

• 短篇报道 •

手术治疗髌臼底骨折合并髌关节中央型脱位

罗民¹ 李福¹ 刘天戟¹ 刘乃杰¹ 吴晓明²
(1. 白求恩医科大学第三临床学院, 吉林 长春 130031; 2. 磐石市医院, 吉林 磐石)

我们从 1990~ 1998 年收治陈旧性髌臼底骨折合并髌关节中央型脱位 38 例, 经手术折页式截骨, 克氏针固定, 术后牵引治疗, 取得满意疗效。

1 临床资料

本组 38 例中, 男 28 例, 女 10 例; 年龄 17~ 60 岁。骨折时间 4~ 12 周。合并股骨骨折 2 例, 合并肝破裂 3 例, 合并脾破裂 5 例。CT 及 X 线检查发现 6 例股骨头全部突入盆腔, 32 例部分突入盆腔。

2 治疗方法

硬膜外麻醉生效后, 垫高患侧骨盆, 取髂腹股沟切口, 沿骨盆内侧壁钝性剥离, 直至显露髌臼底骨折处。见髌臼底

骨折片向盆内侧掀起, 并已畸形愈合, 部分或全部股骨头突入盆腔。用骨凿凿断畸形愈合的髌臼底骨折片的内侧皮质, 使骨折片可以折页式活动, 通过牵引纠正髌关节脱位, 并使骨折片覆盖髌臼底, 恢复髌臼底的完整性。用 2~ 3 枚克氏针透过盆壁固定髌臼底骨折片, 见髌臼底修复完毕后, 清拭术野, 逐层缝合。术后卧床并股骨髁上牵引 8 周, 拍片见骨折愈合后, 拔除克氏针, 持拐负重行走, 术后半年弃拐行走。

3 治疗结果

38 例全部得到随访, 时间 12~ 48 个月, 平均骨折愈合时间 6 周。髌关节

功能: 31 例优良; 3 例尚可; 4 例差, 并有 3 例出现股骨头坏死。

4 讨论

我们术中处理畸形愈合的髌臼底骨折片时, 只凿断其内侧皮质, 使之可折页式活动, 这样即纠正了骨折的畸形愈合, 同时又减少了对骨折片血运的破坏, 因创面较小, 又减少了术中出血。克氏针的固定, 使骨折片在克服一定张力的情况下处于一种复位状态, 直至骨折愈合。术后的股骨髁上牵引, 在减轻股骨头压力的同时, 对骨折片的复位亦有一定辅助作用。

(编辑: 连智华)

单边式骨外固定器在骨不连接中的应用

毛瑞军 张翔
(吉林中西医结合医院 吉林 吉林 132012)

我科从 1996 年 9 月至 1997 年 8 月采用单边式骨外固定器治疗 18 例四肢长骨骨不连, 在促进骨折愈合和保持患肢长度方面取得了良好疗效。

1 临床资料

本组 18 例中, 男 12 例, 女 6 例。年龄 22~ 65 岁, 平均 44 岁。6 例发生在股骨干, 10 例发生在胫骨干, 2 例发生在肱骨干。本组病人均为骨折术后病人。其中 3 例做过 2 次手术, 其他 15 例做过一次手术。其中 8 例为内固定材料松动、断裂所致骨不连, 5 例为骨髓炎所致骨不连, 3 例为骨缺损所致骨不连, 2 例为不明原因所致骨不连。它们除共有的骨不连的临床表现外, X 检查可见骨折端有间隙, 折端硬化, 骨折面光滑清晰, 骨髓腔封闭, 骨质疏松, 骨痂间无骨小梁形成。

2 治疗方法

本组病人均采用单边式骨外固定器, 平行穿放直径为 0.6cm 的螺钉, 行断端加压固定的同时给予断端活骨块植入或松质骨材移植、血管束植入。在良好的麻醉效果保证下, 充分暴露骨折端, 彻底清除断端间瘢痕组织, 有限切除, 修整骨断端, 钻通上下骨端髓腔。在“C”型臂监视下, 距骨断端上、下各 3~ 5cm 处分别水平穿入(进针方向要求不高)。对于股骨骨不连, 断端清理后造成的骨缺损, 我科采用以旋股外侧血管降支为蒂的腓骨块及股骨大转子联合骨块移植。对于胫骨及肱骨骨不连, 我们常采用自体松质骨材填塞、血管束植入以改善局部血供。骨断端对合复位后, 将螺丝钉拧紧固定, 术后定期拍片复查, 随时纠正骨折对位、对线情况。操作方法的

基本要求: ①熟练神经的解剖位置, 要避免损伤大血管与神经。②严格无菌操作技术。③穿针部位既不能靠近骨折端, 又不能远离骨折端, 后者固定骨折力量不足。④穿骨针时严禁用锤击骨密质部分, 以免造成骨干劈裂。

3 治疗结果

18 例术后随访, 时间最短 3 个月, 最长一年, 平均随访 8 个月。16 例均达骨性愈合。1 例因年龄较大, 身体虚弱, 且长期卧床致骨质疏松, 术后 4 个月拍片, 骨折处未有明显骨痂生成。1 例因针道感染, 术后 5 个月骨折仍未达牢固愈合。

4 讨论

骨外固定器治疗骨不连接其方法简单、固定牢固、创伤小, 随时调整固定角度, 有利于骨及软组织的愈合的诸多优