

拉力螺丝钉治疗股骨颈骨折

赵俊

(黄石市中医院, 湖北 黄石 435000)

股骨颈骨折因愈合较难, 并发症多而成为棘手的骨折之一。自 1990 年 1 月至 1995 年 2 月我院应用拉力螺丝钉治疗股骨颈骨折 54 例, 疗效满意, 现报告如下。

1 临床资料

本组 54 例中男 24 例, 女 30 例; 年龄 16~78 岁。伤后就诊时间为 0.5 小时至 10 天。头下型骨折 5 例, 经颈型 28 例, 基底型 21 例。2 枚螺丝钉固定 21 例, 3 枚螺丝钉固定 33 例。

2 治疗方法

在电视 X 光机下复位骨折, 大粗隆下股骨外侧切口。在股骨大粗隆下 3cm 以直径 3mm 克氏针打入至股骨头作定位针, 在其下后约 1cm 处以螺丝钉直径大小的长钻头沿股骨矩贴边, 强斜^[1]打入至骨折线处, 作为滑动孔, 取选好长度的松质骨螺丝钉打入至股骨头下约 0.5cm。另在定位针上方 1cm 处同法打入另一螺丝钉, 拔出导针后, 打入第三枚螺丝钉。

3 治疗结果

本组 54 例, 平均住院时间 22 天, 拔钉时间 6~18 月。经 9~20 月随访, 参照戴氏标准^[1]: 优: 32 例; 良: 18 例; 其中 1 例术后 4 个月骨折移位, 骨不连, 经开放复位, 带旋髂深血管蒂骨肌瓣移植, 术后骨折愈合, 但膝关节功能屈曲小于 90° 而列为良, 功能优良率 92.59%。可 3 例; 差 1 例。这 4 例股骨头外上区囊性变, 逐步出现股骨头缺血坏死而影响功能, 最后行人工股骨头置换术, 功能恢复至良好。股骨头坏死率为 7.41%。

4 讨论

AO 拉力螺丝钉是一种其螺纹仅抓持对侧皮质的螺钉, 是完成折片间加压和稳定的最有效方式, 它形成了所有稳定内固定的基本结构单元^[2]。作者以松质骨螺丝钉, 后期用可

折断式螺丝钉, 用拉力螺丝钉方式治疗股骨颈骨折, 使骨折处紧密相嵌, 有利于血管爬行, 再血管化, 促进骨折愈合。

股骨颈骨折的上部为拉应力, 下部为压应力, 打钉的目的就是由钉子承担应力, 尤其承担上部的拉应力, 对骨折愈合具有重要作用^[3]。股骨颈的承载, 主要在股骨矩, 一钉通过股骨矩, 强斜, 贴边穿过骨折线, 扣紧骨折断端, 主导稳定作用。中部螺钉在内收时承担荷载增大, 早期为使手术简便, 我们有时也省去这一钉。三钉呈倒三角形, 加强了内固定的牢固性, 有利于骨折愈合和患肢功能练习。

影响拉力螺丝钉治疗股骨颈骨折疗效最重要的因素是复位的准确性。复位不良不可避免影响骨折的修复及手术的进度。股骨头外上方是股骨上段血液循环薄弱处, 一旦股骨颈骨折, 血管损伤, 恢复较难。如对位不好, 修复不良, 股骨头供血不足, X 片则显示为囊性变, 为股骨头缺血性坏死的早期表现。早期急诊手术, 使骨折后扭曲, 痉挛, 压迫的关节囊血管网尽可能恢复。本组 1 例女性 30 岁患者, 予 2 枚螺丝钉固定, 因上位螺丝钉打入时位置过于偏外侧, 致股骨颈劈裂, 骨折向外上移位, 骨折不愈合, 经开放复位, 3 枚螺丝钉固定, 带旋髂深血管蒂骨肌瓣植入而愈。此后我们均以 3 枚螺丝钉固定, 力争螺丝钉布局更合理, 稳定性更好。

参考文献

- [1] 戴克戎, 苑建新, 高玉兰. 螺纹钉穿刺插钉固定治疗股骨颈骨折. 中华骨科杂志, 1981, 1(1):42.
- [2] 荣国威, 翟桂华, 刘沂, 等译. 骨科内固定. 北京: 人民卫生出版社, 1995, 139.
- [3] 张爱平, 齐振熙, 陈日齐. 股骨颈骨折三维模型生物力学实验研究. 中国骨伤, 1997, 10(3):18.

