

是否伴有神经、血管损伤,一旦确诊即应手术探查。不计后果的手法反复复位,不但无法维持骨折稳定,甚至加剧局部的损伤,延误手术时机,导致肢体缺血坏死或永久性功能丧失。(3)对该类复杂性骨折内固定材料的选择,普通钢板髓内钉无法使该类骨折获得确实固定效果,更无法维持骨折的良好对位。经我们自行设计半环式梯型钢板,则特别适合长骨严重粉碎性骨折的内固定要求,它的主要优点为:其一、该钢板呈半环状,对各种粉碎性骨折,具备强有效的解剖复位,并维持至骨折牢固愈合,从根本上克服了此类骨折内固定后,可能出现的短缩、分离及成角与旋转畸形之早晚期合并症。其二、通过该钢板两臂一端各一个瓜子形钉孔的加压作用下,可使整个骨折断端获得对称均匀的加压作用,从根本上克服了目前钢板做内固定时,所出现偏离中轴固定、导致钢板弯曲、折断、拔钉及固定对侧骨端张裂等缺点。(4)对合并神经、血管损伤的骨折,在选择手术入路时,应从损伤平面相应肌间隔进入,显露损伤的神经、血管及骨折部并作一期修复。对于此类复杂性骨折,不适合伤情的手术入路,往往造成医源性神

经、血管损伤,同时也无法满足粉碎性骨折、损伤性神经、血管的一期修复。(5)此类复杂性骨折,所继发的骨筋膜室综合征,应不失时机地作各肌间隔切开减压,同时对支配各肌群肿胀、瘀血明显的神经肌支及神经主干,也应在显微镜下打开神经干及神经肌支神经外膜,并用吸有静脉盐水注射器冲洗干净神经干及神经肌支内的积血块及其它的渗出物,这样受累神经干及神经肌支内环境可获得重新恢复,对预防受累神经床疤痕形成,促进神经恢复,无疑为一种有效措施。

参考文献

[1] Winquist RA, Hansen JR ST, Clawson DK. Closed intramedullary nailing of femoral fractures: A Report of five hundred and twenty cases. J Bone Joint Surg, 1984, 66A: 529-539.
 [2] 刘兴炎,葛宝丰,文益民,等.半环式梯型钢板治疗股骨干粉碎性骨折.中华骨科杂志,1996,16(9):545.
 [3] Fried G, Salerno T, Burke D, et al. Management of the extremity with combined neurovascular and musculoskeletal trauma. J Trauma, 1978, 18:481-486.
 [4] Luce EA, Griffer WO. Shotgun injuries of the upper extremity. J Trauma, 1978, 18: 487-492.

(收稿:1998 06 11 修回:1999 02 10 编辑:李为农)

• 短篇报道 •

中西医结合治疗小儿肘内翻畸形

闫大德 闫业龙 闫业军 闫业伟
(临泉县城关医院,安徽 临泉 236400)

1985年至1995年,共收治小儿肘内翻畸形40例,采取中西医结合方法矫正畸形,效果满意,现报告于下。

1 临床资料

本组40例中男28例,女12例;年龄5~14岁;左侧13例,右侧27例;肘内翻畸形时间2~8年,畸形程度25°~45°。

2 治疗方法

2.1 手术治疗 沿肱骨外髁嵴,外侧入路,切开皮肤皮下组织及筋膜,将肱桡肌牵向前内侧,注意勿伤神经,再将肱三头肌牵向外后方。对骨膜不作广泛剥离而显露肱骨髁上部分,以使截骨端得以稳定。楔形截骨,矫正内翻,同时要注意矫

正旋前及前后成角畸形。截骨时内侧骨皮质保持其连续性,有利于截骨端的稳定。不需内固定,术后以伸肘位全臂石膏前后托固定4周。

2.2 中药熏洗 细辛、丹参、威灵仙、海桐皮、透骨草、五加皮等16味中药。水煎每晚熏洗1次,每剂3天,每7剂为一疗程,一般2~3个疗程即可。

3 治疗结果

本组经治40例,按肘内翻畸形矫正恢复功能情况,分为:优24例,肘内翻畸形基本纠正,关节功能活动正常;良10例,肘内翻畸形大部分纠正,关节功能接近正常;可6例,肘内翻畸形部分纠正,关节活动度稍差。据2~4年临床追踪

观察,优良率达85%。

4 讨论

矫正肘内翻畸形术前应计算好矫正的角度,即内翻角的度数加上正常携物角的度数。截骨部位应以外上髁旁开1.5cm左右为最佳,过高截骨端不易稳定,愈合慢,过低易损伤关节及髁板。肘关节活动功能基本恢复,肘内翻超过20°较明显者,应早期手术矫正,以利患儿正常发育。

术后4周拆除石膏配合中药熏洗,更有利于截骨断端骨痂生长及骨愈合。本方洗剂能加强局部血液循环,活血化瘀,调整气机,促进手术创面及关节功能的恢复。

(编辑:房世源)