

块,收到良好效果。该法不仅避免了上述不足,同时,颈长肌还可将植骨处的骨床覆盖,使之表面柔软、光滑,最大限度地减少了对食管后壁的磨擦。经临床随访,该法不影响患者颈部屈伸及旋转功能,无霍纳氏综合征。由于不采用昂贵的颈椎前路锁定钢板,还大大降低了患者的经济负担。由于无金属内植物,不影响术后的 MRI 检查。该方法虽有一定程度的阻挡力,但术后仍需颈托固定,颈部制动 4~6 周。

参考文献

- 1 马月志. 颈椎前路治疗 OPLL 术后脑脊液漏食管瘘 1 例. 中国脊柱脊髓杂志, 1998, 8(2): 66.
- 2 马庆军, 党耕町, 蔡钦林, 等. 颈椎前路手术后食管瘘. 中国脊柱脊髓杂志, 1998, 8(2): 110-111.
- 3 袁文, 欧阳跃平, 贾连顺. 颈椎前路钢板螺钉滑脱致食管瘘 1 例报告. 第二军医大学学报, 2000, 21(7): 659.
- 4 张朝佑. 人体解剖学. 第 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 1998. 202.
- 5 Mayoux-Benhamou MA, Reved M, Vaue'e C, et al. Longus collis has a postural function on cervical curvature. Surgical and Radiologic Anatomy, 1994, 16(4): 367-371.

(收稿: 2002-09-13 修回: 2003-01-24 编辑: 李为农)

· 短篇报道 ·

腓骨内固定在治疗严重 Pilon 骨折中的应用

李文伟 吴争鸣 敖新华 宁伟宏 王敏 施翔 范卫星
(长兴县中医院骨伤科, 浙江 长兴 313100)

Pilon 骨折是极为难治的关节内骨折, 我们近年采用腓骨内固定方法结合钢板、螺钉、外固定支架治疗合并有腓骨骨折的严重胫骨 Pilon 骨折 16 例, 疗效满意, 报告如下。

1 临床资料

本组 16 例中, 男 14 例, 女 2 例; 年龄 22~48 岁, 平均 34 岁。左侧 9 例, 右侧 7 例。致伤原因分别为高处坠落伤和交通事故, 按 Ruedi 和 Allgower[陆宸照. 踝关节损伤的诊断和治疗. 上海: 上海科学技术文献出版社, 1998. 96.] 分型, 均为 III 型, 均合并有腓骨骨折; 1 例合并跟骨骨折, 1 例合并另足三踝骨折, 均行切开复位内固定术; 2 例合并有胸腰椎爆裂性骨折, 同时行 AF 内固定术; 伤后至接受手术治疗的时间均在 10 d 以内。

2 治疗方法

手术在全麻或硬麻下进行, 开放骨折者行急诊手术, 闭合骨折者在肿胀消退后再行内固定。取腓骨后外侧切口, 切开皮肤、筋膜后, 显露骨折端, 视骨折情况, 应用不同的内固定方法。骨折横断或短斜形者, 可用粗克氏针作髓内固定或四孔 1/3 管形钢板内固定; 骨折粉碎或长斜形者, 可用六孔 1/3 管形钢板作坚强内固定, 腓骨骨折位置偏低者, 远端螺丝位于外踝, 可用松质骨螺丝钉, 但不可穿过对面皮质骨进入关节。见固定牢靠后, 缝合切口, 然后行踝前正中切口, 切开关节囊, 显露胫距关节面, 通过撬拨尽量恢复关节面之平整, 复位碎骨片, 大的骨缺损可用自体髂骨结构性植骨。视骨折情况以克氏针或螺丝钉内固定; 如果骨折侧连续性较好, 我们采用 T 形钢板塑形后作胫骨固定; 开放严重软组织条件差者, 以有限内固定结合跨关节 T 形外固定支架固定。肢体张力高者作减张缝合, 术后抬高患肢, 抗感染脱水, 活血消肿治疗。外固定视骨折固定情况决定采用与否。

3 结果

疗效标准: 优, 踝关节无明显肿痛, 行走无跛行, 背屈 >

15°, 跖屈 > 30°; 良, 踝关节轻微肿痛, 行走无明显跛行, 背屈 10°~15°, 跖屈 10°~30°; 差, 踝关节肿痛, 行走跛行, 背屈 < 10°, 跖屈 < 10°。本组随访 13~38 个月, 平均 22 个月。结果优 7 例, 良 6 例, 差 3 例, 优良率为 81%; 骨折愈合时间 3~5 个月, 无骨不连, 无下肢短缩。并发症: 胫前皮肤坏死 1 例, 经局部皮瓣转移而愈; 1 例外固定支架钉道感染, 经局部换药而愈; 2 例随访时有关节退行性改变。

4 讨论

Pilon 骨折又称 Hammer 骨折, 对其治疗, 目前争论较多, 但对其手术治疗步骤一般认为应包括[中华骨科杂志, 2001, 21(7): 405.] 内固定腓骨骨折、显露和复位胫骨关节面、固定胫骨, 必要时植骨。腓骨的固定要牢固, 胫骨的固定可以根据骨折情况采用不同的方法, 或有限内固定、或坚强内固定。

我们对腓骨骨折一般采用坚强内固定。大多数腓骨骨折以不稳定性骨折为多见, 因此管形钢板螺丝固定应用较多, 在本组的 16 例中, 有 11 例采用了此固定, 有的还结合采用了钢丝环扎, 以加强固定; 对长斜形骨折, 还结合采用了螺丝以加强固定。

由于手术不能在同一个切口内完成, 手术时应正确处理腓骨切口、胫骨切口、开放创口的距离, 一般两切口相距至少 7 cm, 防止加重软组织的损伤和皮肤的坏死; 腓骨的固定一定要确切以恢复其正常的连续性, 特别是近外踝处的腓骨骨折, 恢复踝关节踝穴的正常解剖结构; 如条件允许, 术前应充分了解胫骨远端骨折的损伤程度, 可以使用 CT 或三维螺旋 CT 了解骨折的详情, 制定正确的手术方法和步骤; 术后注意尽早功能锻炼, 减少外固定的时间, 内固定坚强者可以不用外固定, 早期不负重; 尽早处理并发症。

(收稿: 2002-11-11 编辑: 王宏)