

## · 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<sup>[1]</sup>, 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

粘连,肌肉萎缩,促进骨折愈合,本疗法进针时要熟练局部解剖,借助指力推拨肌腱,针从肌间隙进入防止损伤重要组

织。

参考文献

[1] 全国中西医结合治疗骨折经验交流座谈

会.骨折疗效评定标准.天津医药[骨科副刊]1978(试刊).

(编辑:李为农)

# 股方肌骨瓣移植治疗股骨头坏死2例

李少华 田继新 李红卫  
(郑州铁路分局医院,河南 郑州 450053)

近年采用股方肌骨瓣移植治疗股骨头坏死2例,治疗结果满意,介绍如下:

## 1 临床资料

例1,××,男,56岁。1991年因肾病综合征大剂量服用激素致左侧股骨头无菌性坏死,致股骨头破坏,塌陷,囊性变,髋关节活动基本丧失。例2,××,男,65岁。外伤性致股骨头无菌性坏死II期,髋关节功能基本丧失,疼痛剧烈,跛行,丧失劳动能力。

## 2 治疗方法

病人仰卧,患髋垫高与手术台呈45°夹角,选用Smilt Peterson切口显露髋关节,髂骨前部和股骨上段。在股骨大转子下约2cm股方肌附着点凿下一约2cm×2cm×1.5cm骨块(连带股方

肌),用盐水纱布包好备用。切开关节囊,在头颈结合部向股骨头方向凿一约2cm×1.5cm空腔,向内清除坏死组织。空腔的深度一般为2cm~2.5cm,坏死组织量一般为麻醉杯半杯。修理股方肌骨块,用去除的松质骨先填塞股骨头空腔周围,股方肌骨瓣填入空腔,松质骨再填塞在骨块周围。在股骨颈上钻孔,用羊肠线将部分股方肌固定在股骨颈,防止骨块脱出。按2cm×2cm×1.5cm大小在髂骨嵴取骨块,修补股骨缺损部分,用螺丝钉固定。用抗生素冲洗切口,止血,缝合关节囊,放置橡皮引流管,术后仰卧,持续患肢皮牵引6周。

## 3 结果

分别随访3年、2年,髋关节活动正

常,疼痛消失能长时间行走。

## 4 讨论

采用股方肌骨瓣移植填塞,可以减轻髋关节的损伤,用羊肠线将部分股方肌固定于股骨颈上,既可以防止移植骨块脱出,又可以避免再次打开关节囊取出内固定物。填塞的松质骨及骨瓣有丰富的血供,使股骨头的再生能力增强。用髂骨块移植来修补股骨缺损,有利于患者早期下地行走及负重,避免长期卧床引起的各种并发症,术中抗生素冲洗,放置橡皮引流管,预防感染,促进切口愈合。术后采用患肢持续皮牵引,时间为6周。这对股骨头移植骨成活及软骨面修复很有必要,6周后加强功能锻炼,8~10周扶拐下地行走,不负重。

(编辑:荆鲁)

# 经皮克氏针内固定治疗儿童桡骨颈骨折

张振龙 柳伟 刘其斌 雷利生  
(海城市正骨医院,辽宁 海城 114200)

作者自1992年3月~1995年8月采用手法加钢针撬拨复位,经皮克氏针内固定治疗移位成角30度以上桡骨颈骨折32例,有效地防止了前臂旋转及肘关节屈伸功能障碍等并发症,现报告如下:

## 1 临床资料

本组32例中,男19例,女13例;左侧11例,右侧21例;年龄6.5~13岁,平均8.5岁。骨折类型:骨折线呈斜型及横断型,桡骨颈向前移位成角30°以上,均为闭合性损伤,肘部肿胀未出现肱动脉受压,但合并桡神经深支不同程度损伤3例,伤后来院最短半小时,最长9天,有8例在外院诊治,行手法复位小夹板及石膏托外固定。

## 2 治疗方法

常规消毒铺巾,患肢外展位,将肘部伸直,使肱尺关节固定,将前臂内收、旋后位,同时使肱桡关节间隙增大,维持这一位置不动,用一手拇指及四指固定桡骨头颈、前后,将其准备好2.5mm扁尖克氏针,在电视透视下,由桡骨颈骨折处骨折远端外侧缘经皮穿入,避开桡神经,插入断端,向肱骨小头、肱桡纵轴方向撬拨复位,将桡骨颈骨折成角矫正,肱桡关节及轴线恢复正常,将桡骨中1/3处、桡骨外侧缘用2.0mm克氏针经皮钻入骨髓腔后退出,再取一选好克氏针(1.5~2.0mm)扁尖扳30°角,由钻入针道针尖方向,向外侧缘顺桡骨上端钉入至桡骨小头骨骺下,将固定针末端弯曲,剪断针

尾,无菌包扎。

术后石膏托外固定于屈肘70°~90°,术后适当使用抗生素预防感染,3周后除去石膏托或拔针,行功能锻炼。

## 3 治疗结果

本组32例,行手法加钢针撬拨复位,经皮克氏针固定术后,即摄肘关节正侧位片,骨折均解剖复位及近解剖复位,经1~4.5年随访,骨折全部愈合,按骨折诊断疗效标准<sup>[1]</sup>评定32例中治愈26例,好转3例,未愈3例,总治愈率81.2%。肘关节伸屈活动及前臂旋转功能良好,有3例肘外翻,无尺神经损伤,无感染等并发症,有2例针孔处有炎性红肿反应,经使用抗生素及局部外敷庆大霉素换药,3周后拔除克氏针很快愈