

三角针闭合髓内固定治疗前臂骨折体会

周小明

(江西省萍乡市中医院骨科 萍乡 337000)

关键词 前臂骨折 三角针 髓内固定 内固定器

中图分类号 R 683.41

文献标识码 B

文献编号: 1671-4040(2004)02-0035-01

前臂骨折是临床上常见骨折,过去治疗方法很多,但各有利弊。我们总结开放复位三角针髓内固定治疗前臂骨折的经验教训,在 X 线监控下,闭合穿针髓内固定治疗部分前臂闭合骨折,取得满意疗效。现将近年来所治疗 53 例报告如下:

1 一般资料

本组 53 例,男 35 例,女 18 例;17~20 岁 7 例,21~50 岁 41 例,50 岁以上 5 例;单骨骨折 17 例,双骨骨折 36 例,均为尺、桡骨中部 2/4 骨折;横断型 15 例,短斜型 16 例,粉碎型 22 例;受伤到手术时间 24h 内 38 例,2 周内 13 例,2 周后 2 例。

2 治疗方法

2.1 器材 准备开放复位、髓内固定与钢板固定器、三角针(直径为 2.5mm、3.0mm、3.5mm)3 种规格各 3 枚,常用 2.5、3.0mm 三角针。

2.2 操作方法 (1)在臂丛麻醉下,上臂上气囊止血带,X 线电视监控,无菌操作。三角针选比髓腔狭窄处稍小直径的各 1 根备用。(2)选择易复位且稳定的一骨先行固定,一般先选择尺骨进行复位固定。尺骨:屈肘 $\geq 90^\circ$ 以尺骨鹰嘴正中线,距尺骨背侧缘 0.5~1cm 为进针点。针身与骨干髓腔方向一致击入三角针,针尖到达距骨折断端 $<0.5\text{cm}$ 的髓腔止。手法复位满意后,把针击入远端离尺骨基突约 1.0cm 止。桡骨:选桡骨远端中线、距关节面约 0.5cm 为进针点,极度屈腕,针尖 2cm 弯成约 30°弧形,与桡骨背面成 30°进针,边进,针尾边压低,针尖距骨折端约 $<0.5\text{cm}$ 止。手法复位后,把针击入骨折近端,到达桡骨颈止,针尾折弯后,留于骨折 0.5cm,埋入皮下。整理进针点皮肤软组织后,包扎进针点。

2.3 术后护理 (1)抗生素应用 3~5d,肿胀严重者可脱脱水剂。(2)术后石膏托固定 2 周,换小夹板固定,并开始肘、腕屈伸锻炼;6 周后,骨痂有中量生成则带夹板行前臂轻度旋转锻炼,直至骨折线部分消失,方可去夹板锻炼。

3 疗效观察

优(10 周内骨折线全部消失或部分消失,无成角畸形,前臂、肘、腕功能活动恢复正常)49 例,良(16 周内骨折线部分消失,前臂放置功能受限 $\leq 30^\circ$

肘,腕关节活动功能受限 $\leq 30^\circ$ 4 例。

4 讨论

4.1 尺桡骨骨折髓内固定技术,RuSh 于 1937 年,Lambrinudi 于 1939 年发明。但由于材料、理论等方面的限制,骨折不愈合率发生仍很高^[1]。现在所使用的三角针具有良好的弹性和可塑性的特点,它能顺髓腔弯曲而弹性塑形,棱角弹性卡压在髓腔曲度变化的髓内皮质骨上能有效防止断端旋转移位,使骨折端受到微动,应力刺激有利于骨折愈合^[2]。克服了骨圆针不防旋和 Sage 氏针等硬度大的髓内针破坏旋转,造成断端分离等缺陷。

4.2 闭合复位、穿针术避免了开放复位时对骨折部软组织的损伤和血运的破坏,又能使骨折端良好复位和有效固定。既符合中医传统正骨的动静结合原则,也符合现代骨科生物学固定理论和微创化新潮流。术后石膏托固定,有利于软组织损伤的修复及肿胀的消退。小夹板固定则有利于肌肉收缩和关节功能锻炼,也防止骨折成角和旋转活动。

4.3 病例选择要妥当,手法不能达到满意复位的骨折应选择开放复位固定,如粉碎性骨折中骨折块多而大、移位严重者,长斜形骨折断端有软骨组织嵌入复位不良者等。我们只选择横断型、短斜型及粉碎骨折中碎骨片附着良好,或碎片少和小,不造成骨质明显缺损者行这种治疗。若选择不当,将造成骨折迟缓愈合或不愈合,甚至造成前臂功能极大受限。

4.4 三角针宜小而又不能过小。过小因强度不够,容易造成固定不稳而出现成角和旋转活动,影响骨折愈合,太粗则难以进针。如果骨骼有变异,或者髓腔太小,可改开放复位内固定,或钢板固定。

手法复位,闭合穿针髓内固定技术具有损伤小、操作简单、医疗费低、不留疤痕、骨折愈合快、关节功能恢复早等优点。患者易于接受,易于推广。

参考文献

[1]王亦聰. 骨与关节损伤[M]. 北京:人民卫生出版社,1992. 424~426
[2]潘能富. 动静结合骨折修复研究进展[J]. 中国骨伤,2000, 13(6):382

(收稿日期:2003-12-29)