

多钢针张力带及早期中药熏洗治疗髌骨粉碎骨折

邹积文

(威海市人民医院, 山东 威海 264200)

我院自 1988 年 2 月~1996 年 8 月, 共收治髌骨粉碎骨折 28 例, 均采用多钢针张力带内固定, 加早期中药熏洗, 效果满意, 现总结报告如下。

1 临床资料

本组 28 例, 其中男 19 例, 女 9 例; 右侧 18 例, 左侧 10 例; 年龄为 22~62 岁; 顶撞伤 8 例, 跪跌伤 18 例, 打击伤 2 例; 开放伤 5 例; 骨折 5 块 15 例, 6 块 9 例, 7 块以上 4 例, 4 块以下因固定方法不同而未被统计; 均于伤后 2~24 小时内施行手术。

2 治疗方法

腰或硬膜外麻醉, 气囊止血带下进行, 开放骨折行常规清创。20 例行髌前横弧形切口, 8 例行髌内纵弧形切口。暴露骨折端后, 清除关节内积血, 尽量不使骨块游离或丢失, 已游离的骨块放盐水中浸泡备用, 对开放离开创口的骨折块, 经彻底清洗后放入 I 1000 新洁尔灭浸泡 30 分钟备用。然后仔细观察, 分清所有骨折块原来的位置, 决定将哪几个骨块串在一起。定好后, 用布巾钳或巾钳式复位钳, 将两块骨块对好位后钳夹固定, 穿入 2.0mm 钢针, 以针尖刚露出第二块骨块为好, 再将拟穿在一起的第三块骨块对好, 巾钳固定在前两块骨块上, 钢针继续前进, 仍以针尖刚露出第三块骨块为好, 以后以此类推, 把所有的骨块均穿成骨串。然后把所穿的骨串, 按髌骨原的形状复好位, 检查关节面是否平整, 满意后用巾钳把所有的骨串固定在一起, 逐一将所有钢针向前推进, 以达对侧髌骨缘, 把所有骨串互相交叉穿在一起, 剪除多余钢针, 靠上一端弯弯向后。每两条钢针分成一组, 0.8mm 钢丝绕过钢针, 髌前“8”字固定将结打在髌骨上缘。本手术所用钢针 3~4 条, 所穿骨串 3~4 串, 钢丝张力带 2~4 条。术后无任何外固

定, 24 小时后行股四肌功能锻炼, 3 日扶拐下地行走, 适当屈伸膝关节。10~12 日折线, 拆线后即用自拟中药方熏洗, 每日 1~2 次, 并逐渐加大屈伸膝关节功能锻炼力度。

3 治疗结果

本组 28 例 26 例得到随访, 最短 2 个月, 最长 10 个月, 平均半年。按陆氏^[1]评定标准, 其中优 17 例, 良 8 例, 中 2 例, 优良率为 92.3%。

4 讨论

多钢针张力带是术后早期功能锻炼, 预防关节僵直及创伤性关节炎的先决条件。髌骨骨折术后常见的并发症是关节僵直及创伤性关节炎, 造成两症的主要原因之一, 是过长的外固定, 使关节废用老化^[2]; 为防止废用和老化, 就必须克服早期功能锻炼过程中, 股骨髌对髌骨的顶撞和各韧带的牵张力。多钢针张力带将髌骨固定后, 即可克服上述两力^[3], 保持骨块间的稳定, 及早进行功能锻炼。本组所有病例一律不做外固定, 为早期功能锻炼, 防止关节老化提供了保证。

中药的熏洗可起到活血化瘀, 清除关节内的积血, 以及关节滑膜、韧带和周围组织的水肿, 使关节滑膜及早恢复其分泌和吸收的功能, 保持关节内的生理平衡, 恢复关节周围组织和韧带的柔韧性, 达到早期康复的目的。

参考文献

- [1] 陆裕朴. 部分切除治疗髌骨横断及一端粉碎性骨折的远期疗效. 中华骨科杂志, 1985, 5(5): 280.
- [2] 包锦昌. 髌骨骨折几种治疗方法的比较. 骨与关节损伤杂志, 1992, 7(3): 160.
- [3] 胥少汀. 改良张力带钢丝内固定治疗髌骨骨折的实验研究及临床应用. 中华骨科杂志, 1987, 7(4): 132.

