

重建接骨板治疗尺桡骨骨折 38 例

★ 林彦生 赖玲琦 (福建省长泰县医院骨伤科 长泰 363900)

关键词:尺桡骨骨折;重建接骨板

中图分类号:R 683.41 文献标识码:B

尺桡骨骨折是骨科临床常见的损伤,治疗较为复杂,对于其复位、愈合和功能恢复的要求较高,如治疗不当,将严重影响手和上肢的功能。我们自 2001 年 10 月~2005 年 12 月使用重建接骨板治疗尺桡骨双骨折 38 例,效果良好,现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 38 例中,男 26 例,女 12 例,年龄 16~64 岁,平均 34 岁;左侧 20 例,右侧 18 例,均为尺桡骨双骨折;车祸 19 例、机器损伤 7 例、跌伤 6 例、钝器伤 6 例;横形骨折 7 例、螺旋骨折 6 例、短斜形骨折 20 例、粉碎性骨折 5 例;开放性骨折 10 例,闭合性骨折 28 例。开放性骨折污染均较轻,受伤时间未超过 8 小时,软组织条件较好,均给予急诊手术,手术时彻底进行创面清理,内固定后放置引流管。受伤至手术时间平均 8 天(3 小时~24 天)。

1.2 手术方法 采用后侧途径将尺桡骨骨折部分分别显露,选择相对较为稳定的一骨先手术。切口长度按骨折类型及预放置钢板长度而定,保证骨折之远近端各有 3 枚螺钉。切开要放钢板的一侧骨膜,尽可能少剥离骨膜,清除骨折端之间的血凝块,准确整复骨折端,用夹式持骨器保持骨折复位后的位置。根据骨折部位、尺桡骨的正常弧度及张力侧——即重建板放置位置的平面,用配套的铝制有韧性的彩色模板,用手指将其弯扭,待模板弯扭成符合桡骨骨折部位正常弧度之后,取下模板,将其作为重建接骨板改形的模板,用配套折弯器将重建接骨板与模板对照着进行仔细的改形,使之与模板一致。用持骨钳将钢板夹持就位后,用专用的中心导钻置于最接近骨折部的钢板孔内,钻出第一个螺丝孔,用丝锥攻出螺纹并拧入第一枚螺丝钉,先勿将第一枚螺丝钉拧紧,接着在骨折的另一部最接近第一枚螺丝钉处,用偏心导钻钻孔,经丝锥攻出螺丝并拧入螺丝钉后,拧紧第一枚螺丝钉将会使骨折端发生紧密接触。用中心导钻钻其余螺丝钉孔,攻出螺纹并拧入螺丝钉。对于较大骨碎片,尽可能用螺钉一并拉住。

常规放置引流管,接负压引流。将深筋膜松松地缝合几针,缝合皮肤,包扎后将前臂固定于中立位 3~4 周。术后 3~5 天开始指导其进行手指、腕关节、肩关节的功能锻炼。拆除石膏后进行肘关节功能锻炼,术后 6 周拍片有明显骨痂时可进行前臂旋转锻炼。

2 结果

按 Berton 评价标准。优:骨折愈合,前臂旋转功能达正常 90% 以上。良:骨折愈合,前臂旋转功能达正常 80% 以上。可:骨折愈合,前臂旋转功能达正常 60% 以上。差:骨折未愈合,前臂旋转功能小于 60% 以下。

本组患者经 4 个月~3 年随访,优 28 例,良 10 例,可及差 0 例。结果优良率达 100%。

3 讨论

尺桡骨双骨折为常见损伤,约占全身骨折的 6% 左右,多见于青壮年及儿童。尺桡骨构成前臂的支柱,两骨皆为微弓形长管骨,尺骨有向后轻度凸出的生理弯曲,桡骨有向桡背侧轻度凸出的生理弯曲,其两端组成结构复杂的多个关节,这些关节结构上的微细变化,将会妨碍前臂所特有的旋转活动功能,并且可能造成晚期这些关节的创伤性关节炎。因此,前臂双骨折的治疗要求解剖复位。以恢复其固有弧度及长度。成人及年龄较大的青少年手术治疗是较好的选择。然而传统三角针、克氏针做髓内固定容易损伤骨滋养动脉,而且固定不牢靠,不能很好地控制骨折端旋转、成角、分离移位,容易造成骨不愈合,并且人为改变尺桡骨弧度,影响前臂旋转功能。用普通加压钢板虽可克服上述缺点,但较难准确塑形,使之与尺桡骨弧度及钢板放置面相符合,造成前臂骨间肌张力及上下尺桡关节解剖关系的改变,使前臂旋转功能受到影响。重建接骨板的一个特点是比较容易向各个方向塑形,可以克服髓内固定及普通加压钢板的缺点,并且具有加压钢板的优点,因而能取得较好的疗效,值得在临床上运用。

(收稿日期:2006-04-09)