

又有抗菌止血作用^[1]。术后能耐受 10~12kPa 压力,固定后 2 月可耐受 40kPa 压力,组织粘合后的平面拉力为 600g/cm²^[2],能满足关节内骨折细小骨折块固定的要求。术后数周的外固定是必要的,可有效地防止因早期活动造成骨折块的移位脱落。而固定数周后当骨折初期愈合后进行不负重的功能锻炼是必需的,可促进关节功能恢复。医用胶有较好的组织相容性,最终被分解吸收。细小骨折块的骨质多为松质骨,即使因医用胶暂时阻断骨细胞借扩散而获得营养,导致骨细胞死亡,骨质最终仍可通过“爬行替代”而复活。关节软骨表面未涂医用胶,能直接从关节液中摄取营养而存活。

参考文献

- 王道珍,杨建惠,周茂恒,等.医用胶在骨科应用的初步报告.骨与关节损伤杂志,1995,10(4):251
- 王万程,俞无猜.医用胶临床应用概述.福建医药杂志,1993,15(1):53

(收稿:1997-04-21)

手术治疗三踝骨折并踝关节脱位 19 例

张贤忠 曹永旭

湖南省澧县人民医院 (415500)

自 1986 年至 1996 年 10 月我科手术治疗三踝骨折并踝关节脱位 19 例,取得较好疗效,现总结如下。

临床资料 19 例中男 12 例,女 7 例;年龄 17~58 岁。伤后 2 小时至 11 天入院。根据 Ashurst-Bromer 分型方法,外展型 2 例,内收型 4 例,外旋型 8 例,直接暴力型 5 例(其中 3 例为开放性损伤),所有病例均为 Ⅱ 度骨折。

治疗方法 取踝关节后外侧切口,以胫腓、跟腓韧带为铰链将腓骨骨折远端向外翻转,显露后踝骨折块及胫距关节。后踝复位,螺钉固定。将踝关节置于功能位,直视下使胫骨下端的凹状关节面与距骨的鞍状关节面准确对合,用一直径 2.5mm 的骨圆针自胫骨远端前面斜向后下方钻入,穿过关节间隙,进入距骨约 2~3cm 固定住胫距关节。取踝关节内侧切口,内踝复位,螺钉固定。腓骨下段骨折用短 4 孔钢板固定。如为外踝骨折,则用交叉钢针固定。下胫腓关节分离者横穿螺钉固定。一般病例于术后 4 周,开放性损伤伴踝部软组织缺损者于术后 6 周拔除固定胫距关节

的骨圆针,去除石膏,非负重功能锻炼。

治疗结果 疗效评定标准:优:骨折脱位解剖复位,踝关节功能正常,无肿痛;良:骨折脱位解剖复位,踝关节背屈、跖屈功能减少 10° 以内,踝部无肿痛;可:踝关节活动功能减少 20° 以内,走远路或体力劳动时踝部轻度肿痛,X 光片显示距骨在踝穴内略有移位,有轻度创伤性关节炎改变;差:踝关节功能减少在 20° 以上,关节肿胀,行走时疼痛,X 光片显示距骨半脱位,关节软骨面粗糙。随访 1~3 年,平均 1.6 年,结果:优 9 例,良 7 例,可 2 例,差 1 例。

讨论 胫距关节是踝关节的主要承重部位。Ramsey 等指出骨折后距骨向外错位 1mm,即可使胫距关节面的接触减少 42%,Wilson 统计距骨有倾斜或移位者,发生创伤性关节炎者占 75%^[1]。另外移位或倾斜的距骨可阻挡内、外踝骨折的复位。所以,胫距关节的精确复位是实现踝部骨关节解剖复位、恢复关节功能的核心环节。通过后外侧入路可显露胫距关节的后外侧半、外侧以及前外侧的一部分,充分显露、直视下操作可保证复位的精确性。直径 2.5mm 骨圆针固定可靠,对关节软骨面损伤甚小,不致于影响关节功能。如复位后不加以内固定,胫距关节可在整复内、外踝骨折的过程中或术后再脱位。本文中疗效差的 1 例为一开放性损伤病例,软组织缺损加重了对踝关节稳定性的破坏,术后由于骨圆针过早拔除,创面大量渗液又影响了外固定石膏托的强度,距骨再移位导致了踝关节功能的严重障碍,应从中吸取教训。

参考文献

- 陆裕朴,胥少汀,葛宝丰,等.实用骨科学.第 1 版.北京:人民军医出版社,1991.719

(收稿:1998-01-15)

螺钉内固定治疗肩锁关节脱位

潘月勤 王惠永 陈桂元 韩杰中

江苏省姜堰市中医院 (225500)

我院 1992 年 11 月~1997 年 10 月收治肩锁关节脱位 32 例中行切开复位锁骨喙突松质骨螺钉内固定 24 例,脱位全部纠正,肩关节功能良好,报告如下。

临床资料 本组男 19 例,女 5 例;年龄 27~51 岁。左侧 17 例,右侧 7 例。跌伤 15 例,车祸 4 例,肩部遭撞击致伤 2 例,记录不详 3 例。局部表现肿胀疼痛,肩关节活动受限,锁骨远端隆起,压痛,按之有