(编辑: 李为农)

C 型臂下经皮多根螺纹针固定治疗老年股骨颈骨折

何国生 方策

(抚顺市中医院骨科, 辽宁 抚顺 113008)

我院自 1989 年以来开始采用在 C 型臂下经皮多根螺纹针固定治疗老年股骨颈骨折共 100 例, 总结报告如下。

1 临床资料

股骨颈骨折用螺纹针固定 100 例, 其中男性 58 例, 女性 42 例; 年龄 54~85 岁; 骨折类型: 基底型: 35 例, 颈中型: 34 例, 头下型: 31 例; 60 岁以上占 85% 左右。伤后距穿针手术时间, 大部分在一周以内进行, 最长不超过 2 周, 只有 2 例在

伤后一个月以上。

2 治疗方法

2.1 麻醉 大部分病人均在局麻下进行, 对移位明显、复位困难, 及全身状况、条件差的病人可采用硬膜外麻醉为妥, 尽量采用无痛下整复, 减少术中发生意外。

2.2 复位 股骨颈骨折均有不同程度的移位, C 型臂下手法复位, 能保证准确的复位, 复位好坏, 关系到穿针固定及骨折

愈合的效果。手法复位采用伸直牵引内旋法,如复位困难则选用屈曲复位方法。一般均能达到满意的对位,当复位满意后上下肢自动牵引固定架,伤肢固定在外展 25°~30°,内旋 15°呈牵引持续状态。

2.3 定位 在穿针前定位,以示进针的方向,左髌前皮外沿股骨头方向放置一枚克氏针,以示进针的方向及角度。

2.4 穿针方法 穿针前常规消毒,铺无菌巾,局部浸润麻醉后,直视下穿针,在大粗隆下方 2.0~3.5cm 处瞄准股骨头方向,即导针的方向首先进远侧端的针,由远及近进第 2~3 根针,第一根针贴股骨颈下缘皮质内方向进针,其倾斜角度越大,它的对抗剪力 and 压应力越强,固定的稳定性越强,2~3 根针并行或交叉进针均可,但针与针之间有一定间距,如紧贴影响固定效果。3 根针均达股骨头皮质下 0.5cm 为宜,切忌穿过头的软骨面。长出皮外的针尾用大克氏钳剪断,埋在皮下,不易过长,如过长在针尾部形成反应性滑囊及疼痛感。当穿针完毕后在电镜透视下看一下侧位对位情况及是否针在骨髓内。然后解除牵引架,其肢体回拉力,可使折端更趋靠拢密接。针眼用无菌敷料包扎。

2.5 术后处理 术后患肢外展位,穿防旋鞋可适当给 3~5 天抗菌素、预防感染,2 周后可在床上做髋及膝关节伸屈及肌

肉的练功,观察 1~2 周后即可出院,但患肢离床负重仍需 2~6 个月之后为宜。术后一个月 X 线摄片复查。待骨折愈合后取针。

3 治疗结果

本组病例中,无术中死亡病例,仅一例术后 21 天突发急性心梗、猝死,其它病例无术后及近期死亡,100 例病人中,随访联系 60 例,一年以上 50 例,2 年以上 10 例。其余失去联系,骨折愈合情况:在 X 线片上显示骨折线消失,有骨小梁通过折线,4~6 个月 54 例,6~12 个月 24 例,2 年以上 3 例。骨折不愈合及股骨头坏死共 12 例。其中骨不连及股骨头坏死的病人,有 3 例为陈旧性骨折,伤后一个月穿针,5 例为螺钉针松脱进入及脱出,中途取针,造成再移位。

