

· 经验交流 ·

手术治疗 Pilon 骨折 34 例

谢波, 周立波, 王英华

(文登整骨医院, 山东 文登 264400)

关键词 骨折; 骨科手术方法; 骨折固定术, 内

Surgical treatment of Pilon fracture in 34 patients XIE Bo, ZHOU Li-bo, WANG Ying-hua The Orthopaedics Hospital of Wendeng, Wendeng 264400 Shandong, China

Key words Fractures Orthopaedics operative methods Fracture fixation, internal

Zhongguo Gushang/China J Orthop & Trauma 2007, 20(6): 419-420 www.zggssz.com

Pilon 骨折是涉及胫骨踝关节面损伤的胫骨远端干骺端骨折, 近年来随着高能量损伤的增多, 该类型骨折有增加的趋势, 自 2000-2005 年, 采用切开复位内固定的方法治疗 Pilon 骨折 34 例, 疗效满意, 现总结报告如下。

1 临床资料

本组 34 例, 男 28 例, 女 6 例; 年龄 13~73 岁, 平均为 40.6 岁。车祸伤 16 例, 高处坠落伤 18 例。开放骨折 4 例。合并颅脑损伤 2 例, 胸腰椎骨折 5 例, 跟骨骨折 1 例, 腓骨下 1/3 骨折 19 例、中段骨折 7 例。其中按 Rüedi-Aligöwer 分型^[1]: II 型骨折 13 例, III 型骨折 21 例。伤后就诊时间 1 h~5 d 伤后至手术时间 2 h~14 d 平均 9.5 d。

2 治疗方法

2.1 闭合损伤 软组织肿胀严重者, 先行跟骨骨牵引, 肿胀减轻后, 行手术切开复位内固定。患者仰卧位, 采用股神经加坐骨神经阻滞麻醉, 腓骨骨折患者, 先取小腿外侧切口, 将骨折复位。稳定型骨折, 选择克氏针固定; 不稳定骨折, 则选择 1/3 管形或直钢板固定。胫骨取下段前内侧切口, 显露胫骨下端及胫距关节, 清理关节腔内软组织及碎骨块, 将带关节面的部分复位, 临时用细克氏针固定, 选择合适的胫骨远端解剖钢板固定, 近关节面部分因松质骨压缩遗留间隙, 取自体髂骨填充植骨, 必要时保留部分克氏针。合并内踝及后踝骨折者, 采用胫骨远端后内侧切口, 牵开内踝, 先将后踝关节面复位, 从胫骨前缘向后穿入克氏针固定, 再复位内踝骨折。后踝骨折而内踝无骨折者, 为复位后踝骨块, 用电锯锯断内踝, 复位后踝后, 原位固定内踝。术中 C 形臂 X 线机透视, 证实关节面解剖复位后, 关闭切口。术后石膏夹固定踝关节于中立位, 4 周去掉外固定, 不负重活动踝关节, 8~10 周扶拐逐渐负重活动。

2.2 开放骨折 急诊清创内固定。常规清创, 术后抗感染治疗, 应用甘露醇、七叶皂甙钠联合静脉点滴, 促进消肿。其他治疗与闭合骨折相同。

3 治疗结果

34 例均得到随访, 时间 6~24 个月, 平均 15 个月。1 例合并颅脑损伤的开放骨折, 患者早期不配合, 伤口未愈合,

3 个月后, 取出钢板, 结合石膏外固定、局部转移皮瓣, 伤口及骨折愈合。本组无感染病例。按 Mazar 等的踝关节功能评价标准^[2]: 优, >92 分, 踝关节无肿胀, 步态正常, 活动自如; 良, 87~92 分, 踝关节轻微肿痛, 正常步态, 活动可达正常的 3/4 可, 65~86 分, 活动时疼痛, 活动度仅为正常的 1/2 正常步态, 需服用非甾体类抗炎药; 差, <65 分, 行走或静息痛, 活动度仅为正常的 1/2 跛行, 踝关节肿胀。本组优 27 例, 良 3 例, 可 4 例。术前术后典型 X 线片见图 1。



图 1 患者, 男, 41 岁, 坠落伤致 Pilon 骨折, 术前术后 X 线片
1a 术前正侧位 X 线片 1b 术后正侧位 X 线片

4 讨论

4.1 手术时机的选择 II、III 型 Pilon 骨折多由高能量损伤造成, 软组织损伤重, 因胫骨远端软组织相对薄弱, 损伤时肿胀严重, 多在极短的时间内出现张力性水泡, 此时手术, 可能切口无法关闭, 并且皮肤很可能坏死。因此对开放骨折或骨折断端刺伤组织, 容易造成皮肤坏死, 血管、神经损伤的病例我们选择了急诊手术, 其余闭合损伤的患者行跟骨骨牵引, 结合药物治疗, 等肿胀消退后, 一般伤后 10 d 左右手术^[3]。

4.2 手术要点 Pilon 骨折治疗的要点是恢复胫骨远端关节面的解剖结构, 为了对骨折情况有充分估计, 应在术前做踝关节 CT 检查, 根据检查情况选择取自体髂骨或人造骨(压缩轻), 术中尽可能备齐各种解剖钢板, 根据骨折情况选用合适的钢板固定。合并腓骨骨折者先固定腓骨, 有助于恢复肢体

