

股方肌蒂骨瓣嵌插植入治疗股骨颈骨折

罗成龙

(楚雄州中医院, 云南 楚雄 675000)

自 1996 年 7 月~1998 年 1 月, 我们采用股方肌蒂骨瓣嵌插植入法治疗股骨颈骨折 10 例, 取得较好治疗效果, 现报告如下。

1 临床资料

本组 10 例中男 7 例, 女 3 例; 年龄 19~40 岁。右 4 例, 左 6 例。头下型 3 例, 颈中型 7 例。Garden 分型: III 型 2 例, IV 型 8 例。10 例均为新鲜骨折。

2 治疗方法

硬膜外麻醉下施术。患者取半俯卧位, 按髁后侧切口由髁后上棘与股骨大粗隆连线中点开始, 经大转子顶点再转向股骨外侧下, 约长 15cm 左右, 逐层切开皮肤, 皮下组织, 阔筋膜, 牵开臀大肌和髂胫束, 暴露出诸外旋肌和坐骨神经。股方肌位于闭孔外肌与最小的子上、下肌之间, 游离股方肌至股骨粗隆后侧的止点, 在肌止点四周用电刀切开骨膜, 再用骨刀在切开骨膜处凿取约厚 1.5cm 的长方形骨块, 并与股方肌保持连接, 切断闭孔外肌与子下肌止点, 向内侧翻开, 暴露关节囊后壁, 沿股骨颈轴线方向切开发节囊, 暴露股骨颈骨折部和股骨头。在股骨大粗隆以下, 股骨外侧, 在直视下将计划经植骨槽以外的 3 枚可折式螺钉插入股骨颈远折端, 3 钉的位置是骨槽前、上、下各 1 根, 当 3 根钉尖刚暴露出远折端骨折面时, 检查 3 钉位置正确后, 将骨折复位, 继续将 3 根钉通过骨折线, 插入近骨折端固定。按设计好的位置, 沿股骨颈长轴凿一骨槽约 1.5cm×5cm×1.5cm, 在骨槽的近端向股骨头内用骨刀挖一骨穴约深 1cm, 将带股方肌蒂的骨瓣嵌插在股骨颈

的骨槽内。其骨瓣的粗隆端插入股骨头的骨穴内, 稍加锤击后即可嵌紧, 彻底止血, 不缝合关节囊, 切口逐层缝合并放置负压引流。术后不用外固定。患肢放置在伸髋位卧床休息, 一月后开始练屈髋活动, 直至 X 线片示骨折愈合, 方可下床扶拐行走。

3 治疗结果

所有病例均在 2~3 个月后痊愈, 未发现骨块脱落及影响髋关节活动的病例。拍片示骨折线消失即可取出螺钉。

4 讨论

股方肌蒂骨瓣移植术治疗股骨颈骨折, 在临床上应用已久, 但在过去的术式中对移植的骨瓣均需加用螺钉行内固定, 目的是防止骨瓣脱落。而我们所采用的嵌插植入法, 则不需要螺钉固定骨瓣。即可达到防脱目的。其作用机理是: 首先使移植的骨瓣宽度比所设计的骨槽宽出约 1~1.5mm, 这样当骨瓣嵌入骨槽内时, 就会对骨槽的两侧壁产生一定的张力, 然后, 再通过两侧壁对骨瓣产生的反作用力挟住骨瓣, 从而达到固定骨瓣的目的。另外, 将骨瓣的粗隆端插入股骨头的骨穴内, 通过骨穴的固位作用, 控制骨瓣脱落。因此本法具有如下优点: (1) 植入骨块稳固, 不易脱落。(2) 对骨瓣不需加用螺钉内固定, 从而避免股骨颈部二次手术。(3) 骨瓣嵌插紧密, 利于骨折愈合。(4) 在处理骨槽与内固定可折式螺钉关系时, 我们采用先将螺钉穿插至远端骨折面进行定位的方法, 使开槽不影响骨折固定, 固定不影响开槽, 在不需要任何 X 线透视的条件下, 成功地解决了二者的定位关系。