4 讨论

螺钉针固定要点,第一根针即远侧针,力求比较倾斜而接近近压应力的力线,有模拟股骨距的作用,而第 3 根针即近侧针,则应向上偏离中心层,而第 2 根针即中间针位与两针之间以共同构成交叉状,防止横轴方向的旋转活动,弥补了远侧针不足,尤其远端的第一根针应尽量争取紧贴骨折端的下内侧骨皮质和股骨距,称之为贴边,能明显增强固定的稳定性,增大负重能力,其固定效果明显提高。

(编辑:李为农)

双张力带固定治疗肱骨髁间骨折

马险峰

(济宁市第二人民医院,山东 济宁 272149)

自 1987 年 10 月至 1996 年 8 月我院采用双张力带固定治疗肱骨髁间骨折 42 例,经随访肘关节功能满意。报告如下:

1 临床资料

本组 42 例,男 29 例,女 13 例;年龄 19~51 岁;开放骨折 5 例,闭合骨折 37 例。骨折类型:根据 Risborough 和 Radin 分类标准^[1]: III 型 36 例, IV 型 6 例。合并伤:尺神经损伤 2 例,桡神经损伤 1 例。同一肢体骨折 3 例,其中尺骨鹰嘴骨折 2 例,尺桡骨骨折 1 例。

2 治疗方法

取肘后“U”形切口,沿肘关节远端两侧,在尺骨嵴上相连接,游离尺神经,牵开保护之。尺骨鹰嘴截骨,近端带有肱三头肌腱,向上翻开,显露骨折。首先使髁间骨折正确对位,横穿一枚 4.0mm 的松质骨螺丝钉和一枚克氏针固定,使之变成髁上骨折。整复后,分别于内、外髁钻入 2 枚交叉克氏针固定肱骨髁与肱骨干。分别于内、外髁上嵴骨折线上方 1.0~2.0cm 内钻孔,然后用 0.8~1.0mm 的钢丝穿过骨孔,绕过克氏针尾端并收紧,使两侧形成张力带,同样松质骨螺丝钉、钢丝张力带固定尺骨鹰嘴截骨处,最后弯曲针尾,留 3~4mm 于皮下。伸屈肘关节,证实骨折固定牢固后,放置引流管,缝合切口。

3 术后处理

放置负压引流 24 小时,以减少积液、血肿形成和感染。术后 2~3 天开始握拳伸指活动,逐渐增大握力,达到改善肢体血液循环、消除肿胀的目的。术后 1 周,开始肘关节屈伸运动,同时进行肩关节和腕关节的功能锻炼,防止肩关节及周围肌肉粘连。自术后 3 周开始局部中药熏洗。方剂组成:当归、川椒、透骨草、伸筋草、红花、没药、乳香、续断、海桐皮、羌活等。每日 2~3 次,以达到壮筋益髓,疏利关节之功效。术后 5~6 周根据 X 线片骨折愈合情况,酌情取出内固定物。继续中药熏洗,加大肘关节活动范围。

4 治疗结果

随访 1.5~5 年,平均 2.8 年。根据门氏疗效评定标准^[2],优:22 例,肘关节屈伸活动范围在 85°以上(屈曲度不得小于 100°或以肘关节伸直位为 0°),无疼痛及其它症状。良:16 例,肘关节活动范围达到 60°,有轻度疼痛或其它不适。差:4 例,肘关节僵硬或仅有少许活动。术后并发症:3 例因克氏针尾遗留过长活动时疼痛,并刺破皮肤,剪短针尾后,症状消失,伤口愈合。1 例术后 4 个月发生不愈合,再次手术治疗。1 例浅表感染,行切开引流后痊愈。2 例肘关节前侧创伤性骨化,于 2 年后摘除骨化组织,同时松解肘关节,结果功能为良。2 例并发肘内翻,1 年后外翻截骨矫正,肘关节功能恢复满意。

5 讨论