

注射针头经皮固定治疗掌指骨开放性骨折

朱震宇
(晋江市中医院, 福建 晋江 362200)

笔者近年来运用注射针头经皮固定的方法治疗掌、指骨开放性骨折, 疗效满意, 现报告如下。

1 临床资料

本组 40 例均为开放性骨折, 男 38 例, 女 2 例; 年龄 16~ 62 岁; 受伤时间 15 分钟~ 3 小时; 掌骨骨折 16 例, 指骨骨折 24 例; 合并肌腱损伤 22 例, 合并单侧指固有动脉断裂 8 例。

2 治疗方法

创面清创后, 骨折端予以复位, 左手维持骨折端的复位, 右手拇、食指持 7 号或 9 号注射针头的针栓部位, 将针尖经皮肤插入, 注意避开重要血管及神经, 针尖抵达骨质后, 右手指夹紧针栓, 边左右回旋边向下用力, 使针尖钻入骨折远端骨质, 过骨折面后达骨折近端骨质, 使针杆将骨折端固定。检查骨折端的固定情况, 若骨折端的固定欠稳定, 则可以用相

同的方法, 再插入 1~ 3 枚针头, 再插入的针头与第一枚针头的针杆间尽量互为交叉。骨折端固定稳固后, 针栓的尾孔用 75% 的酒精棉球填充, 创面及合并伤按常规予以处理。

术后摄 X 线片检查复位情况, 若骨折端存在有轻微成角移位, 则可以通过手法直接按压来纠正移位; 若骨折端存在有轻微旋转移位, 则将针头进针处及针杆予碘酒、酒精消毒, 术者戴无菌手套, 把针头拔出少许, 估计针尖退至骨折面以上时, 手法纠正骨折端的旋转, 或直接用针头带动骨折远端纠正旋转后, 将退出的针头再次钻入, 重新固定。

术后抗生素治疗 1 周, 伤口 12 天拆线, 固定用注射针头 4~ 6 周拔除。

3 治疗结果

40 例中解剖对位 26 例, 近解剖对位 10 例, 对位欠佳 4 例, 对位欠佳者均

为较严重的粉碎性骨折。骨折端均无再次移位, 无感染, 均达到临床愈合, 术中无断针及术后无取针困难。

4 讨论

注射针头经皮固定治疗掌、指骨开放性骨折, 其实质是以针杆代替克氏针起到固定骨折端的作用, 但术中操作更为简单, 术者只要稍用力就能将针头顺利钻入骨质, 不需要特殊固定器械和助手帮助, 对一些较小的骨片也能很好地固定, 可靠性强, 术后可二次调整骨折端的固定。由于进针点避开了创面, 因此有助于合并伤的妥善处理, 部分病人拆线后即可进行功能锻炼, 不需二次手术取固定物。

固定术后, 针杆杆芯即被血痂封堵, 故不致由此引发感染, 术中需注意的是, 固定用注射针头以针尖锐利为好, 以利于顺利进针。

(编辑: 李为农)

无移位距骨骨折的诊治

林世阳
(惠安县中医院, 福建 惠安 362100)

1990 年至 1997 年共收治疗 35 例无移位的距骨骨折, 其诊疗体会总结如下:

1 临床资料

本组 35 例中, 单纯性距骨骨折 7 例, 其中有 5 例是复诊时确诊的; 并内踝骨折 9 例; 并外踝骨折 4 例; 并前踝骨折 8 例; 陈旧性骨折 7 例, 其中有 6 例是合并内外踝骨折, 在外院未确诊, 一个月余就诊发现的, 1 例是因病人不重视治疗而延误的。

2 X 线诊断

距骨是不规则骨, 形状奇特, 与胫骨、腓骨、跟骨及舟状骨等构成关节, 深居踝穴, 体表不易触及, 只有跖屈时才

触及前踝下的距骨头, 故一般踝关节正侧位片, 对距骨骨折常常不易看清, 特别是对距骨头颈处骨折, 因其头颈解剖位置向内侧倾斜 20°, 故常因骨折线重叠而更不易看清, 对于怀疑有距骨头颈部骨折应拍踝跖屈内斜 45° 位, 且球管应向前外倾斜 20°, 使球管 X 线尽量与距骨颈相垂直, 这样就能拍出距骨头颈部清晰的骨折线。对于侧位或内斜位片显示骨小梁不连续者, 应高度怀疑, 一般创伤一个月后再拍片复查, 常可见到清晰的骨折线, 必要时可行 CT 断层扫描, CT 一般可以清晰地显示出骨折线, 以便早期治疗。本组 35 例中, 头颈部骨折 27 例, 体部骨折 8 例。

3 治疗

3.1 急性期 制动, 予夹板或石膏固定, 以促进炎症的消退。配合中药运用活血理气止痛等辨证施治。

3.2 慢性期 (1) 勿早期负重, 因其关节面多, 距骨的滋养血管少, 其血运差, 愈合的时间一般会推迟 20 天, 过早负重常会发生迟缓愈合, 其中有 8 例未能早期发现治疗, 有 2 例因过早负重, 而致迟缓愈合, 其愈合时间平均 3 个月, 这 10 个病例中随访 8 例 5 年, 均发现遗留或轻或重的关节肿痛史。(2) 中药外洗, 对恢复关节功能, 改善局部循环, 促进骨痂形成, 起着积极作用。 (编辑: 李为农)