

复,使距骨在踝穴内保持正常解剖关系是双踝骨折解剖复位的关键,而仅内踝整复固定则不能避免距骨及外踝的移位。

下胫腓韧带联合的完整包括下胫腓前韧带、下胫腓后韧带、骨间膜三个完整部分^[3]。下胫腓韧带联合的修复,可避免负重后踝穴增宽,踝关节稳定性差所致的创伤性关节炎。特别是当内侧结构无法修复或固定时,腓骨骨折应同时固定下胫腓关节。保持内、外踝与距骨的间隙 2mm,术后可获满意效果。诊断下胫腓韧带联合损伤以 X 线为主。表现为距骨与内踝间隙增大,距骨向腓侧移位,近侧腓骨骨折,下胫腓分离超过 4mm。本组 4 例双踝骨折合并下胫腓分离,只固定内、外踝,未固定下胫腓关节,术后 U 型石膏托固定时间过短,出现踝关节不稳,行走时疼痛,踝部易扭伤。下胫腓韧带联合分离在整复时,外踝要与距骨的腓骨切迹紧贴,并复位在胫骨内、外方结节间,然后用螺丝钉从腓骨斜向上固定于胫骨即可。螺钉固定不宜过紧,否则影响踝关节功能,导致背伸、跖屈活动受限疼痛,本组 2 例行

骨栓固定,术后摄片见踝穴间隙明显缩小,3 月后见有骨痂,将内固定物取出,加强练习,但踝关节背伸、跖屈仍轻度受限,疼痛减轻。内固定可促进下胫腓韧带联合的修复,但也限制了下胫腓韧带联合的生理活动,应在韧带修复完成后取出内固定物。否则内固定物因承受应力而弯曲或折断。也影响踝关节功能恢复。本组 2 例,术后 3 月内,踝关节活动好,无疼痛。3 月后出现疼痛,以行走时明显。摄片见内固定物已弯曲,取出内固定物后,病人疼痛消失,行走自如。

参考文献

- ① 苟三怀,贾连顺,高志伟. 踝关节开放性骨折脱位的内固定治疗. 中华骨科杂志, 1993, 13: 276
- ② Yabbn IG, Heller FG. The Key role of the lateral malleolus in displaced fractures of the ankle. J Bone Joint Surg (Am) 1977; 59: 169
- ③ Muller ME 主编,荣国威 编译. 骨科内固定. AO 组织技术推荐. 北京: 人民卫生出版社, 1995. 413

(收稿: 1997-01-30)

仰卧位牵引石膏固定治疗颈椎骨折前脱位

马有兵 李成永 贾志勤 丰健民 贾连顺

(第二军医大学长征医院 上海 200003)

1996 年 1 月~12 月,对 38 例颈椎严重骨折前脱位伴不全瘫患者,采用仰卧位牵引下上头颈胸石膏固定,获得成功,现报告如下。

临床资料

本组 38 例患者中男 25 例,女 13 例;年龄 14~58 岁。其中车祸伤 26 例,高处坠落伤 12 例。寰枢关节前脱位 5 例,齿状突骨折并向前移位 12 例, C₂₋₇ 颈椎骨折前脱位 21 例^[1]。

治疗方法

38 例患者均先采用常规坐位牵引下上石膏,术后均 X 线片显示颈椎复位不良,而改用仰卧位牵引下上头颈胸石膏固定。

1. 牵引 颈椎骨折前脱位患者的治疗,需卧床行颅骨牵引术 2 周。上石膏时,患者仰卧于手术床上,头颈胸部悬空。将一条长 85cm,一端宽 5cm 另一端宽 10cm 的梯形不锈钢板沿脊柱纵放于背部,窄端朝向头部并延伸到两肩胛骨上缘,宽端尾部中央圆孔处系一根粗绳,以备上石膏完毕拔出钢板之用。一助手牵拉颅骨牵引弓并扶正头部,保持颈部稍过伸位,牵引 5~10

分钟,牵引力为 2~3kg;另一助手扶住患者身体,同时压住双下肢,防止患者向头部方向滑动。检查满意后,继续维持牵引,上头颈胸石膏。

2. 石膏固定 仰卧位上石膏方法与常规坐位牵引下上头颈胸石膏^[2]不同——由颈部向胸部包扎。套上纱套、包好棉纸后,做一石膏条放于背侧,从枕上至胸部;另做两石膏条放于双肩;再做两石膏条包扎颈部;两条包扎胸部。抚摩光滑。石膏硬化后从骶尾侧抽出背部钢板。将患者抬放于手术床上,颈背垫枕,修剪整齐,最后包扎头部石膏,保持患者颈部固定在正中略过伸位。

治疗结果

仰卧位牵引头颈胸石膏固定后,拍 X 线片示:颈椎骨折前脱位复位好,向前滑脱之颈椎恢复正常位置,颈部生理弯曲正常。本组 38 例中,27 例患者牵引 2 周后上头颈胸石膏 12 周治愈;9 例牵引后手术上石膏 10 周治愈;2 例手术失败,再次牵引上石膏固定半年获得成功。

