

I 期愈合 119 例, II 期愈合 6 例, 无一例不愈及骨髓炎发生。

3. 随诊时间 1~13 年, 平均 8 年, 其中 5 年以上者 63 例。

4. 治疗结果: 根据苟氏^[1]按照病人主诉, 踝关节外观, 功能及 X 线征象作 4 级评价。优: 无痛, 无畸形, 功能正常或接近正常, X 线片示骨折愈合 41 例。良: 劳累后踝关节轻度疼痛或不适, 背伸或跖屈受限在 10°~15°, X 线显示骨折愈合无畸形者 34 例。可: 时感踝关节酸痛无力, 背伸跖屈受限在 16°~20°, X 线片显示踝关节轻度畸形 13 例。差: 踝关节负重即痛, 需持拐行走, 背伸和跖屈受限在 30°以上, 外观及 X 线片显示有明显畸形者 6 例。

讨论

1. 手术时机及内固定程序: 开放性踝关节骨折及时清创内固定已成共识, 而对闭合性踝关节骨折脱位有手术指征者应尽早切开复位内固定未得到足够的重视。作者曾有 3 例踝部骨折脱位, 因择期手术而出现张力性水泡被迫延期手术, 致术中骨折间隙欠清, 整复困难对位欠佳, 伤口愈合恢复锻炼时间延长, 造成踝关节功能欠佳。由于对先行固定内踝骨折, 踝穴将变紧的认识不足, 术中先固定内踝后, 外踝未能解剖对位而造成踝关节功能可、差各一例。所以作者认为, 踝关节骨折脱位如无明显禁忌症, 应急诊手术防止水泡发生, 且术中解剖清晰, 容易准确对位固定, 并要按照先切开复位后踝和外踝后, 再治疗内踝之原则, 方可得到满意的手术效果。

2. 腓骨中下段及外踝骨折应得到高度重视。由于腓骨纵轴与外踝纵轴之间形成向外的 15°角, 腓骨骨折重叠移位, 必然引起外踝上移, 踝穴变宽, 距骨在踝穴内不稳^[2]。而外踝骨折复位不完全, 虽内外踝已作固定或外踝未作固定均可出现距骨向外移位, 导致踝关节创伤性关节炎。作者在随访中发现克氏针普通螺钉内固定或未固定腓骨下段或外踝骨折有 8 例外踝伴距骨外移, 2 例腓骨重叠愈合伴发距骨外移, 1 例外踝不愈,

均导致病人踝关节功能可或差。而钢板固定中仅有一例腓骨轻度重叠、距骨外移不明显功能良好。因此腓骨及外踝骨折要尽可能切开复位, 恢复腓骨长度和下胫腓结构的正确位置, 准确对位外踝, 多用钢板、压力螺钉等坚强内固定为佳。

3. 强调踝关节内外侧韧带的探查修补。在随诊病例中有 2 例双踝骨折, 1 例三踝骨折术后出现习惯性内翻损伤, 摄踝关节强力内翻正位片显示距骨有 12°~20°倾斜, 而骨折对位佳愈合。其中 2 例双踝骨折术后一年在拆除内固定物同时探查外侧韧带见距前韧带, 腓跟韧带断裂为松弛瘢痕组织替代。予以瘢痕修整重叠缝合, 石膏外翻位固定 6 周, 功能恢复良好。此说明在治疗踝部损伤中, 尤其对内翻型、外旋型骨折者解剖复位内固定后要注意检查有无外侧韧带的损伤。如外侧韧带处明显肿胀压痛, 骨折固定后仍出现踝关节被动内翻范围增大, 则要探查外侧结构并认真修补。因为踝关节外侧不稳定, 关节内侧负荷增加, 踝关节内侧反复负荷过度, 渐渐导致距骨和胫骨面内侧部分退变, 一旦恢复外侧韧带稳定性可逆转破坏^[3]。尽管我们在内踝固定术中未探查三角韧带有无断裂, 然在随访病例中没有发现一例因三角韧带问题而致踝关节不稳。但有作者^[4]认为深层三角韧带断裂及胫腓下关节分离时可导致踝关节明显不稳, 主张探查修补。此点提醒我们日后在外旋型骨折术中要注意探查修复。在本组病例中我们对有下胫腓分离者均给以骨栓或压力螺钉固定, 可能使三角韧带单纯松弛而不出现症状。

参考文献

1. 苟三怀. 踝关节开放性骨折脱位内固定治疗. 中华骨科杂志, 1993; 4: 276
2. 荣国威. 踝关节骨折. 中华骨科杂志, 1987; 5: 395
3. 周泰仁, 陆宸照, 等. 距腓前韧带、腓腓韧带和踝关节稳定性. 中华骨科杂志, 1987; 7: (5) 387
4. 陆宸照, 等. 三角韧带在踝关节损伤的作用. 中华骨科杂志, 1984; 4: (3) 146

(收稿: 1997-10-21 修回: 1998-02-04)

习惯性肩关节前脱位 CT 分析

第一军医大学附属南方医院(广州 510516)

