

折断式加压螺纹钉内固定治疗儿童股骨颈骨折

李永斌
(玉林市骨科医院, 广西 玉林 537000)

近年来, 我院采用切开复位、折断式加压螺纹钉内固定治疗儿童股骨颈骨折 35 例, 效果满意, 报告如下:

1 临床资料

35 例患者中男 27 例, 女 8 例; 年龄 4~10 岁。受伤时间: 2 小时~15 天。固定材料采用张家港医疗器械厂生产的折断式螺纹钉(钉批号 KHS9809), 直径 4.5mm, 长度 50~70mm 一枚。

2 治疗方法

2.1 手术方法 在氯胺酮离解麻醉下, 取髋关节外侧切口, 从阔筋膜张肌与臀中肌间隙进入, 显露关节囊, “十”字切开关节囊, 暴露股骨颈远端, 清除瘀血, 直视下于大粗隆顶点下方 2.0cm 处朝股骨颈方向钻入导针一枚, 先穿出远折端骨折面, 检查进针位置及方向合适, 则牵引外展内旋复位, 透视骨折端解剖复位或近解剖复位, 然后将导针钻入近折端, 另于其上方 1.0cm 处平行钻入一枚固定针, 以防止拧入螺纹钉时股骨头旋转。拔出导针, 选取一枚长度合适的折断式螺纹钉顺导针孔拧入固定骨折端, 此过程在透视下操作, 使钉尖不超过骨髓线为准, 检查对位好, 钉位置合适、牢固, 折断取出钉尾, 拔除固定针, 冲洗缝合切口。

2.2 术后处理 术后不用皮牵, 仅将伤肢置于外展 30° 中立位沙袋制动, 3 天后无疼痛时髋关节练功; 且手术麻醉消除后给予我院自制的正骨 1 号片(主要成份: 参三七、琥珀、红花等)口服, 每次 3 片, 每日 3 次, 以活血化瘀、通络止痛, 促进血液循环; 一周后改服正骨 2 号片(主要成份: 制自然铜、土鳖虫、蛋壳粉、蓖子王、鸡血藤、川杜仲等), 以续筋接骨, 促进骨痂生长; 伤口拆线后予以洗四方(主要成份: 五月艾、白背风、石南藤、香茅、三叉虎、川破石等)外洗, 跌打酒外擦, 以舒筋活

络, 加促骨折愈合, 4~6 周不负重下地活动。

3 治疗结果

35 例骨折病人中 31 例得到随访, 随访时间最短 6 个月, 最长 3 年 6 个月, 结果骨折全部愈合, 颈干角恢复正常, 无松动及断钉现象, 髋关节功能活动好。CT 检查未发现股骨头早期坏死征象, 这可能与部分病人随访时间短有关, 有待进一步观察。

4 讨论

我院采用切开复位, 单枚折断式螺钉内固定具有创伤少、固定牢靠, 既能防止骨折端分离, 又能对骨折端起到加压作用, 且不易松动、滑脱, 术后辨证口服我院自制正骨 1、2 号片, 更有利于骨折愈合。

采用髋关节外侧切口入路手术, 因该处无重要血管神经, 操作简单, 暴露容易, 直视下复位钻钉, 能很好掌握进钉点及方向; 关键是注意拧螺钉勿穿透髌板, 以免影响骨髓发育, 导致髌板早闭、头坏死现象。

近年来治疗儿童股骨颈骨折趋势^[1]: 对无移位的骨折, 多数学者的经验外展、牵引及单髋人字石膏外固定即可; 对移位的新鲜股骨颈骨折采用皮或骨牵复位, 经皮穿针内固定。但笔者认为: 因儿童有好动而自控力差特性, 即使无移位骨折, 牵引下亦难维持其原状, 而用单髋人字石膏固定几乎均发生髓内翻^[2]; 对有移位骨折, 因儿童腿部肌肉未及成人腿部肌肉力量大, 术前不必牵引而术中牵引复位打钉一般不成问题。

