

小腿双骨折钢板内固定改外固定治疗 24 例

廖彩霞

(江西省高安市骨伤医院 高安 330800)

关键词:小腿双骨折;外固定;内固定失败

中图分类号:R 681.8

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2003)06-0029-01

临床上小腿双骨折常采用钢板内固定治疗,但往往由于局部组织缺损、创口污染等多种原因致内固定失败。我院自 2000 年 1 月~20002 年 11 月共收治小腿双骨折钢板内固定失败病例 24 例,改行外固定治疗,疗效满意。现分析如下:

1 一般资料

本组 24 例,男,18 例,女 6 例;年龄 14~55 岁,平均 31.6 岁;开放性骨折 20 例,闭合性骨折 4 例;粉碎性骨折 18 例,横断型 2 例,长斜型 2 例,多段骨折 2 例;中、下段骨折 16 例,上段 8 例;切口感染 4 例,钢板暴露 16 例,螺丝松动 4 例。24 例去钢板内固定改外固定治疗。

2 手术方法

2.1 上外固定 在硬膜外麻下常规消毒、铺巾,用碘伏纱布盖住感染创口。于骨折远近折端分别用电动式手摇钻钻入 2 枚螺钉,装上外固定支架后,用酒精纱布盖住钉眼。

2.2 去内固定 按原手术切口切开皮肤,依次取出螺丝及钢板,二期清创,检查折端对线、对位良好后,再加压固定外架。

3 结果

本组 24 例中,23 例原手术切口 12~20d 愈合,原皮肤缺

损及皮肤剥脱经换药及植皮后 40d 愈合。经 X 线片复查 3~6 个月,平均 4 个月均骨性愈合。患肢膝关节及踝关节功能正常,行走自如,可参加劳动。1 例因原有死骨未清除,经植骨术后 7 个月骨性愈合。

4 讨论

4.1 钢板内固定失败原因 (1) 10 例软组织损伤严重。(2) 8 例皮肤大面积剥脱,组织缺损,肌肉碾挫,粉碎骨折和严重污染。(3) 4 例术中骨膜剥离太多。(4) 2 例未及时应用抗生素而导致感染。

4.2 外固定优点 (1) 固定牢固,受区创伤小,对受区骨质及软组织血供影响小,便于创口处理和观察创口情况。(2) 可早期进行功能锻炼,防止关节僵直、肌肉萎缩等并发症发生,避免应力遮挡及异物排斥反应,可加压促进骨折愈合。(4) 可延长、纠正短缩移位。

综上所述,我们认为对上述情况小腿双骨折,必须尽量避免内固定治疗,而采用外固定支架治疗是上策。

(收稿日期:2003 - 06 - 04)

腓肠肌内侧头肌皮瓣转移治胫骨慢性骨髓炎 17 例

徐强 刘健民 桂添瑞

(江西省肿瘤医院骨科 南昌 330029)

关键词:慢性骨髓炎;手术疗法;皮瓣转移;腓肠肌内侧头肌

中图分类号:R 614.4⁺2

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2003)06-0029-02

我院自 1990 年 5 月~1995 年 8 月应用腓肠肌内侧头单、双蒂肌皮瓣转移治疗胫骨慢性骨髓炎 17 例疗效满意。现报告如下:

1 临床资料

本组 17 例,男 11 例,女 6 例;年龄最大 26 岁,最小 15 岁;病程 2~7 年,平均 4.5 年。所有病例均有胫骨贴骨疤痕,有瘘道者 15 例,X 线表现为胫骨骨皮质硬化、增生、死骨形成,髓腔变窄和 / 或部分闭塞;病灶切除后残留创面最大为 18cm×6cm,最小为 12cm×6cm;应用腓肠肌单蒂肌皮瓣 12 例,双蒂肌皮瓣 5 例。

2 手术方法

所有病灶彻底清创:切除贴骨疤痕,清除死骨,扩大贯通闭塞髓腔,根据胫前皮肤缺损范围大小,设计腓肠肌内侧头肌皮瓣切范围,对胫骨中上段病灶者行腓肠肌内侧头单蒂肌

皮瓣转移,对胫骨中下段病灶者则行双蒂肌皮瓣转移,以设计腓肠肌内侧头单蒂肌皮瓣为例:皮瓣基部位于小腿后上方,后缘位于小腿后正中线前,前缘与创面边缘相连,其中无正常组织间隙,远端应超过创面远端的水平线 3~5cm。按创面大小画出皮瓣轮廓,在靠近腘窝处作皮瓣后上切口,切开深筋膜,在小腿后正中线找到小隐静脉及腓肠神经,将两者牵向外侧保护。在腓肠肌内外侧头之间作钝性分离,找到腓肠肌内侧头与比目鱼肌间隙,用手指由近而远作钝性分离,并依作皮瓣前及远侧切口,将肌皮瓣前移覆盖胫前创面,供区创面用中厚皮片修复,双蒂皮瓣操作同前,仅皮瓣远端不切断,直接前移修腹股前创面。术中注意勿伤及皮瓣近端腓肠动脉入肌点。

3 讨论

3.1 胫骨慢性骨髓炎多为长期不愈,反复发作。由于胫前无