

经此处理新生长的指甲往往留有后遗症,如甲体粗糙、有纵脊、甲体与甲床附着不完全,严重影响了指(趾)的美观及愈后的痛苦。近年来,在甲床损伤修复重建及指甲再生方面,国内一些作者将修复后甲床表面的固定物以硅胶片、塑料板等作为甲体替代物,以确保指(趾)甲的良好生长,避免甲沟下翼状赘肉增生,但是这些替代物难免发生排斥反应,引起瘢痕增生,致使畸形出现。对于处理指(趾)甲撕脱原位缝合方法中,既往也有作者将甲板水平褥式缝合^[3],但这种缝合方法只是一维固定,甲板可能会翘起或在甲床旋转。而且,当甲床撕裂时就更加不稳定。其他的方法还包括纵向“8”字缝合等^[4],同样存在不稳或对甲床无法加压等现象而出现愈合后甲体异常。

我们认为横“8”字原位缝合固定指(趾)甲是一种 2 维固定的方法,而且无须完整的甲床,以达到对甲床、甲上皮、甲下皮的最小损伤。这项技术的优点是可使甲板和甲床保持良好的接触,防止甲板向远端及背侧移位,并同时产生持续的加

压作用。将甲板牢固地固定在甲床后,起到夹板样作用保护撕裂的甲床和其下的指(趾)骨骨折,使用甲间沟处缝合替代甲上皮缝合可以更加坚固。另外,通常缝合处的甲沟常常也是撕裂的部分,需要修复。

总之,横“8”字缝合方法快速、简便,基层非手外科医生容易掌握,缝线也很容易拆除,患者预后好,值得推广。

参考文献

- [1] 王炜. 整形外科学. 杭州: 浙江科学技术出版社, 1999. 1367-1370.
- [2] 张功林, 郭翔, 徐招跃. 介绍一种指甲延长的新技术. 中国骨伤, 2007, 20: 315-316.
- [3] Collins SC, Cordova K, Jellinek NJ. Alternatives to complete nail plate avulsion. J Am Acad Dermatol, 2008, 59(4): 619-626.
- [4] Jeys LM, Khafagy R. A useful technique for securing nails; the figure-of-eight suture. Br J Plast Surg, 2001, 54(7): 651.

(收稿日期: 2008-10-28 本文编辑: 王玉曼)

Pipkin 骨折的治疗及并发症的防治

陈农¹, 董健², 潘福根¹

(1. 复旦大学附属中山医院青浦分院骨科, 上海 201700; 2. 复旦大学附属中山医院)

关键词 股骨骨折; 骨折固定术, 内; 手术后并发症

Treatment of Pipkin fractures and prevention of its complications CHEN Nong, DONG Jian*, PAN Fu-gen. *Department of Orthopaedics, the Zhongshan Hospital Affiliated to Fudan University, Shanghai 201700, China

Key words Femoral fractures; Fracture fixation, internal; Postoperative complications

Zhongguo Gushang/China J Orthop & Trauma, 2009, 22(3): 229-230 www.zggszz.com

Pipkin 骨折是指髌关节后脱位同时合并的股骨头骨折, 约占髌关节脱位的 1%~16.8%^[1], 多由强大暴力导致, 处理不当易导致股骨头坏死、异位骨化、骨关节炎等一系列并发症。自 2001 年至 2007 年, 共收治 12 例, 根据不同骨折类型采用不同的治疗方法, 取得了满意效果。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 12 例, 男 11 例, 女 1 例; 年龄 20~65 岁, 平均 34.6 岁, 以青壮年多见; 左侧 5 例, 右侧 7 例。损伤原因: 交通伤 9 例, 高空坠伤 3 例。合并同侧胫腓骨骨折 2 例, 同侧胫腓骨骨折合并交叉韧带断裂 1 例, 坐骨神经损伤 2 例, 多发性肋骨骨折 1 例, 脑外伤 1 例。

1.2 分型 按 Pipkin 分类原则^[2]分为 4 型。本组 I 型 6 例, II 型 3 例, III 型 1 例, IV 型 2 例。

2 治疗方法

2.1 手术前的评价 本组病例术前常规拍摄骨盆正位、闭孔斜位、髌骨斜位等 X 线片, 尽量做到髌关节复位前和复位后

CT 平扫, 充分了解和评价股骨头和骨盆骨折的类型。CT 图像三维重建技术可充分显示股骨头和髌臼骨折的情况, 对手术方式的选择有重要的指导意义。

2.2 治疗方法 所有病例均于入院后急诊腰麻或静脉麻醉下手法复位, 并行骨牵引治疗, 复位后立即摄 X 线片及行 CT 检查。其中 3 例 I 型患者骨折块基本解剖复位, 关节腔内无碎片, 均予骨牵引治疗 4~6 周, 3 个月后部分负重, 半年后完全负重。III 型骨折 1 例为 65 岁男性, 直接用全髌关节置换术, 余 8 例因骨折块未解剖复位和合并髌臼后壁骨折均予手术治疗, 髌臼后壁骨折行重建钢板内固定。受伤到手术时间 8 h~14 d, 平均 5 d。采用硬膜外麻醉, 取侧卧位, 采用 Kocher-langenbeck 入路, 髌关节暴露后脱出股骨头, 显露股骨头骨折处, 清除关节腔内血肿及小的游离骨块, 把较大骨折块直视下复位并作固定。若要固定骨块与圆韧带相连, 尽量不游离骨块, 在髌关节复位后复位骨折块, 用可吸收钉固定。在固定骨折块时, 可从骨块中心固定到股骨头, 也可从股骨头固定到骨块中心, 使用埋头器, 以保持股骨头关节面平整。大的骨折块置入 2 枚可吸收钉。术前有坐骨神经损伤患者, 术中行坐骨神



