

• 短篇报道 •

24 例 V 形针内固定股骨干骨折失败原因分析

周国骏 郑茂斌

(黔东南州中医医院骨伤科治疗中心, 贵州 凯里 556000)

双角角度钢板内固定治疗高龄肱骨外科颈骨折

杨小广 闫晓光

(陇南地区人民医院, 甘肃 陇南 746000)

我院自 1993 年以来, 应用双角角度钢板内固定治疗高龄肱骨外科颈移位骨折 15 例, 疗效满意, 现报告如下。

1 临床资料

本组 15 例中, 男 12 例, 女 3 例; 年龄 50~ 73 岁, 平均 63 岁。新鲜骨折 14 例, 陈旧性骨折 1 例。摔伤 9 例, 车祸伤 3 例, 高处坠落伤 3 例。

2 治疗方法

2.1 手术方法 手术在臂丛阻滞下进行。用双角角度钢板做内固定器械(图 1)。取肩前外侧切口, 于三角肌、胸大肌间沟内游离头静脉并将其向内侧牵开, 于胸大肌止点处纵行切开骨膜, 暴露骨折部。于大结节下缘向肱骨头方向打入角度钢板头部, 顶端以不穿出肱骨头为度。钢板打入必须一次完成, 不能重复。将骨折粉碎块尽量不行骨膜剥离下复位。钢板体部两孔依次打孔上螺钉, 穿透对侧皮质。靠近钢板角度处的孔中, 置入一长螺钉, 斜向肱骨头内, 与钢板角度相平行, 但长度不应超过后者的长度(图 2)。被动活动肩关节, 确定固定满意后, 逐层缝合切口。

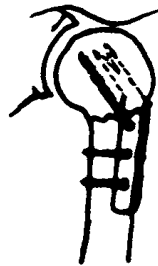
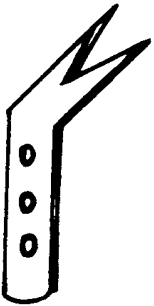


图 1 双角角度钢板示意图 图 2 内固定术后正位图

2.2 术后处理 患肢不做外固定, 术后第一天起行肩关节功能锻炼, 直至骨折完全愈合。

3 治疗结果

本组随访 6 月~ 6 年, 除 1 例合并肱骨头骨折肩关节功能稍差外, 其余均活动正常。

4 讨论

双角角度钢板内固定操作简单, 固定可靠, 有效控制骨折端分离及旋转移位。且术后不做外固定, 使肩关节早期功能锻炼, 减少肩周炎等并发症的发生, 有利于肩关节功能恢复。因此, 对于移位较大的高龄肱骨外科颈骨折患者, 采用双角角度钢板内固定治疗不失为一种有效的方法。

(收稿: 1999 10 23 编辑: 李为农)

笔者从 1992~ 1998 年间共收治 V 形针内固定股骨骨折失败病例 24 人, 经三点加压手法及手术矫形纠正获得满意疗效, 现将对 V 形针内固定失败资料及分析汇报如下。

1 临床资料

本组 24 例从 V 形针内固定施术到就治时间短则 1 周, 长则 7 周; 最小年龄 12 岁, 最大年龄 56 岁, 平均年龄 38 岁。就诊原因: 断端爆裂 2 例, 针打入膝关节 1 例, 断端旋转 1 例, 针断 1 例, 针脱出于皮下致髌关节活动障碍 1 例, 年龄偏小用 V 形针 1 例, 余 17 例为针弯骨折畸形生长。

2 治疗方法

5 例 30 岁以下患者使用氯胺酮全麻, 另 19 例采用连续硬膜外麻醉。17 例弯针患者先用三点加压手法矫形治疗成功 13 例, 余 4 例施以手术拔除髓针 2 例, 钢板内固定及取髓骨植骨 2 例。此外, 骨断端爆裂 2 例, 1 例予以拔针扩大髓腔后更换髓针, 另 1 例切开复位折片应用尼龙粗线捆扎固定; 打入膝关节 1 例予以退针, 经扩大髓腔后再更换粗短 V 形针内固定, 骨折段旋转 1 例予以拔针后切开钢板内固定, 取髓骨植骨; 断针 1 例予以近端拔出, 远端开窗取出, 更换新髓针重新打入; 针尾过长位于皮下影响髌关节活动 1 例, 经髓腔扩大后更换髓针内固定; 12 岁儿童 1 例拔出髓针更换钢板内固定。全部病例术后均采用前后石膏托外固定加强。

