

综上所述, V 形针内固定股骨干骨折的刚度和强度不足, 术后要用外固定保护。在操作过程中术前要选择好适应证和器械, 术中要操作得当, 按照“张力带”原理插针, 结合恰当的功能锻炼, 才能防止 V 形针的弯针、断针的并发症。

(收稿: 2000 09 22 编辑: 李为农)

尺骨冠状突骨折的治疗

秦增华 钱增杰

(沐阳人民医院, 江苏 沐阳 223600)

我科自 1994 年以来收治尺骨冠状突患者 12 例, 报告如下。

1 临床资料

本组 12 例, 男 8 例, 女 4 例; 年龄 6~49 岁, 平均 28.5 岁; 损伤原因: 跌伤 9 例, 车祸伤 3 例, 后者均有不同程度合并伤; X 线片表现: 单纯尺骨冠状突骨折 9 例, 合并肘关节后脱位 3 例; 骨折类型: 基底部骨折 5 例, 冠状突尖部骨折 7 例; 12 例中 4 例误诊, 其中 1 例误诊为肱骨小头骨折, 3 例误诊为 II 型肱骨内上髁骨折, 均于手术中发现为尺骨冠状突骨折。

2 治疗方法

2.1 手术治疗 取肘内侧切口, 长约 3~5cm, 切开皮肤及皮下组织, 游离保护尺神经, 凿断肱骨内上髁或于近止点部切断前臂屈肌腱起始部, 向下牵开, 切开关节囊, 即可显露骨折部, 清理关节积血, 复位后进行内固定, 本组采用细松质骨螺钉固定 3 例, 克氏针交叉固定 2 例, 对骨块较小的尖部骨折作切除 2 例。然后克氏针交叉固定凿断之肱骨内上髁或用 7 号线缝合切断的前臂屈肌腱起点。术后须石膏托功能位固定 3 周。拆除后加强肘关节伸屈锻炼。

2.2 非手术治疗 采用手法复位或撬拨复位屈肘 90° 功能位石膏托外固定 1~1.5 月, 本组有 5 例。

3 结果

12 例均进行了随访, 随访时间最短 3 月, 最长 16 月, 平均 4.5 月, 其中经非手术治疗 5 例全部临床愈合; 手术内固定中 1 例克氏针松动退出致骨块移位坏死, 再次手术切除, 5 例临床愈合, 愈合时间 1.5~3 月, 平均 2.3 月; 肘关节功能恢复情况: 伸 0° = 屈 130° 6 例, 伸 0° = 屈 110° 3 例, 伸 10° = 屈 130° 3 例, 其中作骨块切除者无习惯性肘关节脱位倾向。

4 讨论

4.1 尺骨冠状突骨折的诊断要点 我们通过总结分析认为以下几点有助于提高诊断准确性: ①尺骨冠状突骨折肿胀和压痛的肘关节前下方明显。②合并肘关节脱位的冠状突骨折多为后脱位, 而肱骨内上髁骨折为合并侧方脱位。③熟悉肘关节 X 线解剖及儿童肘关节骨化中心的形成, 通过排除法确定诊断。④肘关节内侧切口适宜于肱骨内上髁骨折与尺骨冠状突骨折的处理。⑤仔细观察半月切迹是否圆滑。若有阶梯存在, 可能有冠状突骨折。⑥CT 扫描能协助诊断。

4.2 尺骨冠状突骨折的治疗 非手术治疗适用: ①骨折无明显移位, ②手法复位成功者, 对于骨块较小者也可行撬拨复

位, 术后屈肘功能位固定, 使肱肌松弛, 有助于骨块复位与稳定, 骨折愈合后拆石膏功能锻炼, 本组 5 例经随访发现肘关节功能恢复满意。手术治疗适用于: ①小骨块移位明显而手法复位失败者。②骨块进入关节腔而造成关节绞锁者。手术要点是保护尺神经, 恢复半月切迹光滑, 对较大骨块可自尺骨背侧用一枚松质骨螺钉固定, 骨块小者用二枚克氏针交叉固定或两边钻孔粗丝线捆扎固定。对骨片很小不易固定者, 若冠状突关节面丧失小于 1/2, 可行骨块切除, 我们对行骨块切除的 2 例随访长达 16 个月, 未发现习惯性肘关节脱位发生。尺骨冠状突骨折平均愈合时间 1 月。因该处属干骺端松质骨, 有肱骨附着血运佳, 故容易愈合。

(本文承蒙南京大学医学院附属鼓楼医院李承球教授指导, 深表感谢!)

