

跟骨牵引配合夹板治疗粉碎性胫腓骨干骨折 52 例

★ 汪志炯¹ 陆亚钧² 黄小谨² (1. 贵阳中医学院 2007 级硕士研究生 贵阳 550002; 2. 江苏江阴夏港卫生院 江阴 214400)

摘要:目的:观察跟骨牵引配合夹板治疗粉碎性胫腓骨干骨折临床疗效。方法:采用跟骨牵引配合夹板治疗,治疗后以骨折临床愈合标准和患者自觉症状,功能改善为标准来评价。结论:跟骨牵引配合夹板治疗粉碎性胫腓骨干骨折是一种理想、有效可行的方法。

关键词:粉碎性胫腓骨干骨折;夹板固定;跟骨牵引

中图分类号:R 683.42 **文献标识码:**B

笔者自 2000 年 10 月~2007 年 9 月采用跟骨牵引,夹板联合外固定的方法治疗粉碎性胫腓骨干骨折 52 例,随访观察效果满意。

1 临床资料

本组 52 例,男 33 例,女 19 例;年龄 14~66 岁,平均 29.5 岁。其中车祸致伤 39 例,高处坠落致伤 7 例,其他伤 6 例。闭合性骨折 41 例,开放性骨折 11 例,伤口均在 1~4 cm 之间,受伤后就诊时间均为 6 小时内。其中 1 例合并内脏伤,4 例合并肋骨骨折。

2 治疗方法

2.1 局部清创术 因受伤均在 6 小时内,所有患者均在麻醉下行一期清创术,露出的骨折块清创后用消毒液浸泡,予以复位,然后软组织覆盖,伤口视渗出情况每 2~3 天换 1 次药,12 天左右拆线。跟骨牵引要求每日用酒精点针眼 3 次,针眼敷料每周更换 1 次,防止针眼感染。跟骨结节处要悬空防止压褥发生。

2.2 跟骨牵引术 病人平卧,消毒皮肤,局部麻醉后,在患肢跟骨处由外向内方向穿斯氏针,跟骨外侧要比内侧高 1 cm,并有约 15°斜角,当牵引时,可使足部保持轻度内翻。然后将患肢放在托马氏架上,加适当重量牵引(一般需 4~6 kg)。

2.3 手法复位,夹板固定 患者仰卧,先松掉牵引,两助手顺势对抗牵引 3~5 分钟,然后用对挤手法纠正侧方移位,用提按手法纠正前后移位,有粉碎骨片者,用按压手法使之复位,牵引的目的是恢复伤肢力线使患肢成中立位,同时手法配合以纠正成角、重叠、侧方及旋转移位。整复过程中应注意胫骨前嵴平整,“台阶”感消失,提示骨折已复位。复位后维

持,把塑好型的 4 块夹板分别放在小腿周围,根据骨折移位情况,可适当放置压垫。并用纱布绑带固定,注意松紧度要适中,并密切观察肢端血运。如骨折端靠近关节部位,可行超关节夹板固定。对于患肢肿胀严重者,先行牵引治疗,24 小时内可以局部冷敷,待肿胀消退后再行复位,复位困难者,不可过于强求一次复位,可在以后的牵引过程中不断调整并复位。牵引后 48 小时内照 X 光片,检查骨折对应情况,对没有牵开复位者可再行手法复位,小夹板外固定。放压垫是 2 点放好还是 3 点放好,要根据骨折对位情况而定。然后调整牵引重量或方向,维持牵引 6~8 周。

2.4 功能锻炼 术后第一天开始练习股四头肌的等长收缩及足趾的背伸和跖屈。第 4~5 周去掉牵引,只用夹板固定,在医师保护指导下做进行膝、踝关节功能锻炼,至第 6~8 周左右拆除夹板外固定。同时进行主动膝、踝关节功能锻炼,第 10~12 周根据 X 光临床检查,达到临床愈合标准,拆除小夹板,由扶拐不负重行走逐渐到逐渐扶拐负重行走。

3 治疗结果

本组 52 例,经上法治疗,皆得随访,随访时间最长 2 年,最短 8 个月,平均 16 个月。其中,达解剖复位 4 例,近解剖复位 31 例,功能复位 17 例。44 例于 12~16 周内达临床愈合,7 例于 18~24 周达临床愈合,1 例不愈合。患者承重功能好,无跛行、活动自如,活动后关节无疼痛 42 例,为优;承重功能好,无跛行,活动自如,劳累后偶感膝或踝关节轻微疼痛 7 例,为良;承重功能好,劳累后稍跛行并感患肢酸痛不适 2 例,为可;不能负重或负重后疼痛 1 例,占 1.9%,为差。

