

· 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

点。在临床工作中也发现了应用骨外固定器的缺点: ①连杆固定夹所固定的螺丝容易松动。即失去了控制骨折端对位的作用,使骨折移位并影响愈合。②固

定架结构较复杂,需继续改进,使操作简单化。③针孔感染必须十分重视。大部分感染表浅,而重度感染是极少数的,感染原因有: ①在没有较好的无菌条件下

操作; ②针进出口处皮肤太紧,局部容易感染; ③过度活动常引起针眼分泌物增加,加之护理不及时也是造成感染的一个重要原因。

(编辑: 李为农)

骨牵引弹力带治疗成人股骨干骨折

何伟 杨百凤 何万成

(杞县第二人民医院, 河南 杞县 475204)

作者自 1991 年以来,运用弹力带行侧方持续对抗牵引,治疗 115 例股骨干骨折病例,收到了良好的效果。

1 临床资料

本组 115 例中,男 67 例,女 48 例;其中股骨上段骨折 24 例、中段骨折 62 例、下段骨折 29 例;斜形骨折 55 例、横形骨折 41 例、粉碎性骨折 19 例。受伤至就诊时间:24 小时以内者 78 例,2~5 天者 30 例,6~15 天者 7 例。

2 治疗方法

2.1 骨牵引 依据骨折发生的不同部位选用不同的牵引点,牵引处皮肤严格消毒后,在局麻下安放牵引针,针眼处用无菌敷料保护,然后摆放好牵引架,将患肢置于架上,用大重量快速牵引法,争取

在 24 小时以内牵开重叠移位。

2.2 复位及弹力带侧方牵引 重叠移位牵开后,先用手法使侧方移位复位,然后根据原侧方移位方向安放好弹力带(市场销售的松紧布即可);一条置于上折段的下端、一条置于下折段的上端,向原侧方移位的相反方向牵引,牵引力的大小以不再发生移位为宜、或直接利用侧牵引自行复位,开始时用大力牵引,复位后维持量牵引(包括骨牵引),外用股骨夹板固定,最后叩击患肢足底使两断端相互对紧。

3 治疗效果

本组病例经上述方法治疗后达到解剖对位或近似解剖对位者 99 例,占总例数的 86%;对位 4/5 以上者 11 例,

10%;对位在 3/4 以上者 5 例,占 4%。膝关节功能完全恢复者 107 例,屈曲受限 10°者 5 例,受限 20°者 3 例。

4 讨论

对于股骨干骨折的治疗,小夹板控制不了的侧方移位加用弹力带进行持续侧方牵引,防止了压伤的发生,降低了侧方移位的复发率,提高了闭合复位的优良率,缩短了患者的就医时间。骨折断端的侧方移位是多方位的,而弹力带亦可向不同方向牵引,以满足侧方移位骨折复位的需要。目前,对于侧方牵引力的大小还没有定论;作者仅依靠透视观察调整弹力带的拉力,能否从中找出一定规律,尚待进一步观察研究。

(编辑: 李为农)

补阳还五汤加减治疗腰腿痛

翟献斌 王宗辉 申洪波 刘德胜

(泰安市中医院, 山东 泰安 271000)

1993 年 1 月~1998 年 1 月,作者用补阳还五汤加减治疗腰腿痛 128 例,效果满意,现报告如下。

1 临床资料

本组 128 例中男 97 例,女 31 例;年龄 15~65 岁;病程 2 周~4 年。腰痛 32 例,下肢痛者 18 例,腰腿痛者 78 例。临床诊断为腰椎间盘突出症 41 例,腰椎间盘突出术后 5 例,腰椎管狭窄 28 例,腰神经根管狭窄 21 例,梨状肌综合征 13 例,腰椎滑脱(III°以内)9 例,肥大性脊柱炎 11 例。

2 治疗方法

以补阳还五汤为基本方,药用黄芪 120g、赤芍 10g、川芎 10g、当归 10g、地龙 10g、牛膝 15g。肢麻者加鸡血藤;疼痛较甚者加乳香、没药;病程较长者加杜仲、熟地。每日一剂,15 剂为 1 个疗程,服药期间毋需其它疗法。

3 治疗结果

疗效参照国家中医药管理局 1994 年颁布的《中医病症诊断疗效标准》评定:治愈,腰腿痛消失,直腿抬高 70°以

上,能恢复原工作。好转,腰腿痛减轻,腰部活动功能改善。未愈,症状体征无改善。本组腰椎间盘突出症治愈 40 例,好转 11 例,未愈 0 例;腰椎管狭窄治愈 16 例,好转 3 例,未愈 2 例;腰神经根管狭窄治愈 10 例,好转 4 例,未愈 4 例;腰椎滑脱(III°以内)治愈 5 例,好转 1 例,未愈 3 例;梨状肌综合征治愈 9 例,好转 4 例,未愈 0 例;腰椎间盘突出症术后治愈 4 例,好转 1 例,未愈 0 例;肥大性脊柱炎治愈 7 例,好转 2 例,未愈 2 例。

(编辑: 连智华)