

粘连,肌肉萎缩,促进骨折愈合,本疗法进针时要熟练局部解剖,借助指力推拨肌腱,针从肌间隙进入防止损伤重要组

织。

参考文献

[1] 全国中西医结合治疗骨折经验交流座谈

会.骨折疗效评定标准.天津医药[骨科副刊]1978(试刊).

(编辑:李为农)

股方肌骨瓣移植治疗股骨头坏死2例

李少华 田继新 李红卫
(郑州铁路分局医院,河南 郑州 450053)

近年采用股方肌骨瓣移植治疗股骨头坏死2例,治疗结果满意,介绍如下:

1 临床资料

例1,××,男,56岁。1991年因肾病综合征大剂量服用激素致左侧股骨头无菌性坏死,致股骨头破坏,塌陷,囊性变,髋关节活动基本丧失。例2,××,男,65岁。外伤性致股骨头无菌性坏死II期,髋关节功能基本丧失,疼痛剧烈,跛行,丧失劳动能力。

2 治疗方法

病人仰卧,患髋垫高与手术台呈45°夹角,选用Smilt Peterson切口显露髋关节,髂骨前部和股骨上段。在股骨大转子下约2cm股方肌附着点凿下一约2cm×2cm×1.5cm骨块(连带股方

肌),用盐水纱布包好备用。切开关节囊,在头颈结合部向股骨头方向凿一约2cm×1.5cm空腔,向内清除坏死组织。空腔的深度一般为2cm~2.5cm,坏死组织量一般为麻醉杯半杯。修理股方肌骨块,用去除的松质骨先填塞股骨头空腔周围,股方肌骨瓣填入空腔,松质骨再填塞在骨块周围。在股骨颈上钻孔,用羊肠线将部分股方肌固定在股骨颈,防止骨块脱出。按2cm×2cm×1.5cm大小在髂骨嵴取骨块,修补股骨缺损部分,用螺丝钉固定。用抗生素冲洗切口,止血,缝合关节囊,放置橡皮引流管,术后仰卧,持续患肢皮牵引6周。

3 结果

分别随访3年、2年,髋关节活动正

常,疼痛消失能长时间行走。

4 讨论

采用股方肌骨瓣移植填塞,可以减轻髋关节的损伤,用羊肠线将部分股方肌固定于股骨颈上,既可以防止移植骨块脱出,又可以避免再次打开关节囊取出内固定物。填塞的松质骨及骨瓣有丰富的血供,使股骨头的再生能力增强。用髂骨块移植来修补股骨缺损,有利于患者早期下地行走及负重,避免长期卧床引起的各种并发症,术中抗生素冲洗,放置橡皮引流管,预防感染,促进切口愈合。术后采用患肢持续皮牵引,时间为6周。这对股骨头移植骨成活及软骨面修复很有必要,6周后加强功能锻炼,8~10周扶拐下地行走,不负重。

(编辑:荆鲁)

经皮克氏针内固定治疗儿童桡骨颈骨折

张振龙 柳伟 刘其斌 雷利生
(海城市正骨医院,辽宁 海城 114200)

作者自1992年3月~1995年8月采用手法加钢针撬拨复位,经皮克氏针内固定治疗移位成角30度以上桡骨颈骨折32例,有效地防止了前臂旋转及肘关节屈伸功能障碍等并发症,现报告如下:

1 临床资料

本组32例中,男19例,女13例;左侧11例,右侧21例;年龄6.5~13岁,平均8.5岁。骨折类型:骨折线呈斜型及横断型,桡骨颈向前移位成角30°以上,均为闭合性损伤,肘部肿胀未出现肱动脉受压,但合并桡神经深支不同程度损伤3例,伤后来院最短半小时,最长9天,有8例在外院诊治,行手法复位小夹板及石膏托外固定。

2 治疗方法

常规消毒铺巾,患肢外展位,将肘部伸直,使肱尺关节固定,将前臂内收、旋后位,同时使肱桡关节间隙增大,维持这一位置不动,用一手拇指及四指固定桡骨头颈、前后,将其准备好2.5mm扁尖克氏针,在电视透视下,由桡骨颈骨折处骨折远端外侧缘经皮穿入,避开桡神经,插入断端,向肱骨小头、肱桡纵轴方向撬拨复位,将桡骨颈骨折成角矫正,肱桡关节及轴线恢复正常,将桡骨中1/3处、桡骨外侧缘用2.0mm克氏针经皮钻入骨髓腔后退出,再取一选好克氏针(1.5~2.0mm)扁尖扳30°角,由钻入针道针尖方向,向外侧缘顺桡骨上端钉入至桡骨小头骨骺下,将固定针末端弯曲,剪断针

尾,无菌包扎。

术后石膏托外固定于屈肘70°~90°,术后适当使用抗生素预防感染,3周后除去石膏托或拔针,行功能锻炼。

3 治疗结果

本组32例,行手法加钢针撬拨复位,经皮克氏针固定术后,即摄肘关节正侧位片,骨折均解剖复位及近解剖复位,经1~4.5年随访,骨折全部愈合,按骨折诊断疗效标准^[1]评定32例中治愈26例,好转3例,未愈3例,总治愈率81.2%。肘关节伸屈活动及前臂旋转功能良好,有3例肘外翻,无尺神经损伤,无感染等并发症,有2例针孔处有炎性红肿反应,经使用抗生素及局部外敷庆大霉素换药,3周后拔除克氏针很快愈

合。

4 讨论

我们认为克氏针在桡骨中 1/3 处外侧缘骨质进入桡骨上段骨髓腔内呈弧形, 针尖呈夹角 30°, 面向外侧, 越过桡骨颈骨折线, 达桡骨小头骨骺下, 起到了桡

骨颈, 骨折移位成角复位后, 骨髓腔内从远段向近段弧形张力支撑固定作用, 肱二头肌腱及周围有环状韧带包绕固定, 防止肱骨小头压挤桡骨小头使桡骨颈骨折再移位, 骨折未再出现移位, 比单纯小夹板、石膏托外固定稳定, 撬拨复位针道

可排出瘀血, 起到局部减压作用, 减轻肿胀。

参考文献

- [1] 中华人民共和国中医药行业标准, 中医骨伤病症诊断疗效标准, 1995, 166-167.