髓芯减压钛网置入合川芎嗪灌注治股骨头坏死 20 例

★ 施明祥¹ 马仲华¹ 厉江群¹ 陈公林¹ 林平信² 刘盛飞² 卢红梅² (1. 江西省赣州市中医院 赣州 341000; 2. 广东省深圳市坑梓人民医院 深圳 518122)

关键词: 股骨头坏死; 中西医结合疗法; 川芎嗪灌注; 髓芯减压; 钛网置入

中图分类号: R 274.19 文献标识码: B

股骨头坏死是一种进展性疾病, 是由于外伤或某致病原因造成股骨头血供中断所引起的综合症。由于股骨头坏死有一个复杂的病理过程, 如早期不能得到及时有效的治疗, 就会使坏死骨塌陷, 关节间隙变窄, 最后导致骨关节炎, 使病人关节功能障碍而致残。我科自 2006 年 6 月~2008 年 4 月采用川芎嗪灌注+髓芯减压+钛网置入治疗缺血性股骨头坏死 20 例, 疗效满意。报告如下:

1 临床资料

20 例中男 12 例, 女 8 例; 年龄 19~62 岁, 平均

41.8 岁。右髋 11 例, 左髋 13 例; 16 例为单侧, 4 例为双侧; 均为 Ficat 分期 I~II 期^[1], 其中 I 期 10 髋, II 期 14 髋。

2 治疗方法

2.1 中药内治法 寒湿阻络型: 四肢沉重疼痛, 髋关节明显, 遇寒加重, 得温则舒, 面色苍白, 畏寒无力, 跛行, 髋屈伸无力, 小便清长, 腰腿酸软, 舌质淡、苔薄白, 脉沉细。方药选除痹汤加减。

脾肾阳虚型: 髋膝疼痛, 绵绵无力, 腰膝酸软, 跛行, 肌肉萎缩, 畏寒身倦, 浮肿或全身虚肿, 纳呆, 腹

4 讨论

胫腓骨骨折在骨科中比较多见, 而粉碎性骨折因局部解剖学原因而骨折愈合性较差, 极易发生骨折延迟愈合或骨不连。胫腓骨骨折, 一般采用闭合复位外固定、切开复位内固定和牵引治疗三种方法。闭合复位外固定适宜于开放性骨折的固定后创面的观察护理, 也适宜于横断或短斜型等稳定的胫腓骨闭合骨折, 但对于不稳定的长斜型及螺旋型骨折则较难维持复位后的位置不变, 且容易并发钉道松动和钉道感染^[1], 影响固定效果。切开复位内固定绝大多数可以使骨折恢复解剖复位, 但由于解剖因素, 创伤的程度及软组织损伤程度的因素, 手术中创伤大, 难以避免破坏骨折断端的骨膜血运, 易发生皮肤坏死, 感染及骨折不愈合, 且需二次手术取出内固定, 增加了病人经济负担及创伤。而位于中、下 1/3 段的胫腓骨骨折术后极易出现骨折不愈合。故除合并神经、血管等损伤的骨折, 一般不主张切开手术治疗。夹板固定加跟骨牵引治疗, 发挥了中医传统的手法复位, 不切开皮肤, 不破坏骨折局部内环境的稳定性, 不剥离骨膜, 有利于骨折愈合, 同时夹板外固定操作简单, 可随时灵活调节夹板松紧度及固定的

长度, 不用二次手术取内固定, 经济负担轻, 病人痛苦少, 这种中西医结合的治疗方法, 其原理及应用原则十分贴合将骨折医源性破坏降低到尽可能最小的程度的 BO 理念^[2]。

需要指出的是, 这种中西医结合的治疗方法的关键之处在于保护骨折碎片和骨膜、软组织之间的附着, 避免广泛的剥离和暴露, 不强求骨折的解剖复位。推挤骨碎片复位的动力主要来自骨膜和软组织本身。由于骨端血供破坏较少, 骨愈合的速度较直视下的解剖复位明显加快, 这对粉碎性骨折尤为有利。然而, 胫腓骨干的粉碎性骨折, 均系高能损伤造成, 由于常合并有严重的软组织损伤, 胫骨平台骨折移位, 或伴有胫骨下端近关节面的破裂和塌陷, 临床治疗有一定的困难, 因此合理选择治疗正确的方案, 对骨折的预后及术后并发症的发生都有着直接的影响。

参考文献

- [1] 侯筱魁. 应用骨外固定器的并发症及其防治[J]. 中华骨科杂志, 1999, 19: 189.
- [2] 王亦璠. 骨折治疗的微创术式[J]. 中华骨科杂志, 2002, 22: 190.

(收稿日期: 2008-06-17)