(收稿: 1999 08 10 修回: 2000 06 24 编辑: 程爱华)

肋软骨骨折的诊治体会

王劲 臧明 孙贤德

(常德市第一人民医院, 湖南 常德 415003)

我们从 1995 年元月至 1999 年元月诊治肋软骨骨折 16 例, 报告如下。

1 临床资料

本组 16 例, 男 12 例, 女 4 例; 年龄 16~59 岁, 平均 28 岁。直接损伤 11 例, 间接损伤 5 例, 合并肋骨骨折 3 例, 肺挫伤气胸 2 例。临床表现胸肋软骨区局部肿胀, 疼痛部位可扪及台阶或凹凸, 按压浮动或骨擦感, 经 X 线检查仅 3 例合并肋骨骨折, 8 例经 CT 薄层扫描示肋软骨骨折, 局部 B 超检查 8 例, 本组肋软骨骨折明显移位 4 例, 多肋软骨骨折 2 例。骨折部位: 第二前肋 3 例, 第三前肋 2 例, 第五前肋 3 例, 第六前肋 4 例, 第七前肋 3 例, 第八肋 1 例。

2 治疗方法

按肋软骨骨折移位或凹凸程度采用不同的方法: 3 例完全错位, 局部凹陷, 采用开放复位钢丝或粗丝线内固定, 2 例错位约 2/3~1/2 病例在局麻下行经皮钢针撬拨复位。本组病例疼痛较剧者采取 0.5% 利多卡因 2~5ml 加上地塞米松 5mg 行肋间神经或局封 2~3 次, 5 天 1 次, 配合外贴威而贴膏或跌打丸调酒外敷。

3 治疗结果

患者疼痛缓解快, 自我感觉好, 症状 4~7 天消失, 局部压痛点 3~5 周消失, 平均 4 周, 胸式呼吸无受限, 无严重畸形及后遗症发生。

4 讨论

4.1 诊断与鉴别 肋软骨是肋骨与胸骨的连接桥梁, 由于其肋软骨自身的特点, 普通 X 线片无法显示, 很多医师没有引起高度的重视而被忽略, 冠以软组织挫伤治疗, 本组有数例就是在伤后 5~7 天方被确诊。我们觉得胸部创伤后如 X 线照片阴性改变, 而具有肋软骨区相应症状体征者要考虑肋软骨骨折的存在, 对于无确切把握时可行肋软骨薄层 CT 扫描, 具

有确诊价值,而 B 超检查可了解局部血肿情况,排除内脏损伤,在鉴别诊断上有参考价值。

4.2 治疗 肋软骨骨折后患者最需要解决的问题就是疼痛,尤其是在呼吸运动和夜间休息时疼痛难以忍受,治疗上主要是围绕疼痛作相应处理,针对软骨损伤后骨折的移位及血肿对软骨膜和胸膜的牵拉张力,早期穿刺抽出血肿将严重错位骨尽早复位,然后经肋间神经或局部封闭,再配合跌打丸调酒外敷或威尔贴外用可加速瘀血的吸收,改善局部血循环,为骨折早愈合创造好的条件。肋软骨骨折复位指征:①移位 1/2~2/3 宜在局麻下手法复位或经皮克氏针撬拨复位,一般复位后无需内固定。②完全错位,局部凹陷,多段骨折,经手法不易成功则需开放复位钢丝或粗丝线内固定。

4.3 关于骨折愈合 肋软骨本身无血供及软骨修复慢的特点使肋软骨损伤后修复时间相对较长,通过本组的诊治我们会体会到在减轻患者痛苦的治疗中要应用综合措施,促进软骨损伤部位的血运,在血供充足的条件下才有利于肋软骨膜内皮细胞的增殖和分化,加速软骨的修复,缩短病程和肋软骨骨折的愈合时间。

(收稿:1999-09-20 编辑:李为农)

经皮克氏针固定治疗 Bennett 骨折及脱位

李学银
(铜山县第二人民医院,江苏 铜山 221143)

