

皮瓣设计应以不影响下肢循环, 转移后使胫前区有完好的皮肤覆盖, 可接受后期骨性手术(万一骨折不愈合时)为根本原则, 尽可能使皮瓣转移 90°左右角度, 以使皮瓣的正常缘(非创伤侧瘢痕缘)旋至骨折裸露的“关键部位”, 防止术后皮瓣瘢痕缘坏死造成“关键部位”窦道及瘢痕。皮瓣方向不限, 长宽比不超过 1.5:1, 伤口周围皮肤瘢痕较多或长宽比例需较大时, 可行带深筋膜的转移皮瓣, 长宽比可达 2:1。由于长期的炎症刺激及瘢痕形成, 皮肤弹性较差, 所以设计皮瓣的旋转轴要稍长些, 以防缺损或张力, 切勿张力下缝合。

2. 伤口处理及内固定物去留: 彻底清创是手术成功的关键。应切除包括创缘在内的骨端周围的全部瘢痕及肉芽组织, 但不要过多剥离正常的骨膜, 对内固定

物周围有明显炎症肉芽及脓性渗液者, 应取出内固定物, 对钢板螺钉孔用钻处理, 刮净髓内炎症组织, 必要时应“开窗”清理。应把预防感染的全部希望放在清创术上。由于骨折端部较多的瘢痕组织, 特别是时间较长者, 腓骨已初步连接, 去除内固定后, 骨折部位均不出现明显侧方移位, 通过牵引或石膏托外固定均能达到较理想的对位及对线, 伤口愈合后更换长腿石膏管型固定, 可取得较好的效果。所以我们认为, 凡内固定物直接露于创面外或仅为炎症肉芽组织假覆盖者, 内固定物周围清创不易彻底, 均有较多机会导致感染, 应取出内固定物。

(收稿: 1995-08-15)

股骨头骨折漏诊一例

广东省武警深圳医院 (518029)

陈宏贤

××, 女, 20 岁, 于 1991 年 1 月 17 日急诊入院。患者 2 小时前骑自行车赶路上班时, 突然被一辆人货车从右侧面撞倒, 左膝跪地, 单车压在左大腿及臀部上, 当时左髋关节呈屈曲、外展、外旋位俯于地面上, 不能站立。检查: 左下肢呈外旋缩短畸形, 大粗隆向后上移位 4cm, 达 Nelaton 线之上, 臀部隆起可触及半球状硬块, 被动活动髋关节时引起剧痛及肌肉痉挛, 左膝肿胀, 胫骨上段骨擦音(+), 髋、膝关节活动受限。X 线片示: 左股骨头位于髋臼外上方, 股骨头内未见明显密度增高影, 胫骨平台粉碎性骨折, 胫骨嵴撕脱分离。诊断: ①左髋关节后脱位; ②左胫骨平台粉碎性骨折, 胫骨嵴骨折。治疗: 因患者耐受性较差, 且膝部疼痛明显, 不麻醉无法复位, 即在硬外麻下行左髋关节复位术, Allis 法一次成功。3 天后在硬外麻下行左胫骨平台粉碎性骨折、胫骨嵴骨折切开复位螺丝钉、钢丝内固定术, 术后左下肢皮牵, 1 个月后复查 X 线片示左胫骨平台骨折对位对线及内固定物位置良好, 有骨痂生长, 左膝关节屈曲 100°, 髋关节屈曲 70°, 强行屈曲时发现左髋与骨盆一起活动, 且剧痛。考虑: ①股骨头骨折; ②髋臼骨折; ③髋关节粘连。左髋复查正斜位 X 线片示股

骨头似有密度增高影, 疑股骨头骨折, 决定行手术探查。手术采用 Smith-Petersen 切口入路, 术中见左髋关节无脱位, 髋臼无骨折, 但屈髋障碍, 股骨头前方有小骨片两块, 分别为 1.5cm×1.0cm×0.5cm 及 1.0cm×0.5cm×0.5cm, 取出较大骨片, 较小骨片因与圆韧带附着紧密而未取出, 术后第 3 天, 左髋屈曲 95°。随访 4 年, 左髋、膝关节功能基本恢复正常, 胜任原工作。

讨论 本例为髋关节后脱位合并股骨头在髋臼中心近侧的骨折, 属 Pipkin II 型骨折, 其损伤机制特点: 患者从右侧面被撞倒, 左膝外侧缘跪地, 髋关节屈曲位 60°, 处于非自然的外展位, 暴力作用于膝部沿股骨干轴心传导所致, 在这个位置, 股骨头撞击坚强的髋臼后上缘造成脱位并伴有股骨头骨折。

分析漏诊原因: ①股骨头骨折块居于髋臼内, 骨折块与髋臼的 X 线阴影重叠而未发现; ②股骨头骨折块较小, 不易被发现; ③未摄髋关节斜、侧位 X 线片; ④X 线片投照质量不好, 阅片不仔细; ⑤未估计到损伤严重性, 顾此失彼。

(收稿: 1995-10-06)