图 1 患者,男,52 岁,Pipkin 骨折 I 型 1a. 术前 X 线片示髋关节后脱位伴股骨头骨折 1b. 术前三维 CT 示骨块移位明显 1c. 骨折固定术后 X 线片 1d. 术后三维 CT 示骨块达到解剖复位

经探查,并行减压或修补。术后予常规补液抗感染 3~5 d,3 d 内拔除负压引流管,骨牵引 6~8 周。典型病例见图 1。

3 结果

按黄建国等^[3]疗效评定标准,根据临床表现和 X 线改变分为:优,步态正常,关节无疼痛,活动度大于正常的 75%,X 线片未见股骨关节坏死、塌陷骨关节炎表现,骨折愈合;良,步态正常,轻微疼痛,关节活动度为正常的 50%以上,X 线片示关节面轻度硬化,关节间隙狭窄等退行性改变;可,中度疼痛或轻度跛行,关节活动度大于正常的 30%,X 线片示关节有明显关节间隙狭窄,关节面硬化,股骨头密度稀疏或硬化;差,疼痛严重,甚难负重,关节活动范围小于正常 30°,关节间隙狭窄,有骨赘形成,股骨头广泛坏死、塌陷。本组经随访 6 个月~6 年(平均 3 年 2 个月),优 3 例,良 5 例,可 3 例,差 1 例。

4 讨论

4.1 手术时机与手术入路 由于股骨头最佳复位固定时间为<6 h,若不及时复位、固定会增加后期股骨头坏死及骨性关节炎的发生率,但股骨头骨折常合并重要脏器损伤,因此,多数患者需要在病情稳定才能手术治疗。我们认为若不能急诊手术,先行骨牵引,同时完善检查,仔细分析,制定恰当的手术方案。对股骨头骨折入路的选择,现发现前入路缺血性坏死的发生率较高,可能是由于前入路进一步损伤了前方血液供应。王雁录等^[4]证实复合入路手术的患者疗效差,应结合股骨头脱位方向、手术暴露和内固定多方面问题考虑手术入路,尽量减少复合入路。本组全部使用后侧 Kocher-langenbeck 入路,仅 1 例 IV 型骨折术后出现股骨头坏死,我们认为该切口的优势在于:①从已受损伤的髋关节后关节囊进入;②手术暴露良好,对髋臼及股骨头骨折块固定方便;③有利于对股骨头脱位处及关节腔内的小碎块、血肿进行彻底清除;④可对髋臼骨折进行固定。对游离骨折块固定时,能直视下复位固定,能保证解剖复位。在骨折块与圆韧带相连时,可不游离骨折块,清除断端血肿及小的游离骨块,髋关节复位后,手指触摸下使骨折端解剖复位,可从股骨头向骨块方向钻孔后固定。

4.2 骨折分型与治疗 Pipkin 分型对于治疗方法选择及治疗效果预测均有重要指导价值。I 型骨折:及时采用闭合复位,若骨折解剖复位,则行骨牵引治疗;若骨折复位不满意则

切开复位内固定;若骨折块<1 cm,往往难以有效固定,可以摘除,也可取得满意的疗效。II 型骨折:位于股骨头圆韧带的上方,是股骨头的负重区,对于 II 型骨折尽量解剖复位。III 型和 IV 型骨折:骨折不愈合和股骨头缺血性坏死的发生率非常高,对于老年人采用关节置换;对于年轻的患者,一般均先考虑切开复位内固定;后期出现骨折不愈合、股骨头坏死,则行人工关节置换术。

可吸收钉棒属高分子聚合物,在骨组织中可完全分解。我们认为可吸收钉棒其优点有:①具有良好的组织相容性,无任何毒性反应;②无须二次手术;③术后不妨碍 CT 及 MR 检查;④当股骨头骨块坏死时,避免螺钉头突出于关节内,导致创伤性关节炎。王树金等^[5]认为可吸收钉治疗股骨头骨折是最理想的内固定物。

4.3 并发症与预防 Pipkin 骨折早期并发症主要是坐骨神经损伤及膝关节损伤。坐骨神经损伤,多系神经挫伤,本组有 2 例坐骨神经损伤,术中发现外膜下淤血,松解外膜后 4 个月恢复。Pipkin 骨折受伤是膝部直接受损伤,髋部是间接受损伤,应仔细检查,以防膝关节损伤的漏诊。晚期并发症主要为创伤性关节炎、股骨头缺血性坏死。为减少并发症,我们认为:①仔细的体格检查,确定有无膝部损伤及坐骨神经损伤;②高度重视早期诊断、早期复位,情况允许下早期手术;③手术时随时注意减少损伤,保存残存血运,小骨折块无法固定时要彻底清除;④术后应早期锻炼,晚负重。

参考文献

[1] Kloen P, Siebenrock K, Raaymakers E, et al. Femoral head fractures revisited. Eur J Trauma, 2002, 28(4): 221-233.
 [2] Mourad L. Pipkin types of fracture/dislocation of the hip. Orthop Nurs, 1997, 16(4): 56.
 [3] 黄建国, 杨海波, 袁海峰, 等. 髋关节后脱位伴股骨头骨折的治疗. 中华创伤骨科杂志, 2003, 5(2): 10-14.
 [4] 王雁录, 王伟亮, 王春生, 等. 股骨头骨折手术治疗分析. 中国骨与关节损伤杂志, 2007, 22(1): 56-57.
 [5] 王树金, 朱东波, 邱锡定, 等. 后外侧入路可吸收螺钉内固定物治疗股骨头骨折. 中华创伤骨科杂志, 2006, 8(7): 686-687.

(收稿日期: 2008-09-23 本文编辑: 连智华)