(编辑: 李为农)

塑形夹板固定治疗柯雷氏骨折

周本庆

(荣县人民医院, 四川 荣县 643100)

我科从 1993 年~ 1996 年采用塑形夹板固定治疗柯雷氏骨折 92 例, 取得了较好的效果, 报告如下。

1 临床资料

本组 92 例中男 58 例, 女 34 例; 年龄 7 岁~ 85 岁; 受伤时间半小时~ 7 天。骨折类型: 单纯骨折背侧及桡侧移位 52 例, 粉碎性骨折 27 例, 骨折累及关节面 13 例。

2 治疗方法

本组全部采用手法整复后塑形夹板固定。具体方法为: 骨折复位后采用塑形前臂夹板将手腕部固定于掌屈尺偏

位, 各块夹板前端均超过腕关节达掌指关节处。两周后把前后夹板分别翻转 180°, 桡侧夹板顶端退至腕关节处, 将手腕部固定功能位。伤后 4 周再把前后夹板头尾调换固定, 直至骨折愈合去除夹板。

3 治疗结果

经半年~ 2 年随访, 按 1975 年天津召开的“全国中西医结合治疗骨折经验交流座谈会”拟定各部位骨折疗效评定标准草案: 优 69 例, 良 16 例, 尚可 5 例, 差 2 例, 优良率 92.39%。骨折愈合时间 4~ 10 周。

4 讨论

柯雷氏骨折复位后用塑形夹板使手腕固定手掌屈尺偏位, 此时腕背侧和桡侧关节韧带及伸肌腱紧张, 可防止骨折向背侧或桡侧移位, 这是一种非功能位。两周后再把夹板翻转使手腕部固定成功能位, 此时由于骨折处尚不稳定, 仍需限制腕关节活动。这一阶段主要行肘关节和手指活动锻炼。伤后 4 周, 骨折已较稳定, 把夹板调头并退至腕关节以上固定, 逐渐加强腕关节功能锻炼, 直至愈合。一般 6~ 8 周去夹板, 青少年夹板固定时间可相应缩短。

(编辑: 荆鲁)

中西医结合治疗顽固性跟痛症

欧阳晓

(徐州市第三人民医院, 安徽 徐州 221005)

采用跖筋膜切断和骨赘切除等综合手术疗法结合术前及术后用自制中药方剂熏洗的中西医结合疗法治疗顽固性跟痛症 15 例 21 足, 效果满意, 现报告如下。

1 临床资料

本组 15 例 21 足, 男 9 例 15 足, 女 6 例 6 足; 年龄 20~ 65 岁; 左侧 13 例, 右侧 8 例; 病史 6 月~ 10 年; 静息痛者 5 例 6 足, 跟骨广泛压痛。本组全部病例均经减轻足跟负重, 服用非甾体消炎镇痛药, 局部封闭及理疗等治疗至少一月而无明显疗效。

2 治疗方法

顽固性跟痛症者术前及术后用自行配制中药方剂滤液加热后熏洗, 并浸泡

患足, 进行适当按摩, 每次 30 分钟, 每日二次。连续熏洗 6 天后, 行跖筋膜切断, 骨赘切除等综合手术疗法。术后 2 周拆线后继续用重新配制的熏洗剂熏洗 10 天。

综合手术方法: 硬膜外麻醉下, 上止血带操作, 作长 4cm 左右的跟内侧切口, 在足底下 2cm 与跖筋膜平行。找及紧张的跖筋膜(附在跟骨结节的前内方及跟骨侧面), 将跖筋膜自起点处切断, 用骨膜剥离器将跖筋膜和跖方肌钝性向前方剥离。跟骨赘可用咬骨钳咬去, 骨锉锉平。皮肤逐层缝合后加压包扎, 术后 2 周拆线, 可下床锻炼。

自行配制用于熏洗方剂如下: 防风 25g, 伸筋草 250g, 红花 100g, 丹参 100g,

牛膝 125g, 川芎 50g, 加水 10000ml, 煮沸至 8000ml, 过滤后备用。

3 治疗结果

随访最短 6 个月, 最长 4 年, 平均 2.7 年。疗效评价标准: 优: 无任何疼痛感, 可正常活动及工作; 良: 剧烈活动时疼痛, 轻微影响活动及工作; 中: 负重时即有痛感, 静息时无疼痛, 部分影响活动及工作; 差: 静息时亦有疼痛感, 严重影响活动及工作。本组病例优 18 足, 良 2 足, 中 1 足, 无差类病例。

4 讨论

综合手术疗法采用软组织松解术, 包括跖筋膜跟骨附着处切断, 剥离跟骨结节前缘的肌附丽, 同时切除骨赘, 而彻底消除局部刺激因素。手术尽可能去除