

闭合复位经皮多针内固定治疗股骨颈骨折

刘宝成

(赤峰市巴林左旗第二医院, 内蒙古 赤峰 025450)

我们自 1992 年以来采用闭合复位经皮多枚斯氏针或(和)易折断式加压螺钉内固定治疗股骨颈骨折 68 例, 取得满意疗效, 现介绍如下。

1 临床资料

68 例中男 30 例, 女 38 例; 年龄最小 15 岁, 最大 76 岁, 平均 55.8 岁。头下型骨折 21 例, 经颈型 35 例, 基底型 12 例。Garden II 型 18 例, III 型 42 例, IV 型 8 例。12 例伴有高血压冠心病, 6 例伴有肺气肿、肺心病。68 例均为外伤性新鲜骨折。应用尖端带纹斯氏针内固定 28 例, 易折断式加压螺钉内固定 22 例, 带纹斯氏针与易折断式加压螺钉合用 18 例。在普通 X 线透视下手术 28 例, 在电视 X 线监视下手术 40 例。手术时间 20~40 分钟。

2 手术方法

骨折有明显移位者行皮牵引 2~5 天。硬膜外麻醉或局部麻醉后仰卧于诊断床上, 在透视下手复位至满意。一般控制在外展 30° 足中立位为佳。在大粗隆下 2~3 cm 处向股骨头方向钻入带纹斯氏针或易折加压螺钉 2 枚。如两针位置满意再钻入第 3 枚针, 并根据情况决定是否钻第 4 枚针及钻入位置。手术要点: ①进针方向要准确, 尽量一次进针成功, 不能反复退针进针及改变方向。②斯氏针钻入股骨头软骨面下 5 mm 为宜。③在应用易折螺钉时, 只要螺纹部分能过骨折线即可, 不宜选择过长的螺钉, 以免影响加压。④第 1~2 枚针要与股骨颈轴线平行靠近股骨颈皮质为佳, 第 3 枚针要在粗隆下 8 cm 左右处进针, 即与股骨矩轴线平行斜行穿入, 与另两枚针有交叉。⑤三枚针位置构型不满意时可加穿第四针作为补充。⑥针尾一定要折弯后埋于皮下, 最好达筋膜下, 以防术后感染及进入盆腔^[1]。

3 治疗结果

随访 1~5 年, 68 例手术中顺利, 无近期并发症发生。无感染、无断针。1 例术后 6 个月因高血压脑出血死亡。6 例单针松动, 其中 4 针有退出现象, 但未刺破皮肤, 3 例一年后发生股骨头坏死, 但功能尚可; 2 例发生骨不愈合, 其中 Garden III 型 1 例不愈合, 1 例股骨头坏死, Garden IV 型 1 例不愈合, 2 例股骨头坏死。功能恢复按虞建邦等^[2]提出的判断标准, 优良者占 92%, 差者占 4%。

4 讨论

4.1 闭合复位经皮多针内固定手术优点: ①手术方法易于掌握, 不需特殊设备与器械, 在普通 X 线机下或电视 X 线监视下均可进行, 便于基层医院开展。②可局麻进行, 对年老体弱者比较安全^[3]。③易于早期功能锻炼。

4.2 手术适应症: ①该方法适于任何年龄的股骨颈骨折, 特别对高龄及伴有其它疾病不能耐受大手术及麻醉者更应首选^[4]。②Garden II - III 型疗效好。③Garden IV 型骨折复位不理想, 有股骨头转位及时有严重骨质疏松时考虑采取其它治疗方法。④粉碎性股骨颈骨折有骨缺损者慎用此方法。

参考文献

- [1] 丁勇, 阮狭克, 罗卓荆. 股骨颈骨折内固定斯氏针游走胸腔 1 例. 骨与关节损伤杂志, 1997, 12(3): 161.
- [2] 虞建邦, 梅炯. 不同内固定治疗新鲜股骨颈骨折 152 例疗效分析. 骨与关节损伤杂志, 1994, 9(4): 159.
- [3] 陆裕朴. 实用骨科学, 北京: 人民军医出版社, 1991. 636-640.
- [4] 李宏宇, 田文, 田海涛. 闭合复位经皮加压螺钉内固定治疗股骨颈骨折. 中国骨伤, 1988, 2(1): 23.

