cm(避开原有螺丝孔)处，经皮垂直穿入外固定支架螺钉，上下各二枚，适当延长螺钉入口，以到膝关节的屈伸，放置外固定支架，适当地给断端加压。术后第二天即可行床上功能锻炼及主被动的膝关节功能锻炼，1周后可扶拐下床行走锻炼，步行时要注意主动地使患肢加大负重。

治疗结果

1. 愈合标准：患肢原有骨折处不痛，无压痛，无纵向叩击痛，可自主抬起患肢抗重力；X线片正侧位均显示均匀一致的骨痂已通过骨折线，连接了骨断端。

2. 愈合时间：由术后至达到上述愈合标准计算时间(表1)

表1 12例平均愈合时间(天)

类型	方法	例数	平均愈合时间
肥大型	髂骨植骨 支架固定	3	48
	髂骨植骨 支架固定	5	52
萎缩型	腓骨植骨延长		
骨缺损	髂骨植骨延长髂骨 植骨支架固定	4	91