讨论

对于绝大多数颈椎外伤患者的治疗，石膏固定是必不可少的治疗方法之一。众多患者行颅骨牵引术或睡石膏床，在病床上躺 1~2 周甚至更长时间，俟病情稳定后，及时采用头颈胸石膏固定，让患者坐起、下床活动，既可达到治疗目的，又可使患者加强功能锻炼，减少并发症，提高生活自理能力。可见，头颈胸石膏对颈椎外伤患者的治疗和康复很有价值。

仰卧位牵引上头颈胸石膏有如下优点：(1) 此法是对不能坐起的患者行石膏固定的唯一有效方法。本组中，有 19 例患者，颈椎外伤严重，极不稳定，脊髓损伤症状亦严重，四肢无力，再加上长时期卧床，没有坐起过；9 例重大颈椎术后患者睡石膏床牵引，禁忌活动头颈部，为免除长期卧床牵引及其所引起的并发症，须上石膏固定。在这种患者不能坐起也不允许坐起的情况下，只能采用仰卧位牵引上头颈胸石膏。石膏固定后便于生活护理，利于身体康复。(2) 此法能获得坐位牵引上头颈胸石膏所达不到的效果。本组有 8 例患者（1 例寰枢关节前脱位，3 例齿状突骨折并向前移位，2 例 C₂ 椎弓骨折合并 C₂₋₃ 前脱位，2 例 C₄ 骨折 C₄₋₅ 前脱位）先设法采用常规坐位牵引上石膏，术后拍 X 线片示颈椎骨折前脱位复位不良，上一颈椎较下一颈椎向前滑脱达 1/5~1/2 椎体，遂改用仰卧位牵引上头颈胸石膏。患者体位放好后，在 X 线下行手法复位：用力牵引头部，颈部稍前屈，术者一手托住患者后枕部，一

手扶住下颌，轻轻摇晃并下压（切忌暴力），复位满意后，颈椎略过伸位上石膏固定。我们体会，颈椎骨折前脱位患者的手法复位，在仰卧位牵引下很方便、安全、有效，而且上石膏过程中便于维持颈部稳定性及石膏塑型，固定更确实、可靠，更有效地维持复位后的体位。这两点是坐位牵引上石膏时所无法达到的。(3) 可解决治疗上的一些难题。本组 2 例颈椎外伤患者，在外院行手术内固定，3 月后复查，骨折愈合，复位不良，便来我院治疗，1 例齿状突骨折前脱位患者体质差，不能手术；1 例 C₂ 椎弓骨折合并 C₂₋₃ 前脱位，术前麻醉反应大，患者不能耐受。遂改行大重量（5kg）颅骨牵引 2 周（因有内固定须用力牵引），为更好复位骨折前脱位，取仰卧位牵引下复位、头颈胸石膏固定半年，获得成功。

头颈胸石膏以固定颈部活动为主，石膏包扎硬化反应修削和开窗，保证两肩关节活动自如，头颈肩部不受压，双眉、两耳、颧弓外露，嘴能吃饭；在喉头部开一 3cm×5cm 纵形窗口，以便下咽、急救和护理。加强护理，密切观察患者情况，如有不适应及时处理。

参考文献

- ① 贾连顺，李家顺. 脊柱外科临床手册. 上海：第二军医大学出版社，1998. 115
- ② 陆裕朴，胥少汀，葛宝丰，等. 实用骨科学. 北京：人民军医出版社，1991. 224

(收稿：1997-01-30 修回：1998-12-29)

可吸收内固定材料治疗 Bennett 骨折 8 例

鲍丰

(义乌市人民医院，浙江 义乌 322000)

作者自 1993 年 1 月~1994 年 12 月应用可吸收内固定材料治疗 Bennett 骨折 8 例，效果满意。现报告如下。

临床资料

本组 8 例中男 6 例，女 2 例；年龄 16~52 岁；右侧 5 例，左侧 3 例；致伤原因：跌伤 4 例，车祸伤 1 例，砸伤 1 例，扭伤 2 例；受伤至手术时间 1~6 天；应用螺钉治疗 3 例，棒治疗 5 例。同一病人钉棒未混合使用。共用钉棒数 18 枚，平均 2.2 枚。所用钉棒直径均为 2.0mm。

治疗方法

臂丛麻醉、上臂上气囊止血带。第一掌骨基底桡掌

侧 L 形切口长约 4~5cm，避免损伤皮神经，暴露第一掌腕关节，显露骨折断端，清除血肿，给予解剖复位，用铺巾钳暂时固定。在第一掌骨基底用 2mm 直径钻头钻孔，其方向应于骨折线方向垂直。用助进器瞄准钻孔，缓慢打入可吸收内固定棒。棒太长可用电锯锯断。如用螺钉，先用 1.5mm 钻头钻孔，用 2mm 丝攻全程攻纹，拧入长度合适的可吸收内固定螺钉。钉棒数量要根据骨折块大小而定，一般 2~3 枚即可。放松止血带，彻底止血，逐层缝合。术后石膏托固定腕关节功能位，拇指对掌，外展位。

治疗结果

本组 8 例均获随访。随访时间 6~30 个月，平均