(编辑: 李为农)

克氏针加石膏外固定治疗肱骨小头骨折

周晓波¹ 周立飞¹ 周再正²

(1. 临海市中医院; 浙江 临海 317000; 2. 台州卫校, 浙江 台州)

我院采用克氏针加石膏外固定治疗 10 例肱骨小头骨折病例, 获得良好疗效。

1 临床资料

10 例病例均为外伤所致, 男 9 例, 女 1 例; 年龄 20~43 岁。皆为小头完全型骨折, 并向前上侧翻转移位, 2 例伴外上髁骨折, 4 例合并部分滑车骨折, 10 例均有不同程度关节内骨碎片, 无神经, 大血管损伤并发症。

2 治疗方法

臂丛麻醉下, 取肘外侧切口, 进入关节囊内操作, 不须游离桡神经, 正中神经, 桡动脉等, 直视下复位后, (1) 若为单纯肱骨小头骨折, 则经肱骨小头关节面斜形钉入直径 1.5mm 克氏针一枚固定小头于肱骨髁, 以尽量不影响肘关节活动度; (2) 若合并滑车骨折者先用直径 1.0~1.5mm 克氏针一枚横穿肱骨小头与滑车固定, 再整复, 再按第一步操作; (3) 合并外上髁骨折则根据骨块大小用直径 1.0~1.5mm 克氏针两枚另行交叉固定或 10 号丝线缝扎固定。关节内骨碎片皆取

净, 屈肘 90 度, 利用桡骨头, 尺骨冠突顶住骨折块, 维持位置缝合切口针置皮外, 外加石膏托固定患肘屈 90 度, 前臂旋后位, 术后 3~4 周去除石膏, 开始功能锻炼, 4~5 周拔除克氏针, 逐步加大锻炼强度。

3 治疗结果

疗效评定: 治愈: 骨折对位良好, 骨折愈合, 功能完全或基本恢复; 好转: 骨折对位欠佳, 功能恢复尚可; 未愈: 骨折畸形愈合, 或骨折不愈合, 功能障碍。术后随访 3~6 月, 4~5 周时 X 片示骨折线已模糊, 局部压痛不明显, 肘部活动进步较快。结果: 治愈 8 例, 好转 2 例, 皆未出现并发症。

4 讨论

肱骨小头骨折的治疗不外闭合复位和切复内固定两种。

其中手术方法较多^[1], 根据肘部骨折对解剖复位要求高^[2], 故采用切开复位, 外侧切口, 损伤小, 又利用肱骨小头骨折本身不易移位的特点, 骨折端简单处理, 克氏针固定, 如此既能解剖复位, 固定效果又远较闭合整复理想, 又能实现中医小创伤, 充分利用关节面应力成骨作用之优点, 且无须再次手术。并在 10 例临床病例中获得理想疗效。

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, 1995. 391-394.
- [2] 陆裕朴, 胥少汀, 葛宝丰, 等. 实用骨科学. 北京: 人民卫生出版社, 1991. 595.

(编辑: 李为农)

陈旧性股骨干骨折的治疗

唐刚健 靳嘉昌

(桂林市中医医院, 广西 桂林 541002)

我院自 1992 年 7 月至 1997 年 12 月采用闭合折骨、牵引后再行切开复位内固定术治疗陈旧性股骨干骨折 37 例, 疗效满意, 现报告如下:

1 临床资料

本组 37 例; 病程最短 22 天, 最长 70 天, 平均 38 天; 男 23 例, 女 14 例; 年龄 17~72 岁; 部位: 股骨上段 5 例, 股骨中段 25 例, 股骨下段 7 例; 重叠情况: 重叠 1cm 内 12 例, 重叠 2cm 左右 22 例, 重叠 3cm 以上 3 例。