参考文献

- [1] 徐敏, 唐刚建. 21 例儿童股骨颈骨折疗效分析. 中华创伤杂志, 1999, 15(5): 382.
 - [2] 王松克. 儿童股骨颈骨折. 中华矫形外科杂志, 2000, 7(1): 21.
- (收稿: 1999 07 20 修回: 2000 05 02 编辑: 李为农)

缝匠肌骨瓣治疗陈旧性股骨颈骨折 15 例

孙可敬 陈天国
(诸暨市人民医院, 浙江 诸暨 311800)

我们从 1987 年 3 月~1990 年 12 月, 收治陈旧性股骨颈骨折 15 例, 均采用加压螺纹钉+缝匠肌骨瓣植入术治疗, 经随访疗效满意, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组男 6 例, 女 9 例; 年龄 22~71 岁, 平均 56.7 岁。左股骨颈 9 例, 右股骨颈 6 例。头下型 2 例, 头颈型 4 例, 颈型 3 例, 基底型 6 例。受伤至入院时间: 最短 6 个

月, 最长 8 个月。

1.2 临床表现 伤后均在院外作对症处理后, 而骨折处不愈合。患肢均有内旋、外翻短缩, 叩击痛阳性。X 线示: 股骨颈骨折。

2 治疗方法

入院后均经常规术前胫骨结节牵引 1~2 周, 而后行“股骨颈开放复位、加压螺纹钉内固定+带蒂缝匠肌骨瓣植入

术。手术途径:切口采用 Smith petersen 切口。切口开始于髂嵴的中部,沿髂嵴向前至髂前上嵴,然后向远侧方略偏外侧延伸 10~12cm。切开浅层及深层筋膜,将臀中肌及阔筋膜张肌从髂嵴上棘切下,此时应注意股外侧皮神经在髂前上嵴下 2~5cm 处,经过缝匠肌表面,须将其游离并向内侧牵开,自髂骨内侧的前部反转髂肌,暴露缝匠肌在髂嵴上棘处附着,用骨凿凿一 3cm×6cm 髂骨,同时将凿下的肌骨瓣用盐水中包扎保护。后处理股骨颈断端,对合后用压螺钉固定。此时在股骨颈断端交叉凿一骨槽,将肌骨瓣镶入骨槽内,逐层缝合,术后皮牵引外展制动一个月。

3 治疗结果

疗效评定^[1]优 10 例, X 线显示骨折愈合,未发现股骨头坏死,患肢功能全部恢复,行走不痛,髋关节外展正常;良 4 例, X 线显示骨折愈合,未发现股骨头坏死,患肢功能大部分恢复,长时间行走后感酸困不适,髋关节外展正常;差 1 例, X 线显示骨折未达或已达愈合标准,股骨头出现缺血坏死,可扶拐杖行走,髋部酸痛、髋关节各方向活动均受限,本组这 1 例系因过早行走而行截骨内移。随访时间:最短 1 年,最长 4 年,平均 3.1 年。近期随访,14 例均取得满意的疗效。

4 讨论

4.1 股骨头的血供 股骨颈骨折后,血管环被破坏,股骨头失去血液供应,可导致无菌性坏死。而缝匠肌内肌间小血管

供应,通过肌骨瓣:第一可改善股骨头的血液供应,重建血循环;第二骨瓣可加强内固定,使骨折处加速愈合。

4.2 手术指征 笔者认为:凡全身情况好,能够经受 3 小时以内手术的头下型、经颈型、基底型均可采用加压螺丝钉内固定和带蒂缝匠肌骨瓣移植术。笔者曾做一例 71 岁的女性患者,术后 6 个月恢复日常生活。

4.3 生活治疗 手术后应适当固定患肢,同时使用一些常规抗菌素。在固定期间,鼓励患者行股四头肌舒缩锻炼,以免引起肌肉废用性萎缩,膝关节僵硬。

4.4 注意点 股骨颈陈旧性骨折治疗失败的原因:①过早负重。活动、负重过早均可导致股骨颈断端上移。②加压螺钉固定角度太大。一般应该是在股骨颈与股骨干构成 125°~130°的钝角,超过 130°,股骨颈的内固定稳定性差,容易引起缝匠肌骨瓣从骨槽中滑脱。③骨折复位及内固定质量必须满意,植骨块宜骑跨于骨折线并深入头部 1.5cm 左右,达到增加头部血供的目的^[2]。

