

儿童尺桡骨下 1/3 骨折完全型背侧移位的临床治疗探讨

曹舸飞 宋小平 何思君

(四川省绵阳市骨科医院 绵阳 621000)

关键词: 儿童; 尺桡骨下 1/3 骨折; 完全型; 背侧移位; 治疗

中图分类号: R 683.41

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.05.063

尺桡骨下 1/3 骨折在儿童骨折中仅次于肱骨髁上骨折,完全型背侧移位发生率高,临床治疗效果欠佳。自 2008 年“5.12”地震以来,我院运用中医手法整复及小夹板外固定治疗儿童尺桡骨下 1/3 骨折完全型背侧移位 41 例,取得满意疗效。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组患儿 41 例,男 32 例,女性 9 例;年龄 3~13 岁,平均 6.9 岁。受伤原因:跌伤 36 例,车祸伤 3 例,打击伤 2 例。受伤至就诊时间最短伤后 10 min,最长 9 d,平均受伤后初诊时间约 18 h。开放伤 3 例,并发软组织挫擦伤 5 例、正中神经损伤 1 例;伤后曾在外院就诊者 5 例。

1.2 治疗方法 一般采用臂丛麻醉或氯胺酮麻醉,患儿取仰卧位,伤肢肩外展 70~90°,肘屈 90°,开窗髓核摘除术:适用于病程短、症状典型、无椎管狭窄临床表现的侧旁型椎间盘突出,CT 或 MRI 示黄韧带肥厚。(2)半椎板切除髓核摘除术:适用于病程短、症状典型及 CT 或 MRI 扫描有椎板、小关节突增生、黄韧带肥厚或单侧隐窝狭窄的侧方型椎间盘突出,在摘除髓核的同时彻底切除黄韧带,并行关节突部分切除和单侧神经根管减压。(3)保留棘突的全椎板切除髓核摘除术:适用于病程长、中央型腰椎间盘突出或合并有明显的椎板增厚、黄韧带肥厚、双侧小关节突增生所致的中央型椎管狭窄或双侧根管狭窄者^[1]。椎板开窗术只是显露单侧椎间隙,能够处理单纯突向该侧的椎间盘,如果髓核脱落进入椎管或是合并椎管、神经根管狭窄,则无法处理。半椎板切除术可以充分暴露一侧椎管,全椎板切除暴露最充分,能够全面探查病变节段,给予相应处理,不易遗漏造成后患^[2]。手术时应尽可能保持脊柱的完整性,减少对其正常组织的破坏。在减压操作中,既要摘除病变的椎间盘髓核及纤维环,也要切除部分增生的骨赘、钙化的后纵韧带、肥厚的黄韧带,甚至关节突关节。为了保持脊柱的完整性及稳定性,必要时可给予取髂骨行椎间植骨融合或加行脊柱内固定。

前臂中立位,一助手握住骨折远段的腕部及大、小鱼际,另一助手握住伤肢肘部行对抗牵引(牵引力不宜过大)。术者两拇指合并置于背侧桡尺两骨的间隙中,示、中、环指置于相对位置的掌侧桡尺两骨的间隙中,沿间隙进行叩挤分骨,以恢复骨间膜最大宽度;通过内外推端纠正侧方移位后,助手牵引下将远折端过度背伸,术者双拇指推按骨折远端,加大骨折端原有成角,抱紧其近端使之固定,触及骨折远近折端背侧骨皮质接近相对,骤然反折,助手牵引下协同将远折端掌屈,纠正重叠、背侧移位。最后在牵引下通过小幅度的提按升降、碰撞摇动调节骨折端接触更为稳定^[3]。骨折整复后,在助手维持牵引下,采用四夹中立位固定,外敷接骨膏,2 d 换药一次,并检查骨位情况。3~6 周解除夹板外固定后,伤肢给予中药熏洗,指导腕关节及前臂功能锻

3.3 术后康复锻炼 有学者^[4]术中观察到,侧卧位时伸膝屈髋 30~45° 时神经根紧张,45~90° 时神经根能随下肢运动而上下移动 0.5~1.0 cm。由此提示术后直腿抬高运动,使神经根牵张、松弛,上下移动,促进神经根本身的血液循环,利于神经根的炎性反应早期消退,同时避免其在局部组织修复过程中的粘连。但术后 24 h 内以不运动为好,避免过早运动增加创口渗血,切口难以愈合。术后康复锻炼一定要注意锻炼的力度及方法,不可负重过大,尽量减少脊柱的扭曲和屈曲。对于肥胖者,应建议控制体重。术后要减少重体力劳动,必要时更换工种,可减少复发并保证手术效果。总之,把握好手术适应证,严格术中操作,注意术后康复锻炼、保养,是提高并保证手术疗效的关键。

参考文献

[1]陆裕朴,胥少汀,葛宝丰,等.实用骨科学[M].北京:人民卫生出版社,1997.1 141

[2]周光林,杨俊波,赵德军,等.手术治疗 380 例腰椎间盘突出症临床分析[J].黑龙江医药,2007,20(4):385

[3]王锦林.手术治疗腰椎间盘突出症 96 例分析[J].实用临床医药杂志,2010,14(24):31

[4]王渊,孟庆丰,马志勇,等.腰椎间盘突出摘除术 308 例疗效分析[J].中国煤炭工业医学杂志,2010,13(1):18

[5]张启明,丁少华,姚明.直腿抬高运动对腰椎间盘突出症术后的影响[J].中国脊柱脊髓杂志,2000,10(1):61

(收稿日期: 2011-05-18)

金属烤瓷冠在美容修复中的临床体会

马厚英

(山东省济宁市第一人民医院西院区 济宁 272018)

