主,不容易获得代偿。本组中康复组治疗1个月后有效率与对照组比较,上肢有非常显著性差异,下肢有显著性差异,说明康复治疗对上肢功能的恢复尤为重要,上肢功能的自然恢复较困难,需加强训练促进功能的恢复。本文结果表明早期康复训练可显著提高急性脑卒中偏瘫患者上、下肢运动功能,但两组在Brunnstrom分级指标上改变明显不同,表明康复训练的早期介入不仅对改善急性脑卒中偏瘫的尽快恢复起促进作用,而且更有助于患者早日康复。

[参考文献]

[1] 陈冬青. 康复治疗的早期介入对脑卒中偏瘫患者AOL的影响[J]. 中国康复,2003,18(1):45-46.

[2] 于 兰,朱子龙,张琳英. 脑卒中的早期康复治疗[J]. 局解手术学杂志,2003,12(3):233-235.

[3] 邱亚华,高玲玲. 脑卒中偏瘫患者早期康复护理干预[J]. 局解手术学杂志,2008,17(3):184.

(编辑:余汇洋)

微型钛板在颅骨凹陷粉碎性骨折中的应用

Application of miniature titanium board in the introcession comminuted fracture of bones of cranium

齐 宇,孙志博,朴松鹤 (佳木斯大学附属第二医院神经外科,黑龙江 佳木斯 154002)

[关键词] 骨折;颅骨;微型钛板

[中图分类号] R683.5 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2010)02-0129-01

微型钛板在头面部粉碎性骨折的整形复位中应用已有文献报道[1],我院自2006年9月至2008年9月对21例颅脑损伤合并颅骨凹陷、粉碎性骨折的患者采用微型钛板一期复位固定,取得了良好效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组病例21例,男性17例,女性4例,年龄17~67岁,平均36.7岁。致伤原因包括车祸12例,钝器伤5例,坠落伤3例,摔伤1例。其中开放性颅骨骨折8例。骨折部位位于额骨8例、顶骨7例、颞骨5例、枕骨1例。CT显示凹陷骨折范围(2 cm×3 cm)~(5 cm×7 cm),深度大于1 cm,合并有硬膜外血肿9例,脑挫裂伤14例,硬膜下血肿5例。受伤至手术时间2~6 h。

1.2 方法

手术在全身麻醉下进行,根据伤口或骨折部位设计皮瓣,行常规消毒、清创,然后采用常规骨瓣开颅或撬起凹陷骨折碎片,彻底清除创口毛发和异物,取出游离骨片,并将游离骨片用双氧水浸泡、生理盐水冲洗,再浸泡庆大霉素盐水中(庆大霉素24万单位加生理盐水500 mL)。待完成颅脑其他手术操作后进行颅骨修复。根据游离骨片的形状和弧度确定毗邻关系,再根据骨折范围、弧度选择不同尺寸的微型钛板,并标示好钛钉固定点,打孔将钛钉逐一拧入固定。每个骨片一钉即可,可选择多板固定,最后与骨窗固定。术后伤口加压包扎,应用抗生素抗感染。

2 结果

本组21例病人无伤口感染、骨髓炎,无骨折片移位和下陷等发生,均治愈出院。术后随访3~18个月,21例患者经CT和X线检查显示骨折愈合良好。

3 讨论

在以往的凹陷性粉碎性颅骨骨折的处理中,大多数做法是一期手术清创去掉碎骨片待二期手术颅骨修补[2]。此过程中因颅骨缺损无论在生理上和心理上都给病人造成不同程度的痛苦。且二期修补再次增加了病人手术的痛苦和经济负担。而其他方法处理骨折碎片因强度低,术后容易塌陷和移位,有的发生局部积液和感染[3]。本组病人采用微型钛板固定粉碎的骨折片,提高了强度,固定牢固,碎骨片能达到解剖复位,额面部的骨折起到整形美容效果,自体骨片复位无排异反应,疗效可靠。术中应注意:①对术前已出现脑疝或术中发现颅内压较高者不适合此手术,应行碎骨片摘除减压,待二期手术修补;②开放性伤口必须严格清创,骨折片必须经过双氧水和庆大霉素盐水浸泡;③术后加压包扎,使用抗生素1周抗感染。

[参考文献]

[1] 邹春平,高振然,杨 阳,等. 微型钛板坚固内固定在颌面部骨折136例中的临床应用[J]. 口腔医学,2006,26(4):313-314.

[2] 王 军,熊双宜. 应用钛板连接片治疗凹陷性粉碎性颅骨骨折的体会[J]. 中国现代神经疾病杂志,2007,7(1):87.

[3] 刘年喜,牛智慧,史卫太,等. 颅骨钛板成形加后路植骨重建椎板在治疗胸腰椎骨折中的应用[J]. 骨伤,2009,22(5):378-380.

(编辑:兰阳军)

[收稿日期] 2009-12-10 [修回日期] 2010-01-06