参考文献

- [1] 赵东升,张鹏,武毅.带阔筋膜张肌蒂髂骨移植加内固定治疗股骨颈骨折.中华骨科杂志,1998,18(8):474-473.
- [2] 陈荣发,董天华,唐天驷,等.带缝匠肌股直肌骨瓣植骨治疗股骨颈骨折.中华骨科杂志,1988,8(2):118-121.

(收稿:2000-01-16 修回:2000-11-02 编辑:连智华)

• 病例报告 •

腰椎管内巨大窦状静脉畸形 1 例

于新记 孙鹏飞 唐守梅

(山东煤矿临沂医院,山东 临沂 276032)

患者女,49 岁,因腰痛伴左下肢放射痛、左小腿麻木 1 年加重 1 月入院。曾诊为腰椎间盘突出症给予牵引按摩、拉压复位、局部封闭等保守治疗,效均欠佳。近一月来疼痛、麻木加重,并出现排尿困难,左下肢无力等症状而收住院。发病来,食欲欠佳,睡眠差,体重减轻,大便正常。查体:T37.2℃ P72 次/分 R18 次/分 BP22/12kPa,神志清,精神差,痛苦貌。心肺(-),腹部(-)。脊柱无侧弯,腰椎段生理曲度变直,L₄、L₅ 棘突左侧局部压痛明显,并有放射痛,直腿抬高试验左侧 70°,右侧正常,左趾背伸肌力减弱,左小腿外侧及会阴区皮肤感觉迟钝,左小腿周径小于右侧。辅助检查:腰椎 CT 示:L₄、L₅ 椎间盘突出(中央巨大型)、L₅S₁ 椎间盘突出(旁中央型)。初步诊断:L₄、L₅S₁ 椎间盘突出症。拟行 L₄、L₅ 全椎板楔形截骨原位回置、髓

核摘除术。术中见:硬脊膜与周边粘连极重,并见数条迂曲畸形的粗大静脉与硬脊膜平行或交叉伴行,直径在 3~8mm,静脉壁脆弱且无弹性,神经剥离子轻剥即出现破裂出血,且止血困难。术中采用压迫止血、丝线结扎、电凝止血、银夹止血等方法,将大多数出血止住,但其中一粗大静脉破裂止血困难,术中考虑时间问题,决定暂棉片压迫止血,先行髓核摘除。L₄、L₅ 髓核摘除顺利,当显露 L₅S₁ 髓核时发现硬脊膜周围数条粗大的蔓状静脉且粘连更重,无法剥离,故决定切开硬膜囊,分开马尾神经,顺利摘除髓核。再次去除原压迫止血之棉片后仍出血不止,故阻断脑脊液,探查该静脉:呈窦状、壁薄、位于硬脊膜前腔,L₄ 神经根前方,直径粗达 8mm。无法用丝线结扎,因银夹长度有限止血效果不佳,最后决定用明胶海绵填塞压迫止血,观察

20 分钟无出血,冲洗创腔,置引流管,缝合各层,手术结束。术后给予综合治疗,未出现明胶海绵对 L₄ 神经根的压迫刺激症状,住院 16 天,痊愈出院。

小结

因椎管狭窄而出现的迂曲静脉丛并不少见,如本术中所见的与硬脊膜伴行的蔓状粗大的静脉网,但 L₄ 神经根前下所见的椎管内巨大的窦状静脉实属罕见,虽血管压力不高,但静脉壁脆而薄,极易破裂,且无弹性收缩,止血极其困难,所幸采用明胶海绵填塞止血后,未出现神经根受压症状及术后再出血。作者所吸取的经验教训是:对此类型的椎管内血管畸形,不可勉强剥离,必要时应果断采用硬脊膜切开,避开血管,摘除髓核,防止损伤畸形静脉造成难以处理的大出血。

(收稿:2000-11-22 编辑:李为农)