摘要:目的:探讨金属烤瓷冠在上前牙牙列不齐中美容修复的临床效果,分析金属烤瓷冠修复后并发牙龈炎的原因。方法:按金属烤瓷冠基牙预备要求,预备牙体,需要截冠的常规预备根管,铸造桩核,粘固,完成烤瓷冠。结果:25 例修复体,除了 3 例并发牙龈炎外,其余 22 例患者均感满意。结论:金属烤瓷冠有表面光滑、色泽美观、颜色稳定、不易磨损等优点,但要注意活髓牙不要切割过多的牙体组织,牙体预备及制作要规范,否则易造成牙髓病、牙周病及牙龈炎。

关键词:金属烤瓷冠;美容修复;体会

中图分类号:R 783.4

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.05.064

金属烤瓷全冠兼具金属全冠的强度和烤瓷全冠的美观,它具有能够恢复牙体的形态和功能、抗折力强、颜色外观逼真、色泽稳定、表面光滑、耐磨性和抗冲击性强、良好的生物相融性等特点,属终生性修复^[1]。随着经济水平的不断提高,人们对美的

1.3 结果 本组病例经手法整复后达解剖对位 33 例、功能对位 8 例;治疗过程中 3 例发生桡、尺骨成角再移位,经二次手法矫正。骨折愈合最短 21 d,最长 48 d,平均 29 d。41 例患儿 36 例得到随访,随访时间 6~10 个月,本组病例外观和功能均恢复正常。

2 讨论

据 Blount 统计,75%的儿童前臂骨折发生在下 1/3 处,多系间接暴力所致,多为跌倒时手着地,暴力首先传达到桡骨,身体向肱骨和尺骨侧旋转,造成尺骨骨折^[2]。小儿尺桡骨下关节有坚强的韧带和关节囊包裹,骨骺部骨膜较厚,尺桡骨下 1/3 又是干骺端向骨干的扩张移行部分,常是损伤应力上的弱点。儿童尺桡骨下 1/3 骨折完全背侧移位为背伸、扭转应力所致,是在较重暴力作用下发生的严重骨折,其骨折断端周围软组织、骨膜损伤重,骨折极不稳定,断端短缩、重叠、移位明显。

骨折复位要明确损伤类型,运用相应的手法,这样可最大限度减少再损伤,有利于骨折的修复^[3]。儿童尺桡骨下 1/3 骨折完全背侧移位手法整复的关键在于纠正骨折端的短缩、重叠移位。从本组病例可见骨折断端多呈横形,部分为短斜形,骨折端重叠短缩较多,拔伸牵引不能完全纠正重叠移位,强行以提按升降手法整复,不但复位不理想,反而将骨锋折断,造成骨折端不稳定。采用反折法纠正完全背侧移位,效果理想。但需注意的是:要注意操作时的力度与动作的连贯性,当感觉到骨折断端重叠已纠正时,不要再加大成角方向^[4],以免加重损伤;拔伸牵引力量亦不宜过大,本组病例自身所受暴力均较重,受伤部位肿胀明显,若牵引力过大,局部肿

向往与追求已变成现实,成年人前牙错位、牙间隙、牙齿唇倾等影响美观,故临床上部分患者要求用烤瓷技术修复前牙牙列不齐。我科从 2007 年 3 月~2010 年 2 月,采用金属烤瓷冠修复成人上前牙牙列不齐 25 例,收到较好的临床效果。现报告如下:

胀之软组织由于过分牵拉紧张,势必妨碍骨折断端的触摸辨认,亦不利于下一步叩挤分骨及反折手法的实施。前臂骨间膜的张力必须恢复,使骨间膜处于最紧张位置并保持最宽距离,好像帆布担架被两侧长棍绷紧一样,可使骨折断端维持稳定^[4]。尺桡骨的任何移位将影响骨间膜,造成骨间膜变窄或消失,使前臂旋转功能严重受限或丧失^[2]。故利用叩挤分骨纠正骨间膜间距变窄,恢复骨间膜最大宽度,可最大限度维持骨折断端稳定,恢复前臂旋转功能,亦是儿童尺桡骨下 1/3 骨折手法整复的关键。

由于有肱桡肌抵止于桡骨茎突下方,旋前方肌抵止于桡骨下 1/3 的前缘,在骨折复位后,受拇伸肌、拇外展肌以及肱桡肌共同作用,向近端牵拉骨折远端,前臂屈肌亦牵拉骨折远端向前方^[2],极易造成骨折断端移位成角,这是儿童尺桡骨下 1/3 骨折复位治疗后发生骨折再移位的主要原因。采用中立位固定,此时前臂骨间隙和斜索的张力均匀一致,骨周围的肌肉松弛^[4],再利用前后平垫挤压,避免了旋前及旋后位固定肌肉的牵拉及前臂骨间膜对骨折断端的不良影响,从而使骨折端维持稳定。综上所述,我们认为,宜采用中立位固定。尚需注意的是:尺侧夹板应超腕关节,可克服因手部重力下垂而致使尺骨折端向桡侧成角的杠杆作用。

参考文献

- [1]陈渭良.骨伤科临证精要[M].北京:北京科学技术出版社,2002. 132-137
- [2]吉士俊,潘少川,王继孟.小儿骨科学[M].济南:山东科学技术出版社,2000.537-542
- [3]陈志生.儿童桡骨远端骨折背向移位并尺骨远端骨折 36 例[J].中国中医骨伤科杂志,1996,4(4):25-27
- [4]郭世绂.临床骨科解剖学[M].天津:天津科学技术出版社,1997. 487-514

(收稿日期:2011-07-14)