3 治疗结果

本组 24 例平均随访 4 年(1~ 6 年)。骨折愈合最短 75 天, 最长 109 天, 平均 85 天。24 例均恢复了正常的学习和生活。无并发症发生。

4 讨论

4.1 适应证及注意事项 ①仅适用于股骨干稳定性骨折。不稳定骨折如粉碎骨折、斜形骨折不宜应用。②18 岁以下的青少年要慎用或禁用。③V 形针的长度和直径根据术前 X 片所显示骨干髓腔大小、长度, 取与其相应的髓针内固定, 不宜过长、过短、过粗、过细。④V 形针内固定器械准备要充分。资料表明经髓腔扩大器处理后的髓内针内固定其稳定性更强, 而备有打拔器则使手术进退有利。本组病例中就存在术前 V 形针器械准备不充分而盲目操作, 使手术到了进退两难境地, 虽然自己不满意, 只好妥协接受的情况。⑤插针时, 能使 V 形针开口侧要向张力侧插入, 抗弯能力加强; 反之, 抗弯力弱。这是弯针的原因之一。另外, 切开复位逆行插针时断端骨膜剥离过多, 是骨延迟愈合的重要因素。

4.2 术后要用外固定加强, 合理功能锻炼 本组不少病例由于急功近利, 外固定拆除过早, 下床功能锻炼操之过急, 造成了针弯, 甚至断针的严重后果。

综上所述, V 形针内固定股骨干骨折的刚度和强度不足, 术后要用外固定保护。在操作过程中术前要选择好适应证和器械, 术中要操作得当, 按照“张力带”原理插针, 结合恰当的功能锻炼, 才能防止 V 形针的弯针、断针的并发症。

(收稿: 2000 09 22 编辑: 李为农)

尺骨冠状突骨折的治疗

秦增华 钱增杰

(沭阳人民医院, 江苏 沭阳 223600)

我科自 1994 年以来收治尺骨冠状突患者 12 例, 报告如下。

1 临床资料

本组 12 例, 男 8 例, 女 4 例; 年龄 6~49 岁, 平均 28.5 岁; 损伤原因: 跌伤 9 例, 车祸伤 3 例, 后者均有不同程度合并伤; X 线片表现: 单纯尺骨冠状突骨折 9 例, 合并肘关节后脱位 3 例; 骨折类型: 基底部骨折 5 例, 冠状突尖部骨折 7 例; 12 例中 4 例误诊, 其中 1 例误诊为肱骨小头骨折, 3 例误诊为 II 型肱骨内上髁骨折, 均于手术治疗中发为尺骨冠状突骨折。

2 治疗方法

2.1 手术治疗 取肘内侧切口, 长约 3~5cm, 切开皮肤及皮下组织, 游离保护尺神经, 凿断肱骨内上髁或于近止点部切断前臂屈肌腱起始部, 向下牵开, 切开关节囊, 即可显露骨折部, 清理关节积血, 复位后进行内固定, 本组采用细松质骨螺钉固定 3 例, 克氏针交叉固定 2 例, 对骨块较小的尖部骨折作切除 2 例。然后克氏针交叉固定凿断之肱骨内上髁或用 7 号线缝合切断的前臂屈肌腱起点。术后须石膏托功能位固定 3 周。拆除后加强肘关节伸屈锻炼。

2.2 非手术治疗 采用手法复位或撬拨复位屈肘 90° 功能位石膏托外固定 1~1.5 月, 本组有 5 例。

3 结果

12 例均进行了随访, 随访时间最短 3 月, 最长 16 月, 平均 4.5 月, 其中经非手术治疗 5 例全部临床愈合; 手术内固定中 1 例克氏针松动退出致骨块移位坏死, 再次手术切除, 5 例临床愈合, 愈合时间 1.5~3 月, 平均 2.3 月; 肘关节功能恢复情况: 伸 0° = 屈 130° 6 例, 伸 0° = 屈 110° 3 例, 伸 10° = 屈 130° 3 例, 其中作骨块切除者无习惯性肘关节脱位倾向。

