

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

非手术法治疗腰椎间盘突出症临床体会

邹荣瑞

(江西省瑞金市中医院 瑞金 342500)

关键词:腰椎间盘突出症;牵引;按抖复位法;中药疗法;临床体会

中图分类号:R 681.53

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2003)06-0030-01

笔者自 1998 年 10 月~2003 年 8 月共收治腰椎间盘突出症 72 例,全部采用非手术治疗,即牵引合按抖复位法并结合内服中药治疗,有效率达 94.4%。现报告如下:

1 一般资料

本组 72 例病例中,女 10 例,男 62 例;最小年龄 21 岁,最大年龄 76 岁,平均年龄 42 岁;急性发病者 9 例,其余 63 例为慢性发病者;均有腰腿放射性疼痛、活动或行走困难病史;直腿抬高试验(+)者 61 例,CT 检查单纯腰椎间盘突出者 65 例(其中:L_{3~4} 突出 11 例,L_{4~5} 突出 48 例 L₅~S₁ 突出 13 例,合并腰椎间管狭窄 7 例。

2 治疗方法

2.1 牵引合按抖复位法 患者采用仰卧、头高(约 5~100cm)脚低位,用腰椎牵引带固定,牵引重量约为患者自身体重的 25%~35%,持续牵引约 30~60min(视患者耐受程度而定),3~4 次/d,牵引解除后应尽量卧床休息。在牵引过程中可结合按抖复位法^[1]:患者采用俯卧位,胸及髂腰下各垫一枕,痛甚者肌注度冷丁 50~100mg,以 30~35kg 的力量牵引约 25min,并在突出部位采用双手重叠快频率按抖 110~120 次/min(压痛和反跳痛消失或减轻,直腿抬高增加,感觉障碍区消失或明显减轻者为有效)。若经此手法治疗后,疼痛或感觉障碍无明显好转者,可于 3~5d 后再行按抖复位法。但应注意孕妇、脊柱滑脱、严重心脏病、活动性肝炎合肝脾肿大者,不宜采用。

2.2 中药治疗 牵引早期,常采用行气止痛活血、活血通络等治法,常用桃仁、红花、赤芍、丹皮、枳壳、厚朴、乳香、没药、土鳖虫、制川乌、制草乌等;中后期多采用补益肝肾、强筋健骨等法,常用熟地、当归、杜仲、狗脊、续断、补骨脂、菟丝子、海龙、海马、桑寄生、牛膝、千年健、鸡血藤等。

3 疗效观察

一般疗程为 4~5 周,本组病例 72 例,68 例有效,经治后

查体:活动自如,无腰腿不适,局部无明显压痛,抬腿试验(-);CT 检查 56 例未见椎间盘突出,12 例突出 1~1.5mm 较牵引前有明显好转;其余 4 例体征无好转,突出部位无明显回收并有椎间管狭窄,后建议其行手术治疗。对有效病例随访 3 年,其中有 5 例因外伤或过度劳累等原因再次复发。

4 讨论

腰椎间盘突出症是骨科常见病和多发病,也是导致腰腿痛的主要原因之一,青壮年或重体力劳动者属高发人群。本病发生的原因除了外伤、长期重体力劳动使其变形突出外,其自身结构的自然衰变,如骨髓核含水量减少、软骨板变薄、纤维环变性、前后纵韧带松弛等是导致椎间盘突出的重要原因。本治法的原理:通过借用外力的双向牵引,使椎间盘负荷减轻,压力减轻后的髓核含水量增高,体积增大,弹性得到改善;椎间盘与椎板间隙或对应关系得到改善,使突出的椎间盘得到一定的回收复位。按抖法也就是利用此原理以达到使神经受压状态得到解除或缓解,突出的椎间盘得以回复。内服活血通络类中药的目的在于消除或减轻受压部位的水肿,松解粘连组织,补益肝肾、强筋壮骨类中药主要是改善髓核的脱水、纤维环的变性及前后纵韧带的松弛。

非手术治疗腰椎间盘突出症的优点在于其损伤小、痛苦小、费用低,易为广民众所接受,但其远期效果不如手术疗效好,而且适用范围也有一定限制,如椎间盘严重变性或与周边组织粘连紧密、髓核破碎、严重椎间管狭窄等重证则不适用,应采用手术治疗以迅速解除痛苦,早日恢复健康。

参考文献

[1]陆裕丰,胥少汀,葛宝丰,等.实用骨科学[M].北京:人民军医出版社,1995.1 164

(收稿日期:2003-11-06)

丰厚肌肉,血运较差,炎症反复刺激后易形成瘻道,贴骨疤痕,胫骨骨皮质增生、硬化及髓腔变窄甚或闭塞,致使局部血运更差,抗生素治疗难以达到有效浓度。清除病灶后消灭死腔最理想的方法是利用邻近肌皮瓣堵塞,以期改善局部血运状况,消灭死腔。腓肠肌内侧头肌皮瓣具有血运丰富、抗感染力强、操作简便、安全可靠以及疗程短、成功率高等优点。本组 17 例肌皮瓣全部成活,骨髓炎无 1 例复发。

3.2 手术指征 凡胫骨慢性骨髓炎病灶清除后遗留残腔、

皮肤缺损导致胫骨部分外露者均可采用本肌皮瓣转移。

3.3 操作要点 应熟知腓肠肌肌皮瓣的应用解剖,术中注意保护腓肠动脉入肌点,切勿伤及该动脉。单蒂肌皮瓣远端断皮点应超过病灶远端 3~5cm。双蒂肌皮瓣修复胫骨缺损宽度不超过 6cm,肌皮瓣转移后应保持无张力缝合。

经长期随访,行一侧腓肠肌肌皮瓣转移后,患肢小腿功能无显著影响,此与文献记录一致。

(收稿日期:2003-09-01)