

入肌肉支配肌肉后,再开始肌肉主动收缩训练。

参考文献

- 1 曲智勇,程国良,郝铸仁.实用手外科手术学.北京:人民军医出版社,1992.168-169.
- 2 陆裕朴,胥少汀,葛宝丰,等.实用骨科学.北京:人民军医出版社,1991.870-871.

- 3 侯建伟,王召言,赵强,等.不同术式修复周围神经损伤术后疗效分析.中国骨伤,1996,9(5):46.
- 4 刘景祥,任世祯,李桂珍.超高频电场对周围神经再生的实验观察.中华理疗杂志,1986,9(2):72.
- 5 廖维靖,南登昆,黄彬鉴.超声对鼠周围神经损伤后肌肉神经支配的研究.中华理疗杂志,1995,18(3):207.

(收稿:2001-08-01 编辑:荆鲁)

• 短篇报道 •

矩形针治疗胫骨多段骨折

史福全

(内黄县中医院,河南 内黄 456300)

我院自 1996 年 6 月~2000 年 12 月共收治胫骨多段粉碎性骨折患者 13 例,现报道如下。

1 临床资料

本组 13 例,男 8 例,女 5 例;年龄 18~56 岁,平均年龄 37 岁,均为车祸所致,其中多段骨折 6 例,多段骨折合并碎骨块 5 例,多段开放性粉碎性骨折 2 例,其中 1 例合并腓总神经损伤。

2 治疗方法

术前选择宽度和长度与髓腔相适应的矩形针,宽度应小于髓腔直径 2~4mm,长度约为胫骨结节至内踝距离减去 3~5cm。所有病例应用硬膜外阻滞麻醉。对于单纯多段骨折的病例,我们采用 C 型臂 X 线机下手复位闭合穿针法,常规消毒铺巾后,在胫骨结节内侧切一竖形口,长略大于矩形针宽度,钝性剥离至骨膜,用小号骨凿在胫骨上开一窗口,将矩形针缓缓经髓腔打入,针尾埋于皮下,缝合切口。若一根针固定效果欠佳,则在胫骨结节外侧以同样方法加穿一根矩形针。对于复位较困难且有碎骨块者,采用小切口手术,直视下复位,10 号丝线捆绑碎骨块,按照上述方法穿针,对于开放性骨折,用生理盐水、双氧水、庆大盐水反复冲洗,彻底清创后直视下复位穿针,缝合切口,对于稳定程度因矩形针弹性曲度存在而受影响时可配合“U”型石膏夹外固定。

3 治疗效果

本组 13 例,在严格消毒,彻底清创后行术,术后运用抗生素(伤)口均一期愈合,经随访最短 3 个月,最长 2 年,平均 1.2 年。疗效评定标准:优,患者无疼痛行走无困难,小腿外观及步态正常,X 线片显示骨折达解剖复位,有成熟的骨痂通过骨折线,并可完全负重,本组 7 例;良,患肢轻度疼痛,走路酸困不适,劳累受凉后邻近膝关节,踝关节轻度疼痛,能够部分负重,X 线示基本解剖复位,本组 5 例;可,经半年以上治疗,骨折基本愈合,骨折线模糊,能扶拐行走,膝踝关节功能尚可,本组 1 例;差:疼痛较重,行走困难,骨不连接致残,本组 0 例,优良率达 92.3%。腓总神经损伤 1 例,跨跃步态 II 期手

术肌腱移植,效果良好。

4 讨论

胫腓骨是长管状骨最常发生骨折的部位,约占全身骨折的 13.7%,由于其担负的功能和生长部位的关系,遭受直接暴力的机会较多,又因胫腓骨内侧紧贴皮肤所以开放性骨折较多见,严重外伤,骨折粉碎,骨不愈合是其治疗难点,采用什么方法处理最好,一直是骨折治疗中争议最多的问题之一^[1]。我院采用矩形针固定胫骨多段骨折取得较好的治疗效果,现分析讨论如下:①矩形针内固定不影响骨折愈合的生理性应力。祖国医学的“动静结合”骨折治疗原则,要求尽可能做到闭合复位,弹性固定,早期生理性活动,这样既缩短了骨折的愈合时间,又提高了愈合率和愈合质量,而运用矩形针治疗胫腓骨多段骨折既起到了骨折复位后的固定作用又不影响功能锻炼,可以早期活动肌肉,发挥“筋束骨”的生理机制,使骨断端承受着最佳应力^[2],从而避免了由刚性固定物对骨的替代作用,不会出现由偏心受力和应力遮挡所引起的固定物断裂、骨质萎缩、矿物质吸收而最终造成骨不连或延迟愈合^[3]。②矩形针内固定不影响胫骨的血供来源。矩形针宽度小于髓腔直径,在髓腔内属点式或线式弹性内固定既不需要使用髓腔钻破坏骨内膜滋养动脉,也不用广泛剥离骨膜血管系统,尽可能保留了胫骨的血源供养。③矩形针不占据小腿筋膜室容积,有利于小腿软组织早期消除水肿进行功能锻炼,且本手术创伤小,不加重组织损伤,操作简单,易于掌握,费用低,患者乐意接受,综上所述,运用矩形针治疗胫骨多段骨折不失为一种理想的办法。

参考文献

- 1 胥少汀,葛宝丰,徐印坎.实用骨科学.第 2 版,北京:人民军医出版社,1999.733-734.
- 2 李可心,尚天裕,钟红刚.骨折愈合的应力适应性研究.中国骨伤,1994,7(3):16.
- 3 赵勇,尚天裕.69 例骨折不愈合或延迟愈合的生物力学分析.中医正骨,1995,7(1):7.

(收稿:2001-11-05 编辑:荆鲁)