4 讨论

4.1 尺骨冠状突骨折的诊断要点 我们通过总结分析认为以下几点有助于提高诊断准确性: ①尺骨冠状突骨折肿胀和压痛的肘关节前下方明显。②合并肘关节脱位的冠状突骨折多为后脱位, 而肱骨内上髁骨折为合并侧方脱位。③熟悉肘关节 X 线解剖及儿童肘关节骨化中心的形成, 通过排除法确定诊断。④肘关节内侧切口适宜于肱骨内上髁骨折与尺骨冠状突骨折的处理。⑤仔细观察半月切迹是否圆滑。若有阶梯存在, 可能有冠状突骨折。⑥CT 扫描能协助诊断。

4.2 尺骨冠状突骨折的治疗 非手术治疗适用: ①骨折无明显移位, ②手法复位成功者, 对于骨块较小者也可行撬拨复

位, 术后屈肘功能位固定, 使肱肌松弛, 有助于骨块复位与稳定, 骨折愈合后拆石膏功能锻炼, 本组 5 例经随访发现肘关节功能恢复满意。手术治疗适用于: ①小骨块移位明显而手法复位失败者。②骨块进入关节腔而造成关节绞锁者。手术要点是保护尺神经, 恢复半月切迹光滑, 对较大骨块可自尺骨背侧用一枚松质骨螺钉固定, 骨块小者用二枚克氏针交叉固定或两边钻孔粗丝线捆扎固定。对骨片很小不易固定者, 若冠状突关节面丧失小于 1/2, 可行骨块切除, 我们对行骨块切除的 2 例随访长达 16 个月, 未发现习惯性肘关节脱位发生。尺骨冠状突骨折平均愈合时间 1 月。因该处属干骺端松质骨, 有肱骨附着血运佳, 故容易愈合。

(本文承蒙南京大学医学院附属鼓楼医院李承球教授指导, 深表感谢!)

(收稿: 1999 08 10 修回: 2000 06 24 编辑: 程爱华)

肋软骨骨折的诊治体会

王劲 臧明 孙贤德

(常德市第一人民医院, 湖南 常德 415003)

我们从 1995 年元月至 1999 年元月诊治肋软骨骨折 16 例, 报告如下。

1 临床资料

本组 16 例, 男 12 例, 女 4 例; 年龄 16~59 岁, 平均 28 岁。直接损伤 11 例, 间接损伤 5 例, 合并肋骨骨折 3 例, 肺挫伤气胸 2 例。临床表现胸肋软骨区局部肿胀, 疼痛部位可扪及台阶或凹凸, 按压浮动或骨擦感, 经 X 线检查仅 3 例合并肋骨骨折, 8 例经 CT 薄层扫描示肋软骨骨折, 局部 B 超检查 8 例, 本组肋软骨骨折明显移位 4 例, 多肋软骨骨折 2 例。骨折部位: 第二前肋 3 例, 第三前肋 2 例, 第五前肋 3 例, 第六前肋 4 例, 第七前肋 3 例, 第八肋 1 例。

2 治疗方法

按肋软骨骨折移位或凹凸程度采用不同的方法: 3 例完全错位, 局部凹陷, 采用开放复位钢丝或粗丝线内固定, 2 例错位约 2/3~1/2 病例在局麻下行经皮钢针撬拨复位。本组病例疼痛较剧者采取 0.5% 利多卡因 2~5ml 加上地塞米松 5mg 行肋间神经或局封 2~3 次, 5 天 1 次, 配合外贴威而贴膏或跌打丸调酒外敷。

3 治疗结果

患者疼痛缓解快, 自我感觉好, 症状 4~7 天消失, 局部压痛点 3~5 周消失, 平均 4 周, 胸式呼吸无受限, 无严重畸形及后遗症发生。

4 讨论

4.1 诊断与鉴别 肋软骨是肋骨与胸骨的连接桥梁, 由于其肋软骨自身的特点, 普通 X 线片无法显示, 很多医师没有引起高度的重视而被忽略, 冠以软组织挫伤治疗, 本组有数例就是在伤后 5~7 天方被确诊。我们觉得胸部创伤后如 X 线照片阴性改变, 而具有肋软骨区相应症状体征者要考虑肋软骨骨折的存在, 对于无确切把握时可行肋软骨薄层 CT 扫描, 具