

带旋髂深血管髂骨皮瓣治疗胫骨外露并骨不连

李秋实 冯承臣 刘茂文 陈沂民 杨殿玉 徐前锋 徐建东

(解放军 146 医院,山东 临沂 276003)

我科自 1994 年以来采用带旋髂深血管髂骨皮瓣治疗胫骨外露并骨不连 29 例,经 1~3 年随访,效果满意,报道如下。

1 临床资料

本组 29 例中男 18 例,女 11 例;年龄 21~52 岁;左侧 15 例,右侧 14 例;中段骨折 10 例,中下段骨折 19 例。第一次行钢板内固定、石膏外固定 20 例,半环槽式外固定架 5 例,跟骨牵引、小夹板固定 4 例。创面最大 7 cm × 5 cm,最小 3 cm × 2 cm。从第一次手术至本次手术时间 10~18 月。

2 治疗方法

采用椎管内麻醉或全身麻醉,手术分 2 组同时进行,一组取复合组织瓣:据小腿创面大小用无菌美兰在髂前上棘处设计皮瓣,改良 Smith-perterson 切口入路,切开皮肤、皮下及深筋膜,注意保护股外侧皮神经,先显露股动脉,找出旋髂深动脉起点,沿其走向解剖,必要时切断腹股沟韧带,术后再缝合。解剖至旋髂深血管在髂嵴的附着点,连同瓣皮瓣、皮下、部分肌肉组织及骨膜,凿取大小合适的髂骨块,湿纱布保护皮瓣及血管蒂。一组扩创小腿创面,切除皮缘 0.5 cm,地毯式彻底扩创,外露胫骨用骨凿凿去薄薄的一层,双氧水、洗必泰分别浸泡 10 分钟,上下延长切口,凿除无效骨痂,拆除原内固定物、打通两骨折端髓腔进行复位,于骨折上下端胫骨前内侧凿取一与髂骨瓣相适应的骨槽,于小腿外侧解剖出大隐静脉,于内侧解剖出胫前或胫后血管。于旋髂深动脉起点处结扎,取下复合组织块,将髂骨块植入骨槽,用 2 枚螺丝钉固定或钢丝、10 号线捆扎。旋髂深动脉与胫前或胫后动脉吻合,伴行静脉与大隐静脉或胫前、胫后静脉吻合,见血运良好,缝合皮瓣。术后用外固定架 23 例,用管型石膏开窗 6 例。

3 治疗结果

一例出现静脉危象,皮瓣浅层坏死,经换药,邮票植皮治愈,余均 2 周拆线,愈后出院。术后 2 个月复查 X 线,见有少量骨痂生成,3 个月骨折线模糊,4~6 个月骨折线消失,去除外固定架或石膏,弃拐行走。随访 1~3 年,局部无压痛及纵向叩击痛,踝关节活动正常。

4 讨论

对于胫骨中下段骨折发生骨外露并骨不连病例,传统的治疗方法分二次手术治疗,先转移邻近皮瓣消灭创面,三个月后再次行切开复位游离植骨,并重新内固定,费时费力,且并发症多。我科采用带旋髂深血管髂骨瓣加皮瓣治疗胫骨骨外露并骨不连,所植髂骨块有丰富血运,能有效地促进骨折愈合。本组 29 例,骨折全部愈合。其作用机理主要有:植骨作用:是沟通骨折端两侧成骨活动的桥梁,通过爬行替代方式修复坏死的骨小梁;供血作用:为骨折断端提供了新的血供来源,既可改善骨折断端的血运,增加抗感染能力,又促进骨折的修复。

选择带旋髂深血管的髂骨皮瓣,有以下优点:此血管解剖位置恒定,变异少,外径粗,蒂长,术中易辨认和解剖,手术采取仰卧位,适合受区的需要。进入髂骨的营养支多,血供丰富,并能供应较大面积的皮瓣,我们最大取到 8 cm × 6 cm,并见髂骨块、皮瓣渗血活跃。一次手术即可,避免病人再次手术之苦。术中应注意:显露旋髂深血管时,应仔细操作,动作轻柔,最好顺血管走向分离,避免损伤。保留髂嵴内板上的骨膜及少许肌肉,以免损伤其营养支。吻合血管要仔细,确保其通畅。手术时机:应在感染创面控制以后,进行手术。

(编辑:李为农)

儿童陈旧性孟氏骨折合并桡神经深支损伤

鲍宜周 傅元贵 薛金汉 张玉武

(东海县人民医院骨科,江苏 东海 222300)

儿童陈旧性孟氏骨折合并桡神经深支损伤并不多见。我们自 1985~1995 年间共收治此类损伤 12 例,报告如下。

1 临床资料

本组男 9 例,女 3 例;年龄 5~14 岁;跌伤 8 例,车祸 3 例,砸伤 1 例。就诊时间伤后 3~18 周,其中伤后 4~6 周占 8 例。骨折类型:全部病例均为伸直型闭合性损伤。神经损伤情况:12 例均为完全性桡神经深支损伤,其中 2 例合并桡神

经浅支损伤。

2 治疗方法及结果

所有病人均行手术治疗。对骨折脱位的处理:行开放整复,环状韧带修复或重建 4 例,未行环状韧带修复或重建,仅用克氏针固定者 8 例。12 例中仅 3 例作了桡神经深支探查松解。术后 3 周拔除固定桡骨头克氏针术后 6~8 周拆除石膏,中药熏洗并进行肘关节康复锻炼、理疗。经 6 月~8 年随