

外固定架固定治疗桡骨远端严重粉碎关节内骨折

杜兰翔 肖嵘

(江西省赣州市中医院 赣州 341000)

摘要:目的:探讨桡骨远端严重粉碎关节内骨折的手术治疗方法。方法:对 15 例桡骨远端严重粉碎关节内骨折(C2 型 12 例、C3 型 3 例)采用切开复位外固定架固定。结果:全部病例均随访 1 年以上,优良率 93.3%。结论:切开复位外固定架固定治疗桡骨远端严重粉碎关节内骨折具有良好的固定作用,能较好地防止骨折再移位、畸形愈合和保护腕关节功能。

关键词:桡骨远端 C 型骨折;切开复位;外固定架固定

中图分类号:R 683.41

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2009)01-0034-02

桡骨远端骨折是常见损伤,约占所有骨折的 20%^[1],其中大多数病例均可通过闭合复位及石膏固定治疗。但是,对高能量损伤导致的严重粉碎关节内骨折,保守治疗后骨折畸形愈合和腕关节功能障碍十分常见,基于此,手术切开复位外固定架固定治疗桡骨远端严重粉碎关节内骨折逐渐被国内外同行采用。我院自 2004 年 1 月~2006 年 1 月手术切开复位外固定架固定治疗桡骨远端严重粉碎关节内骨折 15 例,且随访 1 年以上,现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 15 例中,男 11 例,女 4 例,年龄 20~48 岁,平均 34.2 岁。部位:左侧 6 例,右侧 9 例。致伤原因:车祸伤 3 例,高处摔伤 11 例,腕部砸伤 1 例。闭合性骨折 11 例,开放性骨折 4 例。按 AO 分类^[2]:C2 型(桡骨关节面简单骨折,干骺端粉碎的完全关节内骨折)12 例,C3 型(桡骨远端粉碎的完全关节内骨折)3 例。

1.2 治疗方法

1.2.1 治疗原则 对于 AO 分类中 A 型(桡骨远端干骺端骨折)首选闭合复位加石膏托外固定;对 B 型[B1 型(桡骨矢状面部分关节内骨折)、B2 型(背侧 Barton 骨折)、B3 型(掌侧 Barton 骨折)]和 C1 型(桡骨关节面及干骺端骨折简单的完全关节内骨折)患者,总有效率 52.4%,主要毒副反应Ⅲ~Ⅳ度骨髓抑制 71.4%,恶心呕吐发生率 52.4%,8 例轻度脱发,未出现心肾功能损害及过敏反应^[7]。

本观察结果显示:FOLFOX4 方案和 DC 方案在进展期胃癌治疗中,总有效率无显著性差异,均可以作为晚期胃癌的一线化疗方案。在毒副反应方面,DC 组骨髓抑制、脱发、消化道反应较重,给予预防处理后可以控制,因此可应用于年轻人或体质较好的老年人。FOLFOX4 组胃肠道反应、骨髓抑制、脱发发生率较低,主要以外周神经毒性为主,患者可以耐受,生活质量改善情况也较好,因而更适合于年老体弱、多程化疗或骨髓功能较差的患者。

参考文献

[1]孙燕,周际昌.临床肿瘤内科手册[M].第 3 版.北京:人民卫生出版

社,1996.97-99

折)骨折在闭合复位不满意时首选切开复位“T”形钛金属板钉内固定,对 C2 和 C3 型骨折首选切开复位外固定架固定。

1.2.2 手术方法 术中先于第二掌骨干和基底部固定远端针,再于距离骨折线至少 70mm 处的桡骨固定近端针,安装外固定架,C 型臂透视下穿针后,在牵引下对骨折端进行手法整复,注意矫正重叠、侧方及旋转移位。对有活动能力的病人,不能允许残留 2mm 以上的关节内移位。为维持复位后的位置,早期将腕关节固定于轻度尺偏、掌屈位,对保护尺倾角和掌倾角有一定作用。但腕关节屈曲不应超过 20°,在 40° 以上,腕管内的压力明显升高;尺偏应维持在生理学限度内,且不超过 20°,以避免尺骨盘和三角纤维软骨复合体过度紧张。如果在此范围内不能恢复桡骨包括桡尺和桡腕关节的解剖,应通过克氏针、骨移植、局限性的开放复位及上肢石膏等附加技术来补充(若桡骨桡侧最初缩短超过 10mm,桡骨尺侧最初缩短超过 5mm,在恢复桡骨长度和角度后,应施行骨移植)。复位满意后旋紧外固定架各臂。术后即可进行手指功能锻炼,定期拍片复查,3 周后外固定架改为微动,开始活动腕关节,同时配合我院外洗伤药熏洗治疗,6 周后拆除外固定架,同时拆除克氏针。外洗伤药处方:伸筋草 10g、

[2]金懋林.进展期胃癌全身化学治疗新进展[J].癌症进展,2007,5(1): 22

[3]王文玲,文小平,黄韵红,等.奥沙利铂联合 5-FU/亚叶酸钙治疗进展期胃肠癌疗效观察[J].中华肿瘤杂志,2004,19(1): 76-77

[4]陆建伟,周兆飞,伊必俭,等.奥沙利铂联合 5-氟尿嘧啶和酞酐叶酸钙时辰治疗晚期胃癌的初步临床研究[J].中华肿瘤杂志,2005,27(11): 695-697

[5]肖卫.FOLFOX4 方案治疗晚期胃癌的疗效观察[J].现代肿瘤医学, 2008,16(2): 241-243

[6]Roth AD,Maibach R,Martinelli G,et al.Docetaxal clsplatin:an effective drug combination in Gastric Carcinoma Swiss Group for Clinical Cancer Research (SAKK),and the European Institute of Oncology (EIO)[J].Ann Oncol,2000,11(3):301-306