2 治疗方法

硬膜外麻醉下将陈旧性股骨干骨折端闭合徒手折断, 再行股骨髁上骨牵引术, 牵引重量 8~12 公斤, 牵引时间 5~7 天, 定期复查 X 线片重叠移位纠正即停止牵引, 行切开复位内固定术, 中上段骨折采用髓内针内固定, 粉碎性骨折加用钢丝捆绑骨折块, 下段骨折采用加压钢板内固定, 术后病人卧床 2~3 周, 扶拐下地, 伤肢不负重→部分负重→完全负重, 循序渐进, 并要求练习下肢关节活动, 待骨折愈合后弃拐行走。治疗期间并按中医骨折三期原则辨证施治。

3 治疗结果

本组根据《中医病证诊断疗效标准》^[1]评定。结果: 治愈 32 例, 好转 3 例, 未愈 2 例。优良率达 94.59%。

4 讨论

4.1 本法优点 股骨干为三组肌肉包围, 伸肌群最大, 屈肌群、内收肌群依次排列, 三组肌群肌力不均衡加之股骨干直径相对较小, 骨折断端以错位、重叠多见^[2]。陈旧性骨折因失于治疗时间较长, 两折端周围有大量骨痂纤维增生组织, 伤肢缩短畸形, 如折骨、牵引及内固定术在手术台上一完成相当困难, 并会造成血管危象及神经损伤出现, 而本方法分步治疗, 逐渐缓慢纠正折端重叠移位, 手术切开复位时仅需纠正侧方移位即可, 复位相对容易, 明显缩短手术时间, 可不输血或减少输血量。

4.2 折骨注意事项 闭合折骨时在麻醉下病人无痛苦及大腿肌肉松弛情况下进行, 折骨时应刚柔相济, 柔韧有力, 避免使用突然暴力而造成新的骨折出现, 以及损伤血管神经。折骨困难时可用木棍下垫棉块以固定近端为支点, 将远折端向外前方用力折骨, 避免向后内方用力, 以防损伤深处血管、神经, 折骨后即行骨牵引术。因仅需纠正重叠移位不必考虑侧方移位, 故可以超重牵引, 形成骨折端过牵, 及时纠正重叠移位。

4.3 手术内固定方式 手术切开复位纠正侧方移位, 根据股骨干生理结构特点, 选用适当内固定物。目前国内对髓内针及加压钢板治疗效果孰优孰劣, 争论不一^[3]。通过本组病例观察我们认为对股骨干陈旧性骨折的治疗应以保持牢固内固定为目的, 在股骨中上 1/3 骨折采用髓内针内固定, 在中下段采用加压钢板内固定术。因为股骨中上 1/3 段是骨髓腔的最窄部位, 周围有坚硬骨皮质, 最适合髓内针内固定这种方法^[4]。粗细合适的髓内针在骨髓腔内能够恢复股骨解剖结构, 抵抗骨折端剪力或弯曲力, 对骨折愈合有利, 同时肢体在负重和肌肉收缩作用产生纵向压力有利于骨折愈合, 而股骨中下段骨折因解剖结构因素难以选择合适髓内针形成牢固的内固定环境故改用稳定性坚固性好的加压钢板内固定。

4.4 本方法不足 对于那些时间太长已畸形骨性愈合的股骨干骨折, 不宜施用本法, 可考虑先行手术切开折骨术, 而后行骨牵引纠正重叠移位, 再行切开复位内固定术。

参考文献

- [1] 国家中医药管理局. 中华人民共和国中医药行业标准. 中医病证诊断疗效标准. 南京: 南京大学出版社, 1994. 170.
- [2] 陆裕朴主编. 实用骨科学. 北京: 人民军医出版社, 1995. 660.
- [3] 刘长贵, 罗先正, 王宗仁, 等. AO 钢板与 Grosse-Kempf 带锁髓内钉治疗股骨干骨折比较. 中华骨科杂志, 1995, 15(11): 739.
- [4] 郭世绂主编. 临床骨科解剖学. 天津: 天津科学技术出版社, 1986. 781.

(编辑: 李为农)