

结合小针刀经皮钢针固定治疗陈旧性 Bennett 骨折

李学银

(铜山县第二人民医院, 江苏 铜山 221143)

自 1991~1997 年间应用小针刀疗法结合经皮克氏针固定治疗陈旧性 Bennett 骨折 11 例, 收到满意效果。

1 临床资料

本组 11 例皆为陈旧性 Bennett 骨折, 其中男 8 例, 女 3 例。年龄 18~44 岁, 平均 29.4 岁。右侧 9 例, 左侧 2 例。

2 治疗方法

臂丛麻醉, 在 X 线电视机监视下, 用小针刀自第一腕掌关节尺背侧插入, 注意避免损伤拇长展、拇短伸及拇长伸肌腱, 用小针刀先将骨折周围骨痂剥离, 再渐插入骨折间隙内, 边插入边分离。将拇指掌侧内侧三角形骨块从骨折远端上分离下来。在外展位牵引拇指, 同时加压于掌骨基底部, 于第一掌骨基底部穿一根克氏针, 穿过关节进入大多角骨。第二根克氏针将两骨折块固定在一起。若内侧骨块较小, 不易用钢针固定时亦可贯通第一掌骨后将其固定在第二掌骨上。如整复固定满意则将克氏针近皮肤处剪断埋于皮下, 然后用前臂石膏将腕关节固定于背屈和拇指外展位, 使远节拇指关节可自由活动。术后石膏固定 3~4 周, 经 X 线复查骨折愈合拆除石膏并拔除克氏针。开始加强拇指腕关节功能锻炼。

3 治疗结果

术后获得随访 10 例, 最长 7 年, 最短 1 年, 一年后患指均达正常水平。

4 讨论

Bennett 骨折是第一掌骨基底部骨折脱位, 是关节内骨折, 该骨折特点是整复容易固定难。本组 11 例, 其中 5 例为骨折后即就诊疗手法复位石膏固定。后经拍片复查腕掌关节

仍脱位或半脱位骨折畸形愈合。另 6 例为病人伤后未及时到医院就诊而经江湖游医治疗或未治, 肿胀虽消退, 发现第一腕掌关节活动受限且外观上表现为第一腕掌关节处向外突出隆起畸形, 而来院就诊, 拍片示: Bennett 骨折畸形愈合伴脱位。就诊时间最短的于伤后 3 周, 最长的为伤后 24 周。

陈旧性骨折行闭合手法复位是相当困难的, 若使关节复位, 掌骨内侧三角形骨块随骨折远端移动, 掌骨关节面因三角形骨块移位而不平整, 形成台阶。若采用切开复位内固定, 创伤大、费用高、增加感染机会。在闭合情况下治疗: 其一, 利用小针刀通过剥离削平、刮除法, 将骨折块分离开便于骨折复位, 同时解除周围软组织及关节囊的粘连, 有利于关节的复位, 而解除软组织即骨、肌肉、肌腱间的粘连是小针刀最基本的用法之一。骨折、粘连分离后按新鲜骨折复位固定。其二, 在 X 线机直视下复位闭合穿针固定, 骨折端完好, 肿胀轻、疼痛小, 术后不留疤痕, 病人易于接受, 治疗时间缩短。采用闭合整复穿针内固定与石膏托外固定相结合, 固定牢固可靠, 手术方法简便易行, 创伤小。

新鲜 Bennett 骨折采用闭合穿针固定亦是一种良好方法。因单纯用石膏复位, 压力过大将引起皮肤坏死, 太轻就失去复位能力。本组 5 例皆为石膏固定压力轻肿胀消退后, 固定作用变差而发生脱位和畸形愈合。

我们认为小针刀疗法和闭合穿针共同点是符合微创操作技术, 而后者对骨折固定简单可靠、效果好, 两者结合治疗陈旧性 Bennett 骨折是一种简便有效的治疗方法。

(编辑: 李为农)

克氏针加钢丝固定治疗小儿肱骨髁上骨折

王春 刘成招 郭卫中

(宁德地区第一医院, 福建 福安 355000)

1994 年 1 月至 1998 年 6 月, 我们运用交叉克氏针加 8 字钢丝内固定治疗小儿明显移位的肱骨髁上骨折 31 例效果满意。现报告如下:

1 临床资料

本组 31 例, 男 19 例, 女 12 例; 年龄 14 月至 12 岁。骨折类型: 开放性 3 例, 闭合性 28 例; 伸直型 27 例, 屈曲型 4 例。损伤原因: 跌伤 24 例, 交通事故 7 例; 合并神经损伤 6 例(其中桡神经损伤 5 例, 尺神经 1 例), 合并颅脑外伤 1 例, 尺桡骨骨折 1 例, 股骨骨折 2 例。

2 手术方法

患儿仰卧位, 采用臂丛或强化分离麻醉, 患肢置于手架上, 取肘外侧入路显露骨折端, 注意要将骨折近端内侧的骨膜剥离, 以保证骨折端解剖对位, 或轻度桡偏, 在骨折近端桡侧 1cm 处前后钻孔, 穿入直径 0.5mm 钢丝后将骨折端复位, 交叉打入 2 枚直径 3mm 的克氏针, 折弯剪断克氏针, 将钢丝收紧 8 字环绕在远端桡侧克氏针尾上, 克氏针尾埋在皮下。术后 2 例因骨折距手术时间较长骨质疏松, 术后加用石膏托固定外, 其余术后均采用绷带悬吊一周后开始功能锻炼。术后