[7]邹继峰,陈治宇.多西他赛顺铂及氟尿嘧啶治疗晚期胃癌临床观察[J].浙江临床医学,2008,10(7): 914-915

(收稿日期: 2008-10-14)

交锁髓内钉固定治疗股骨干粉碎性骨折

肖峰 肖宏 郭筱秋
(江西省泰和县中医院 泰和 343700)

关键词:交锁髓内钉;股骨干;粉碎性骨折

中图分类号:R 683.42

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2009)01-0035-02

股骨干骨折是临床常见的骨折,随着现代化高速发展,高能量的损伤也逐渐增多,股骨干骨折往往呈粉碎性骨折。目前,治疗股骨粉碎性骨折内固定的手术方法较多。2001 年 4 月~2006 年 5 月,我

鸡血藤 15g、海风藤 15g、苍术 20g、红花 10g、艾叶 15g、大活血 15g、威灵仙 10g。

2 结果

本组病例均随访 1 年以上,骨折愈合时间为 4~6 周,平均 5.1 周。无针道感染、骨不连发生,6 例采用单纯外固定架固定,9 例外固定架辅以克氏针内固定。伤口均一期愈合。按改良的 Shea 评分法^[3]评分,优良率 93.3%。

3 讨论

长期以来对桡骨远端骨折一般采用手法复位后石膏固定的保守治疗,但对不稳定型骨折,复位后位置难以维持,就不可避免地导致骨折畸形愈合和腕关节功能障碍^[4]。另外,为使骨折复位后维持骨折端的位置而把腕关节固定于屈曲位,这样将导致腕管综合征、腕部疼痛等并发症^[5]。桡骨远端骨折治疗目标是恢复桡骨远端的正常生理角度、桡骨的长度和关节面的完整性^[6],以减少创伤性关节炎的发生。一般掌倾角 <10°、尺偏角 <0° 或关节面移位超过 2mm,我们选择手术治疗,再根据患者年龄和骨折类型选择合适的手术方法。

经皮克氏针固定桡骨远端骨折已有近百年的历史,它具有手术简单、二次取出容易、较少影响肌腱功能等特点,适合于关节外骨折或骨折块较大的关节内骨折,特别是骨折远端向背侧移位者,因为背侧放置钢板螺钉容易引起伸指肌腱的继发性损伤^[7]。骨质疏松、严重移位粉碎的关节内骨折不适用此方法。钢板螺钉固定的优点是固定稳定,一般不需外固定,术后即可活动,可进行早期功能锻炼,利于腕关节功能的恢复。适用于骨折块较大,特别是向掌侧移位者。术中应修复旋前方肌以确保术后有足够的旋前力量,腕横韧带不缝合,避免腕管狭窄引起腕管综合征。但对于桡骨远端严重粉碎关节内骨折,骨碎片较多,钢板螺钉固定难以完成有效固定断端,造成术后再移位风险。

们采用交锁髓内钉固定治疗股骨干粉碎性骨折 35 例,疗效满意。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 35 例,男性 20 例,女性 15

外固定架治疗桡骨远端骨折逐渐被国内外学者接受,它的优点有:(1)手术创伤小,减少对骨断端及软组织的骚扰,有利于术后关节功能恢复;(2)术后即可活动指间关节及掌指关节,改为微动后即可活动腕关节,减少了创伤性关节炎和关节强直的发生率;(3)由于外固定架是靠腕关节周围的肌腱、韧带和关节囊的牵拉使骨折复位并维持其位置,这就为那些不能用内固定稳定固定的严重粉碎性骨折,特别是骨质疏松的患者的固定提供了可能;(4)便于开放性损伤特别是软组织损伤严重、伤口污染严重的处理。本组有 4 例开放性骨折采用外固定架固定,伤口均一期愈合。据文献报道,外固定架治疗桡骨远端骨折的并发症在 27%~62%之间,其主要是骨折再移位,钢针松动,针道感染,针部骨折,晚期塌陷及反射性交感神经营养障碍。然而,绝大多数并发症并不严重,且极少引起严重后遗症。近年来随着支架设计与穿针方法的改进及操作技术的提高,并发症发生率已日趋减少。只要术前仔细阅片,术中认真操作,术后严格护理,并积极配合运用骨移植及内固定等技术,即可减少并发症的发生。

参考文献

[1]Waters PM,Mintzer CM,Hipp JA,et al.Noninvasive measurement of distal radius instability[J].J Hand Surg (Am),1997,22:572-579
[2]荣国威.骨科内固定学[M].第 3 版.北京:人民卫生出版社,1995. 330-332
[3]Shea KS,Fernandez DL,Jupiter JB,et al.Corrective osteotomy for matunited displaced fracture of the distal end of the radius [J].J Bone Joint Surg Am,1997,79 (12):1 818-1 826
[4]Greg S,Mitchell S,James S,et al.Dynamic external fixation of unstable fractures of the distal part of the radius [J].J Bone and Joint Surg,1994,76-A:1 149-1 160
[5]李起鸿.骨外固定原理与临床应用[M].成都:四川科学技术出版社, 1992.81-83
[6]Swigart CR,Wolfe SW.Limited incision open techniques for distal radius fracture management [J].Orthop Clin North Am,2001,32 (2): 317-327
[7]Kamano M,Honda Y,Kazuki K,et al.Palmar plating for dorsally displaced fractures of the distal radius [J].Clin Orthop,2002,397: 403-408

(收稿日期: 2008-09-01)