的长度及踝穴的平整。切开复位可以在直视下将涉及关节面的碎骨片一一复位,并用细克氏针固定。对于松质骨压缩明显的取自体髂骨植骨,一方面有利于骨折愈合,另一方面防止骨折愈合过程中由于骨质的吸收,关节面再塌陷。对关节面粉碎严重或骨质疏松,单纯螺钉钢板固定不牢固的,可结合克氏针固定,钢板起支撑及固定双重作用。

根据我们的经验,对开放骨折只要清创彻底,术后合理应用抗生素和脱水剂;闭合损伤者术中严格无菌操作,均可避免感染的发生。近年来随着解剖钢板技术的进步,各种胫骨远端钢板越来越薄,越来越牢固,这减少了软组织张力,既防止软组织坏死,又能达到牢固固定的效果,患者可以早期活动踝

关节,有利于关节的磨造,减少软组织挛缩,对日后踝关节的功能恢复至关重要。

参考文献

- 1 胥少汀,葛宝丰,徐印坎.实用骨科学.第3版.北京:人民军医出版社,2005 800-803
- 2 顾立强. Pilon骨折的分类与功能评价.中华创伤骨科杂志,2004 6(8): 897.
- 3 蒋卫平,洗伟,杨晓明,等.切开复位内固定治疗 Pilon骨折.中国矫形外科杂志,2005 13(6): 428-429

(收稿日期:2006-09-23 本文编辑:王宏)

• 短篇报道 •

穴位植线法治疗椎动脉型颈椎病

王守星,王守永,李德宪,黄凤杰

(四平市骨质增生病医院,吉林 四平 136000)

Zhongguo Gushang / China J Orthop & Trauma 2007, 20(6): 420 www.zgsszz.com

椎动脉型颈椎病是临床常见疾病之一,颈性眩晕是其最为常见的症状,为临床学者的研究热点。近年来采用穴位植线法治疗椎动脉型颈椎病 108例,疗效颇佳,报告如下。

1 临床资料

本组共 108例,男 66例,女 42例;年龄 23~71岁,平均 44.5岁;病程 2d~12年。所有入选病例均符合椎动脉型颈椎病的诊断标准。即全国第二届颈椎病专题座谈会纪要中提出的椎动脉型颈椎病的诊断标准[中华外科杂志,1984 22(12): 719]。诊断依据:①曾有卒倒发作并伴有颈性眩晕;②旋颈试验阳性;③X线片显示节段性不稳或钩椎关节骨质增生;④多伴有交感症状,除外眼源性和耳源性眩晕。对患有心脏病、糖尿病、肾功能不全、高热、身体极度虚弱者、妊娠妇女、皮肤疾病等不宜用此法。

2 治疗方法

患者均采用穴位植线法治疗,取穴有风池、大椎、华佗夹脊穴、阿是穴等,合并神经根型配手三里、合谷、阿是穴;颈型配天宗、昆仑穴;交感型配合谷、阳陵泉;脊髓型据症状取穴。阿是穴取疼痛点。器具采用大号医用三角皮肤缝针,1-4号肠线,持针器 1把,剪刀 1把,止血钳 1把,一次性注射器 1副,均常规消毒备用。操作方法:在取穴两侧 1~2cm处,用龙胆甲作进针点、出针点标记,皮肤常规消毒后,在标记处用 2%利卡多因局麻(在距离穴位两侧 1~2cm处作局麻皮丘),捏起两皮丘间皮肤,用持针钳夹住带羊肠线的皮肤缝合针,从局麻皮丘刺入,穿过病灶部位的皮下组织或肌层。此时注意来回牵拉药线产生针感后,从对侧局麻皮丘处出针,然后紧贴皮肤剪断两端线头,放松皮肤。线头不得外露,轻揉局部,使药线完全埋入皮下组织,覆盖消毒纱布或贴创可贴 1周。每

30d治疗 1次,连续治疗 2次。需要注意的是,本法操作时宜轻巧,用力均匀,针穿过皮肤时不能用力过猛,避免断针。要严格无菌操作,避免术后感染,尽量避开血管,防止损伤神经及穴位邻近组织。

3 治疗结果

疗效判断标准[中华外科杂志,1984 22(12): 719]:治愈,原有病症消失,肌力正常,颈、肢体功能恢复正常,能参加正常劳动和工作。好转,原有症状减轻,颈、肩背疼痛减轻,颈、肢体功能改善。未愈,症状无改善。本组平均随访 6个月,治愈 66例,好转 39例,无效 3例。

4 讨论

穴位植线法根源于中医针灸学理论,是将炮制后的肠线这种异体蛋白组织埋植于病灶(阿是穴)及有关穴位,此线在体内遇温度、水分、血液后逐渐软化、分解、液化和吸收,对局部产生的生理、物理及生物化学刺激可长达 1个月或更长时间,从而弥补了普通针刺时间短、易复发及就诊次数多等缺点。该法初为机械刺激,后为生物和化学刺激原,具有短期速效和长期长效的优点。局麻产生的穴位封闭效应、针具刺激产生的针刺效应和植线时渗血起到的刺血效应,是短期速效;植线时穴位机体组织损伤的后作用,肠线在体内特殊的留针和植线效应及组织疗效效应,可起长期持续作用。

穴位植线法在病灶局部植入肠线进行长久的持续刺激,较毫针的经络刺激疗法又进了一层,为较单纯针刺疗效更佳的方法之一。穴位植线法取穴少,操作简便,疗程间隔时间长,节省时间,符合现代人快速高效的生活节奏,疗效安全可靠,无药物所致的不良反应,易被患者接受,适合推广使用。

(收稿日期:2006-12-04 本文编辑:李为农)