(编辑: 程爱华)

小切口穿针内固定治疗尺桡骨干斜形双骨折

吴伟华

(湛江市霞山骨伤科医院, 广东 湛江 524003)

尺桡骨干斜形双骨折为不稳定性骨折, 临床上常见。采用单纯的手法复位、夹板固定有很大的局限性, 而手术切开复位钢板内固定又加重创伤。笔者自 1998 年至今, 采用小切口切开复位穿针内固定治疗此类骨折 38 例, 效果满意, 现报告如下。

1 临床资料

本组 38 例, 均为闭合性斜形双骨折。其中男 23 例, 女

15 例; 右侧 21 例, 左侧 17 例; 跌伤 10 例, 坠伤 4 例, 打击伤 9 例, 车祸 15 例; 年龄最大为 56 岁, 最小为 20 岁; 伤后至就诊时间最早为 1 小时, 最迟为 16 天。全部病例术前均经摄 X 线片确诊。

2 治疗方法

患者仰卧位, 屈肘 90°, 前臂置于胸前。采用臂丛神经阻滞麻醉, 麻醉生效后。常规术区消毒, 铺无菌巾。以骨折部为

中点,于背桡、尺侧各做一小切口,长约 3~ 4cm,逐层分离,直至骨膜,剥离少许骨膜,暴露断端并予清理。在直视下,将骨折复位并选用适当的克氏针和三棱针行桡骨与尺骨顺行或逆行穿针内固定,针尾分别置于桡骨结节偏桡侧及尺骨鹰嘴处之皮外,无菌敷料包扎。术毕,长臂石膏托将肘关节固定于 90° 位,三角巾悬吊于胸前。术后合理运用抗菌素预防感染,同时开始练习手指屈伸活动,逐步练习握拳、腕关节及肘关节屈伸活动等。

3 治疗结果

本组 38 例,经拍 X 线片证实均达到解剖对位或近解剖对位。拔除钢针时间最早为 4 周,最迟者为 6 周,平均为 5 周。拔除钢针后,经随访 3~ 18 个月,全部病例功能恢复良好,无 1 例功能不良者。

4 讨论

前臂上粗下细,外形椭圆,肌肉丰富,肌腹与肌腱移行明显,特别是骨折后软组织高度肿胀,给手法复位、夹板固定造成很大的难度。尺桡骨干双骨折临床上治疗比较复杂,对复

位、愈合及功能恢复要求均很高,如治疗不当,将严重影响手和上肢的功能。因此,笔者认为儿童及青少年尺桡骨干双骨折,应以手法治疗为主,成人稳定性闭合骨折手法整复成功者,也应以手法复位外固定为主,不得已时再行切开复位内固定。而不稳定性斜形骨折,在麻醉下手法复位并不困难,但维持骨折的准确复位却极为不易,而且不能有效地消除影响骨折愈合的各种剪力,常易导致骨折迟缓愈合和不愈合,故可选择小切口切开,直视下复位顺行或逆行穿针内固定。经治疗观察本法具有以下优点:(1)切口小,感染率低。(2)固定可靠。采用内外联合固定,穿针内固定限制骨折侧方、重迭移位,借助石膏托加强外固定,增加了骨折的稳定性。比单纯使用任何一种固定方法都更为可靠。(3)骨折愈合快。因其切口小,周围软组织及骨膜损伤少,骨折部血运破坏较轻,而穿针内固定不仅可有效地防止骨折移位,并且使骨折断端之间存在轻微的活动,产生纵向挤压力,有利于骨折愈合。(4)功能恢复快。内外联合固定把骨折端可靠地联系起来,增加了稳定性,为早期功能锻炼打下基础,尽快地恢复肢体的功能。