(编辑: 李为农)

钢针撬拨法治疗肱骨外髁翻转骨折

王献印 韩文朝

(濮阳市中医院, 河南, 濮阳 457003)

我院自 1990 年以来, 对 21 例手法治疗失败的肱骨外髁翻转骨折, 采用闭合钢针撬拨法治疗, 取得了良好效果, 现报告如下。

1 临床资料

本组 21 例中男 13 例, 女 8 例; 年龄 4~13 岁。右侧 7 例, 左侧 14 例。全部为新鲜闭合性骨折。

2 治疗方法

本组病例在全麻或臂丛神经阻滞麻醉下施术。麻妥后, 病人仰卧手术台上, 常规消毒铺巾。一助手固定上臂, 另一助手握持前臂及腕部, 置肘关节于 45° 前臂旋后位, 加大肘内翻

使关节外侧间隙增宽, 腕背伸以使伸肌群松弛。术者一手拇指固定骨折块, 防止其在钢针撬拨过程中滑动, 另一手自肘外上方经皮穿入 2.0mm 克氏针一枚, X 线透视下调整针尖位置, 针尖顶住骨折块内上缘向下方推顶, 固定折块的拇指指同时向内上方推压, 使翻转的骨折块准确对位。复位成功后, X 线透视下活动关节见骨折块稳定者, 行外翻旋后半伸直位石膏托固定。如骨折块不稳定, 由肱骨外髁外下方斜向内上方, 经皮交叉打入两枚克氏针固定, 透视下活动肘关节见折块稳定, 剪短折弯针尾埋于皮下, 酒精纱布覆盖针孔, 半伸直位石膏固定。3 周去石膏活动关节, 4~5 周拔除克氏针, 中药内服

外洗,促进关节功能尽快恢复。

3 治疗结果

本组 21 例,闭合复位失败 1 例,改行手术治疗。成功 20 例,其中解剖复位 16 例,近解剖复位 4 例。3~4 周后,复查,局部肿痛畸形消失,无压痛,骨折块无异常活动,X 线片显示有大量骨痂生长。3 个月至半年后随访,20 例全部恢复正常功能。

4 讨论

肱骨外髁骨折属于 Salter Harris 骨骺损伤的第 IV 型,为关节内骨折,骨折常伴有不同程度的韧带及关节囊撕裂,要求尽量达到解剖复位,如骨折复位不理想,常发生各种畸形和并发症,造成肘关节功能障碍。由于肱骨外髁骨折折块较小,不易捏拿,同时因前臂伸肌肌群的牵拉,骨块常呈翻转移位,整

复困难,即使勉强复位,也难以维持复位后的位置。采用闭合钢针撬拨复位固定容易获得成功。对于翻转移位严重,断端有软组织嵌入者,需手术治疗。

在钢针撬拨复位前,应首先熟悉局部解剖,分析受伤机制,通过 X 线片了解骨折块翻转移位的程度,严密消毒,然后在 X 线下进行复位,不能盲目的反复多次粗暴撬拨,否则将损伤关节软骨和周围组织,影响关节功能恢复。

肱骨外髁骨折多发生于少年儿童,局部血运丰富,骨折愈合快,固定时间不宜太长,一般 3~4 周即可。解除固定后,应加强肘关节主动活动锻炼,同时配合应用活血化瘀,舒筋活络中药内服外洗,促使瘀血吸收消散和关节功能恢复。严禁被动粗暴按摩,避免造成新的损伤,防止骨化性肌炎发生。

(编辑:李为农)

多维牵引治疗髌臼骨折合并髌关节中心型脱位

吕金山 吕士忠

(榆树市人民医院,吉林 榆树 130400)

