

· 短篇报道 ·

骨外固定术后再骨折

李浩鹏 贺西京

(西安医科大学第二临床医学院, 陕西 西安 710004)

我科自 1992 年始用单臂多功能外固定架治疗四肢骨折 300 余例, 拆架后 2 例发生再骨折, 虽不到 1%, 由于其严重性, 应当引起人们重视。

1 病例资料

病例 1: 张 × ×, 男, 26 岁。住院号 368912。左肱骨干横断骨折外固定术后 3 个月, X 线片示骨折线模糊, 有连续性骨痂通过骨折线, 拆架。乘车时手抓扶手, 突然刹车, 再骨折。手法复位后夹板固定治愈。

病例 2 刘 × ×, 男, 43 岁。住院号 367842。左股骨干横断骨折外固定术后 5 个月, 局部无压痛及纵向叩击痛, X 线

片示骨折线模糊, 有连续性骨痂通过骨折线。拆架后下楼梯时再骨折, 呈轻度成角移位, 经牵引治愈。

2 讨论

2.1 关于拆架时间 我们认为时间仅能做为拆架的一个参考, 而不能做为一个依据。应当以 X 线片来决定何时拆架。

2.2 早期负重功能练习 骨关节长期固定可引起明显的骨和肌肉萎缩, 对骨的力学性质和骨折愈合有严重影响, 负重功能练习与骨的血运恢复, 矿物质沉积及骨的力学性质的恢复有密切关系, 是克服应力遮挡效应, 减轻骨质疏松, 防

止骨萎缩及再骨折的一个重要手段。我们主张在术后拆线即开始负重功能练习。

2.3 选择合适的钢针 钢针太细, 固定的牢固程度不够, 影响早期骨折端的微血管形成, 钢针太粗, 在骨折的后期引力遮挡效应明显, 均影响骨折的愈合进程。我们在固定骨折时近端选用 2 根 4.5mm 粗钢针, 远端选用一粗一细 ($\phi 3\text{mm}$) 钢针, 在骨折后期, 松动远端粗钢针与外固定架的连接, (注意, 不能拔除) 可有利于骨折愈合。拆架后应当注意保护骨折端, 用石膏或夹板保护 3 周。

(编辑: 李为农)

经皮撬拨弹力固定治疗 Barton 骨折

孙永强 邵 巍

(河南省中医院, 河南 郑州 450002)

1990 年以来应用克氏针撬拨弹力固定治疗 Barton's 骨折 6 例, 疗效满意, 现总结如下:

1 临床资料

本组共 6 例, 其中男 4 例, 女 2 例; 年龄 20~35 岁, 平均 28 岁; 前缘型骨折 4 例, 后缘型骨折 2 例。受伤后得到治疗时间 1 小时~7 天, 平均 27 小时。本组病例均为闭合骨折。

2 治疗方法

患者仰卧位, 术前常规皮消毒铺巾, 选用臂丛麻醉或局麻。后缘型骨折整复方法: 两助手顺势对抗牵引, 术者双手拇指抵于桡骨远端背侧骨块, 其余各指置于掌侧, 双手拇指用力向掌侧及远端推挤背侧折块, 同时令助手在持续牵引下掌屈腕关节, 听到骨折块复位的摩擦音及畸形消失后, 继续牵引维持。前缘型骨折整复方法: 在前臂旋后位牵

引下, 术者用两拇指抵在桡骨远端掌侧缘骨折块上, 其余各指放于前臂远端背侧, 双拇指用力向背侧及远端推掌侧折块, 同时令手背伸腕关节, 听到折块复位的滑动声, 检查畸形消失后牵引维持。在复位基础上, 透视下确定进针点及进针方向。后缘型骨折术者用拇指在背侧折块处分推其表面上的伸肌腱, 右手持针, 针尖沿左拇指指甲刺入皮肤, 顶住骨折块。前缘型骨折术者左拇指分推扣拉掌长肌腱移向尺侧, 右手持针, 针沿左拇指指甲刺入皮肤, 凭针感推拨肌腱从其间隙处进入顶住折块, 将克氏针钻入骨块, 再通过骨折线至对侧骨皮质下。包扎针眼, 针尾保留 2cm 长, 然后放置掌背侧夹板, 针从夹板孔中穿出, 再放置尺桡侧夹板, 依次捆扎约束带, 腕关节固定于中立位。将牵引带套在(连接背侧夹板远端两侧的弹力带)掌背部, 保持一定

张力。术后第二天可活动掌指手指间关节, 及时调整夹板松紧度和牵拉带的张力, 5 周后拔出克氏针, 继续夹板固定, 增加腕关节活动度。

2 治疗结果

本组病例 6 例, 均用上述方法治疗, 经 7 月~6 年的随访, 平均 29 个月。按骨折疗效标准草案评定^[1], 优 5 例, 良 1 例。无肌腱粘连和正中神经损伤等并发症出现。

3 讨论

本疗法采用了在手法复位的基础上, 经皮穿针, 弹性固定这一方法。夹板将腕关节固定于中立位, 减小了腕骨对折块的挤压力。通过腕关节的伸屈活动, 带动牵拉带, 向上牵拉夹板, 增加了克氏针的体外支点, 阻碍了腕关节伸屈活动时折块移位的趋势, 达到了功能锻炼和骨折复位固定于一体。防止了肌腱