自 1990~1998 年间,应用经皮克氏针固定治疗拇指掌骨基底部分骨折及脱位 18 例,收到满意效果。

1 临床资料

本组 18 例, Bennett 骨折 14 例,无骨折单纯拇指腕掌关节脱位 4 例,皆为新鲜骨折或脱位,其中男 14 例,女 4 例;年龄 17~43 岁,平均 28.3 岁。右侧 13 例,左侧 5 例。

2 治疗方法

急诊作局部血肿内麻醉,选择性病例臂丛麻醉。在 X 线电视机直视下,在外展位牵引拇指,同时加压于掌骨基部,骨折极易复位,由助手牵引保持骨折整复。在第一掌骨基部穿一根克氏针,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,亦可贯穿第一掌骨后将其固定在第二掌骨上。无骨折的单纯腕掌关节脱位固定方法一样,只需复位后用克氏针将掌骨固定在大多角骨或第二掌骨上即可。如复位固定满意,则将克氏针靠近皮肤处剪断埋于皮下。然后用前臂石膏托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掌关节功能锻炼。

3 治疗结果

术后随访 16 例,最长 7 年,最短 1 年,1 年后患指功能均达正常水平。

4 讨论

Bennett 骨折是手部常见骨折之一,若整复不完全或固定不理想,骨折常不愈合,结果形成一个疼痛而僵硬的关节,严重影响手的功能。该骨折的特点是整复容易固定难,用石膏保持复位,在掌骨基底部力线也不满意,过大的压力将引起皮肤坏死,太轻就失去复位能力。切开复位方法很多,但创伤大、费用高、住院时间长。而采用闭合复位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。在 X 线机直视下复位固定骨折端整复完好,未见骨折不愈合或畸形愈合发生。此法肿胀轻,疼痛小,病人易于接受。手术感染机会小。骨折均能于 3~4 周愈合。治疗时间缩短,治疗经济负担亦减轻。术后功能恢复快,优良率高。对于不伴有骨折的腕掌关节脱位,用此闭合整复穿针固定更方便易行。

(收稿:1999-11-24 编辑:连智华)

陈旧性踝关节骨折的治疗

陈功亭 郑党山 李忠烈 国革峰 赵建峰
(漯河市第一人民医院,河南 漯河 462000)

自 1994 年至 1998 年 7 月共收治陈旧性踝关节骨折包括下胫腓关节分离 32 例,随访 22 例,现报告如下。

1 临床资料

22 例中男 10 例,女 12 例,年龄 21~60 岁,22 例中外踝骨折 5 例,双踝骨折 15 例,三踝骨折 2 例,病程 4 个月至 4 年,平均 23 个月。患者都有不同程度的踝关节负重疼痛、不稳、肿胀、功能受限。

2 手术治疗

32 例均采用踝关节水平外踝横行截骨、复位后克氏针固定。硬外麻,仰卧位,先显露内踝及距骨内侧,可见增宽的内踝关节间隙内充满瘢痕组织。用刀将瘢痕组织由前向后切除干净,使距骨复位无阻碍。内踝骨折畸形愈合则将内踝重新整复并用克氏针固定。再显露外踝及距骨外侧,在踝关节水平将外踝横行截断,此时向内推挤外踝与距骨向内复位,在 X 线观察下距骨复位良好,也可由外踝切口直视复位。当关节完全复位时由外下向内上,在外踝穿一枚克氏针至胫骨远端内侧骨皮质,冲洗缝合内外切口,小腿管型石膏固定踝关节于中立位。术后 6 周拆除石膏,拔除克氏针,渐行锻炼。

3 结果

32 例手术,22 例随访 6 个月至 3 年 4 个月,平均 23 个月。所有病人行走步态正常,双膝并拢可下蹲,无踝疼及不稳,有 2 例 55 岁以上患者活动过度时有轻微肿胀及轻微疼痛。术后无一例感染。未见损伤性关节炎征象。

4 讨论

回顾国内外踝关节畸形愈合的各种手术方法,发现腓骨截骨并延长对矫正腓骨短缩、外旋是一个有效的方法,但截骨面较高不能做外踝及距骨的横向移动复位,使复位不良功能恢复差。本手术方法不但纠正了腓骨的畸形,而且能横向水平复位,距骨关节面完全接触,效果满意。本组病程最长 4