

加以保护;同时脊髓干扰性损害也降低到最小程度;在显微镜下结合影像特征,较好选择手术入路与方式,避免硬膜外及脊髓滋养血管损伤;此外在显微镜下手术,可避免误伤周围组织,诸如硬膜破裂,血管损伤,避免脑脊液漏、脊髓内、外血肿等并发症。然而显微外科手术视野小,要求术前细致分析肿瘤影像特征,手术入路定位应精确,以有利于显微外科技术操作;骨床止血应彻底,以保持手术野干净;娴熟的显微外科技术是手术成功的关键。

(本文图 1,2 见后插页 1)

参考文献

- 1 诸葛启钊,吴近森,瞿宣兴,等. 4 脑室肿瘤的显微外科治疗. 中华显微外科杂志,1999,22(2):87-88.
- 2 章翔,傅洛安,费舟,等. 颅后窝胆脂瘤显微外科治疗. 中华显微外科杂志,1999,22(2):89-90.
- 3 耿军,陈明振,伍国号,等. 前中颅凹底大型内外沟通瘤的显微外科切除. 中华显微外科杂志,1999,22(2):91-92.
- 4 贺宝荣,余新光,周定标,等. 远外侧入路显微切除斜坡和枕大孔区腹侧肿瘤. 中华显微外科杂志,1999,22(2):93-94.
- 5 祝斐,史断新,王汉东,等. 显微手术治疗三叉神经鞘瘤. 中华显微外科杂志,1999,22(2):95-96.

(收稿:2002-07-03 编辑:李为农)

· 短篇报道 ·

钢针经皮内固定治疗锁骨骨折

刘月 朱学智 熊哲峰

(金堆城铝业公司医院骨科,陕西 华县 714102)

我院自 1997 年 7 月—2001 年 3 月采用手法复位钢针经皮髓腔内固定治疗锁骨骨折取得良好效果,报告如下。

1 临床资料

本组 48 例中男 30 例,女 18 例;年龄 14~62 岁,平均 34.5 岁;左侧 30 例,右侧 18 例。骨折类型:横形 14 例,斜形 15 例,粉碎性 19 例;新鲜骨折 46 例,陈旧骨折 2 例;其中手法复位外固定失败 21 例。均为锁骨中段移位骨折,无开放性 & 血管神经损伤病例。致伤病因:车祸伤 27 例,摔伤 19 例,打击伤 2 例。

2 治疗方法

颈丛阻滞或局麻。仰卧位,肩胛间垫沙枕,头旋向健侧。在 X 线电视机辅助下,用手指固定锁骨内侧段,于锁骨内侧段前凸之弧形顶点内侧约 1.0 cm 骨隆起部进针,直接刺进皮肤或做一长约 0.3 cm 切口,用高速电钻将 1 枚直径 2.5 cm 骨圆针钻入骨髓腔并沿髓腔向外至骨折端,双肩后伸牵引,手法整复骨折移位,一助手于骨折端保持复位,粉碎骨折将游离骨片抚平后向骨干按压,透视下进针,进入外侧段髓腔,继续向外进针于锁骨外侧段后侧骨皮质穿出约 0.5 cm,截除针尾多余部分,折弯后置入锁骨近侧段皮下,皮肤切口不需缝合,术后三角巾固定伤肢 4 周,术后即可行握拳、腕肘关节屈伸等功能锻炼,4 周后逐步进行肩关节功能锻炼。

3 治疗结果

本组病例随访 1 年。术后摄 X 线片,骨折解剖对位 34 例,近解剖对位 10 例,功能对位 4 例。48 例均于 8 周内达临床愈合,12~16 周拔除骨圆针。1 例钢针弯曲骨折轻度成角畸形愈合,2 例后期钢针松动但未影响骨折愈合,无骨不连、针道感染、拔针后再骨折及肩关节功能受限者。按照韩平良

等[中华骨科杂志,1986,6(2):92]锁骨骨折疗效判断标准,本组优 33 例,良 14 例,可 1 例,优良率达 98%。

4 讨论

整个锁骨及其两端的胸锁关节和肩锁关节均位于皮下,可以触及,局部皮肤可自由移动,皮下仅有颈阔肌存在,因此便于经皮穿针操作。锁骨骨折复位不良,不仅影响美观,而且锁骨的承载能力下降,可诱发肩锁和胸锁关节的创伤性关节炎,而且外固定时间长,活动受限,患者生活极不方便,随着人们对治疗期间生活质量要求的提高,对于不稳定锁骨骨折采用保守治疗已不能满足人们对疾病的治疗要求。切开复位内固定手术虽然可达到骨折解剖对位,坚强内固定可避免石膏固定等不适,但其骨不连及感染率较高,手术创伤大,局部疤痕增生影响美观,年轻女性多不能接受。手法复位经皮钢针内固定方法创伤小,不加重骨折端软组织损伤,不剥离骨膜,不留疤痕,具有骨折愈合快、骨不连发生率低、不易感染等优点,同时可起到坚强内固定作用,维持良好的对位,可进行早期功能锻炼,减轻治疗期间患者因外固定带来的各种不便,与传统切开复位钢针内固定手术针尾留于外侧比较,本方法针尾留于锁骨内侧段皮下不影响肩关节活动,同时亦不受肩关节周围肌肉活动的影响,钢针退出及松动率低,取除更加方便。应用本方法一般不需住院治疗,可减轻患者经济负担。

我们认为无移位的锁骨骨折及幼儿骨折应尽量采用保守治疗,移位骨折特别是斜行、粉碎性等能复位但外固定方法不能有效维持复位的不稳定骨折可作为手法复位钢针经皮髓腔内固定的适应症。

(收稿:2002-08-05 编辑:连智华)