林昂如 胡罢生 陈莉光

本文报告 10 例习惯性肩关节前脱位, 行肩关节 CT 检查, 现分析如下。

资料与方法

1. 一般资料: 10 例均为男性青壮年, 年龄为 21~

33 岁, 平均 26 岁; 左肩 4 例, 右肩 6 例; 9 例有确切的外伤性肩关节脱位的病史, 初次获得复位后, 再发生习惯性肩关节前脱位, 1 例为小儿麻痹后遗症肩袖肌不全瘫所致, 该患者患侧三角肌肌力为 3 级, X 线平片肩关

节骨质疏松,肱骨头、关节孟发育较差,废用性骨萎缩,余 9 例有外伤史患者的肩关节 X 线平片无骨性异常改变。

2. CT 检查方法:采用德国 SIMENS 公司生产的 SOMOTON PLUS 高分辨全身 CT 扫描机进行检查。病人平躺扫描床,从肩峰开始,自上而下依次切层平扫,每层层距 5mm,共扫描 15~20 层。病人无不良反应。

结果:扫描图像清晰,患肩与对侧(健侧)比较,在肩关节上、中、下不同平面的成像中,可见肱骨头形态不规则,肱骨直径有差异。关节间隙宽窄不一。小儿麻痹后遗症患者的关节间隙明显增宽,患者关节孟唇变浅,有不同程度缺损,关节孟的宽度、肩胛颈的宽度和深度也有不同的变化。用游标卡尺测量,结果见表 1。

表 1. 习惯性肩关节前脱位 CT 测量结果(n=10) 单位:cm

		健侧(x)	患侧(x)
肱骨头直径	上	4.43	3.39
	中	4.30	3.41
	下	4.28	3.38
关节孟宽度	上	2.27	1.85
	中	2.50	2.12
	下	2.46	2.07
肩胛颈深度	上	1.10	0.87
	中	1.653	1.38
	下	1.68	1.47
肩胛颈宽度		1.96	1.83

讨论

1. 肱骨头及关节间隙变化:10 例肱骨头成像患侧与健侧一致。CT 值信号无差异,无囊性或破坏性改变,健侧肱骨头呈圆形,肱骨头直径从表 1 数值中说明肱骨头比健侧相应变小,而且在不同平面可见患侧肱骨

头不如健侧圆,形态不规整,有些图像清楚看到肱骨头有程度不等的缺损。小儿麻痹后遗症患者的肱骨头发育较差,明显呈“三叶草”型。外伤性脱位后的肱骨头也有缺损改变,可能是外伤,反复脱位撞击肱骨头软骨骨折及挤压产生变形。由于肱骨头接触面相对减少,加上关节囊撕裂,松弛而容易反复脱位。

2. 关节孟改变:在习惯性脱位侧平扫图像可见关节孟前后宽度变窄,有些可见关节孟唇边缘有不同程度的缺损,由表 1 测量结果,可见脱位侧变窄有明显差异,尤其下段水平差别更明显,与文献报道^[1]相似。出现孟唇变窄缺损多认为是肱骨头反复脱位撞击孟唇骨折所致,肱骨对孟唇的磨损而造成低平,由于肱骨头反复脱位,肱孟对合的失常,减少了肱骨头在孟内的磨造,对关节孟中心压力减少,如同先天性髋脱位患儿,髌臼缺乏股骨头负重下的磨造而真臼变浅,故习惯性肩关节脱位的关节孟也变浅。

3. 肩胛颈的深度、宽度异常:由表 1 测定值说明,肩胛颈的深度和宽度改变可为诊断本病提供一定的参考价值。

总之,应用 CT 检查习惯性肩关节前脱位的成像中,可以较仔细地发现骨关节一些骨性结构的异常,而这些改变在 X 线平片上未能看到的病理改变,不但有助诊断,对治疗也有指导意义。对关节孟低平塌缺者可于孟下植骨垫高,有较好的效果。本组病人采用胸小肌骨瓣外移到肱骨上端肱二头肌长头腱沟外侧缘,使胸小肌腹在肩关节前脱位的主要病理部位,前下方薄弱区起到“张力带挡板”样的保护作用,有效地防止了肱骨头再脱位^[2]。

参考文献

1. Mullaji AB, Beddow FH, Lamb GHR. The measurement of glenoid erosion in arthritis. J. B. J. Surg 1994; 76B: 3:384
2. 林昂如, 金明新, 狄助元, 等. 胸小肌骨瓣移位治疗习惯性肩关节前脱位. 中华外科杂志, 1996; 7: 437

(收稿:1997-04-21)

新鲜移位型股骨颈骨折不同术式的疗效比较

广东省佛冈县人民医院(511600)

艾昌森 刘斌

我院于 1985~1996 年,共收治新鲜移位型股骨颈骨折 86 例,其中手术治疗 77 例,72 例获得随访。现将不同术式治疗的 72 例新鲜有移位的股骨颈骨折病例,

分析报告如下。

临床资料

本组 72 例中男 39 例,女 33 例;年龄 24~83 岁;左