笔者自 1996 年初开始采用多维牵引治疗 39 例髌臼骨折合并中心型脱位,疗效满意,报告如下。

1 临床资料

39 例中男 28 例,女 11 例;年龄 15~69 岁。随访时间 6~24 个月。交通事故伤 37 例,坠落伤 2 例。合并胸部挫伤 10 例,颅脑损伤 6 例。髌臼骨折按最新 AO 分类,主要为 A 型,骨折部位为前柱或前壁 23 例,后柱 9 例,后壁 2 例,横骨折 3 例,T 型 2 例,其中未累及负重顶的 25 例。脱位到整复时间平均 12 小时。对照另随机抽取 1990 至 1996 年 7 年间单纯股骨髁上及大粗隆侧方牵引病人 50 例做为对照组。

2 治疗方法

术前均拍骨盆正位,髌部内外旋 45° 片及 CT 扫描,了解骨折类型。然后根据骨折端交锁及旋转方向不同而用一侧或双侧髌前上棘及股骨髁上牵引,股骨大粗隆下粗螺钉牵引形成多维立体牵引。髌前上棘处牵引点是在髌前上棘向后向下各 2.0cm,在进针点用直径 2.5mm 的克氏针由内向外钻透髌骨,在克氏针上固定张力牵引弓,系上牵引绳,牵引绳的滑轮应位于牵引床的滑动杆上,使之可依据电视 X 线机观察而调整牵引方向,再闭合行股骨髁上牵引及大粗隆下粗螺钉侧方牵引。牵引重量髌前上棘处为 6~10kg,股骨髁上 20~25kg,大粗隆处 5~7kg。在髌臼及股骨头都准确复位后,牵引 3 周。拆除髌前上棘和大粗隆侧方牵引,股骨髁上继续牵引 3~5 周,直至 X 线显示髌臼骨折处坚固愈合。牵引过程中定期复查以防过度牵引。在牵引过程中做超早期髌关节主动活动,在确认髌臼及股骨头已复位后即开始,不仅减少粘连,更主要是帮助髌臼塑形,复位。

3 治疗结果

术后随访采用两种临床评判方法,一是 Kebasish 等根据髌关节出现骨性关节炎严重程度的 100 分评分法^[1],二是分

别拍三个标准位 X 线片(骨盆正位、髌部内外旋 45° 位),错位小于 2mm 为优,小于 4mm 为良,大于 4mm 为差,结果见表 1。

表 1 临床疗效统计表(例)

疗效	100 分评分法		X 线评分法	
	对照组	治疗组	对照组	治疗组
优	20	15	23	16
良	8	9	7	12
可	6	20		
差	5	6	9	22

4 讨论

髌臼骨折合并中心型脱位是暴力经股骨头传导使髌臼骨折,突出骨盆内。此类病人受伤时股骨头充当一个榔头作用,其旋转方向不同造成髌臼不同部位的骨折。最常见的前柱骨折脱位是由于髌关节外旋至少 30° 时造成的,其内旋则会造后柱的骨折,外展位则会累及髌臼顶部负重区,故骨折远端以向内上移位为主伴不同旋转和前后移位。由于骨盆附着肌肉较多,方向各异,骨折端逆向骨茬的阻挡,以及髌髌关节周围韧带的嵌顿,单纯股骨髁上和侧方牵引不易成功,股骨头往往为锯齿状的髌臼骨折段所卡住,不能复位。即使股骨头中心型脱位和髌臼向内上方移位可纠正,却不能纠正旋转移位,必然于髌臼内形成台阶,从而继发创伤性关节炎。而在髌前上棘处设一牵引后,即可用直接力量将骨折近端拉向外侧,缓解了阻碍复位的因素,使骨折端肌肉达到一定程度的弹性疲劳,松弛,减少对骨折端的牵拉作用,并使骨折段稍有分离,配合股骨髁上及粗隆下牵引,使头脱位整复变得极容易。同时在动态 X 线观察下调整髌前上棘牵引方向及重量又可在冠状面用直接力量纠正髌臼旋转移位。超早期牵引下运动靠股