

• 临床研究 •

克氏针与钢丝联合应用治疗指骨斜形骨折

Treatment of oblique fractures of finger bone by Kirschner wire combined with steel wire

赵斌, 徐海斌

ZHAO Bin, XU Hai-bin

关键词 指骨骨折; 骨折固定术, 内 Key words Finger bone fractures; Fracture fixation, internal

1998-2001 年间, 我科应用克氏针与钢丝联合治疗手指骨斜形骨折 43 例, 疗效满意, 现报如下。

1 临床资料

本组 43 例中男 24 例, 女 19 例; 年龄 17~72 岁, 平均 44.5 岁。骨折原因均为外部暴力所致。其中近节指骨斜形骨折 25 例, 中节 18 例; 开放骨折 16 例, 闭合骨折 27 例, 其中多根指骨骨折 12 例。均为斜形不稳定骨折, 并且骨折移位明显, 手法复位后骨折端不易维持。

2 治疗方法

根据伤情的不同选择指根麻醉或臂丛神经麻醉。指骨开放骨折首先行严格、彻底的清创术, 然后再行内固定术。手术切口取在骨折线与骨折近端成锐角的指骨侧方, 切开皮肤、皮下, 小心分离并保护指侧方的血管、神经束, 暴露出骨折端, 清理断端骨髓腔内的瘀血及嵌顿的软组织, 然后将骨折解剖复位。我们选用 $\phi 1.5 \text{ mm}$ 已消毒好的克氏针由切口处骨折近端朝骨折线方向垂直钻入, 将骨折固定, 注意克氏针穿出对侧骨皮质, 但不要穿出对侧皮肤, 然后在切口侧骨折线的远处, 将指骨钻一前后方向的骨洞, 穿入钢丝, “8”字形固定在克氏针的尾部, 并逐渐拧紧钢丝, 给骨折端适当的压力。另外, 钢丝可将结打在钢丝的尾部, 以便骨折愈合后内固定物的取出。克氏针尾部埋于皮下, 术后不用石膏固定, 病人在 3~5 d 后即可进行早期功能锻炼。

3 治疗结果

本组 43 例, 均经门诊随访, 术后随访 6~18 个月, 平均 12 个月。38 例术后 4 周后行 X 线检查示骨折愈合, 且对位、对线良好, 手指活动自如。1 例因骨折端移位致畸形愈合, 3 例因术后感染而将内固定物

取出, 改用石膏外固定。

4 讨论

临床上应用手法复位后石膏外固定或手术复位克氏针髓内固定后石膏外固定的方法, 操作简单, 但术后外固定时间长, 应用 2~3 根克氏针固定骨折端, 手术操作复杂, 且不能对骨折产生加压作用, 很有可能使骨折端分离, 影响骨折愈合; 采用多根克氏针固定骨折端针尾留在皮肤外边, 虽然便于取出, 但也可能成为感染源^[1]。

治疗近节及中节指骨斜行骨折, 笔者认为应掌握两条原则, 一是争取作到解剖复位, 因屈、伸肌腱紧贴指骨, 如果骨折错位或成角愈合, 容易导致肌腱粘连或张力失去平衡; 另一点是防止旋转愈合, 一旦有旋转愈合, 屈指时, 患指将与邻指交叉^[2]。基于以上治疗原则, 笔者采用克氏针与钢丝联合应用的手术方法, 克服了以往手术的缺点, 该手术类似张力带法, 骨折一方面被钢针穿住不会发生旋转或移位, 另一方面被钢丝纵向拉紧不会分离, 术中已达解剖复位的断端容易维持, 且对骨折端有加压作用, 能够确保骨折牢固固定。因固定确切, 患指关节的早期锻炼, 能够有效地防止关节粘连强直, 并可起到关节磨造作用^[3], 有利于关节功能的尽快恢复, 更有利于骨折愈合。这种手术方法简单, 软组织损伤轻, 切口易愈合, 且骨折愈合率高, 以后取出内固定物也较方便。

参考文献

- 1 王澍寰. 手部创伤的修复. 北京: 北京出版社, 1997. 239.
- 2 王亦璁, 孟继懋, 郭子恒. 骨与关节损伤. 第 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 1998. 471.
- 3 黎克. 钢针钢丝内固定治疗胫骨平台骨折. 中国骨伤, 2001, 14(10): 637.

(收稿日期: 2003-03-05 本文编辑: 李为农)