(编辑:李为农)

拇指牵引弓形板固定治疗 Bennett 骨折

陈玉明

(灵宝市中医院,河南 灵宝 472500)

我院自 1995 年以来,应用拇指牵引弓形板固定治疗 Bennett 骨折和 Rollando 骨折 16 例。取得满意效果,现总结报告如下。

1 临床资料

本组 16 例中男 12 例,女 4 例;年龄 14~ 53 岁。右侧 11 例,左侧 5 例。骨折类型按王亦璁等^[1]《骨与关节损伤》对拇指掌骨骨折分型方法进行分型,均为关节内骨折。即 Bennett 骨折 13 例, Rollando 骨折 3 例。伤后至就诊时间为 2 小时~ 10 天。

2 治疗方法

2.1 术前准备 术前备压舌板一个,将压舌板远端 2~ 2.5cm 处折弯 90°;备一长 15cm,宽 2cm,弯 20°~ 25° 弓形外展夹板一块;橡皮粘膏数条和小棉垫一个。

2.2 手术方法 以右侧为例,在局部浸润麻醉下,患者取坐位,将右手置于 X 光机下。一助手双手固定患者右腕,术者左手紧握患者右手拇指做拇指外展轴向拔伸牵引,将第一掌骨重叠移位牵开,术者右手拇指顶压骨折远端,在电视 X 线透视下,纠正脱位及骨折错位。待复位满意后,把备好的粘膏先做拇指皮肤外展牵引,另一助手把石膏托固定于患者腕掌侧,并把事先准备好的压舌板固定于石膏中,使压舌板位于拇指掌侧,弯钩向上,并长出拇指 3cm,然后将已做好的拇指皮肤牵引粘膏固定在压舌板的弯钩上粘牢,牵引力量大小可在电视直视下掌握。将备好的棉垫顶压骨折远端来控制掌骨基底滑脱移位,再将备好的弓形夹板放在第一掌骨桡背侧压在棉垫上,宽粘膏固定好,松紧适度,绷带捆扎固定,操作完毕。

2.3 术后事项 一周拍片复查,牵引制动 6 周,待骨性愈合后,去除牵引固定,加强伤肢功能锻炼。

3 治疗结果

本组 16 例,经 6 个月~ 2 年的随访,按 1975 年天津召开的骨科会议制订《骨折疗效标准草案》^[2]对第一掌骨骨折疗效评判。优 9 例,良 5 例,尚可 2 例。优良率 87.5%。

4 讨论

Bennett 骨折是第一掌骨基底部关节内的骨折, Rollando 骨折也可以说是粉碎的 Bennett 骨折。复位的好坏与以后手部的功能活动有着密切的关系。手的功能非常重要,而拇指活动功能又占手部功能的一半,由此可见,精确的复位十分重要。拇指腕掌关节是鞍状关节,由于第一掌骨受轴向暴力而传导,使掌骨基底尺侧发生斜形骨折,肌肉牵拉作用致骨折远端向桡侧、背侧移位。治疗上主要困难是复位后不易保持^[3],传统的石膏管型或小夹板固定往往出现局部肿胀消退后固定松动而致治疗失败。本疗法治疗本型骨折。拇指牵引有效地平衡了肌肉的牵拉纠正重叠,塔形棉垫外加弓形板成功地控制了掌骨基底的滑脱使之与近侧骨块复位。从而达到近期骨折复位好,中期固定牢靠,远期功能恢复好之目的。

参考文献

[1] 王亦璁,孟继懋,郭子恒,等.骨与关节损伤.北京:人民卫生出版社,1980.461.
[2] 骨科疗效标准(草案).天津医药[骨科副刊],1978,(试刊号).
[3] 陆裕朴,胥少汀,葛宝丰.实用骨科学.北京:人民军医出版社,1991.518.

(编辑:李为农)