

·短篇报道·

内踝前直切口加外踝切口治疗踝关节旋后内收 II 度损伤

徐才芽 宋林波

(余姚市中医医院, 浙江 余姚 315400)

踝关节旋后内收 II 度损伤采用传统踝关节内侧入路处理踝穴内上角关节面骨折不甚理想, 我们应用内踝前直切口处理踝穴内上角关节面骨折, 效果明显, 现作简单介绍。

1 临床资料

本组共 12 例, 男 5 例, 女 7 例。年龄 25~51 岁。均采用内踝前直切口及外踝切口治疗。平均随访 3 年。X 线片显示骨折愈合好, 关节面平整, 无创伤性关节炎征象。关节功能良好, 无关节酸痛。

2 治疗方法

先取外踝切口, 暴露外踝骨折部。

然后取内踝前直切口, 切口以胫距关节为中心, 紧靠胫前肌内侧, 长约 6cm。切开皮肤、皮下组织、深筋膜及小腿横韧带、十字韧带, 切开胫距关节前脂肪垫、胫骨骨膜和关节囊, 即可在直视下检视踝穴内上角骨折状况。仔细检查整个关节骨折状况及稳定性。先将外踝骨折复位, 松质骨螺丝钉或张力带钢丝内固定。胫骨下端局部取骨, 内踝骨折复位、植骨, 使踝穴内上角关节面平整, 克氏针内固定, 如内踝骨折固定不够牢固, 可于内侧作小切口, 予克氏针或松质骨螺丝钉内固定。术后膝下石膏固定踝关节于中立位。

3 讨论

本手术方法简便, 效果良好, 主要有以下特点: ①本类型骨折暴露检视清楚后须首先整复外侧结构, 以保持关节稳定性, 为处理踝穴内上角关节面骨折创造条件。②内踝前直切口紧靠胫前肌内侧, 大隐静脉及隐神经位于切口内后侧约 1cm, 损伤可能性小。③此型骨折主要问题在踝穴内上角之关节面能否保证平整复位, 而该切口位于此骨折正前方, 术中无需太多游离皮瓣, 暴露良好。④切口下方局部取骨, 整复及植骨固定均很方便。

(编辑: 李为农)

闭合顺行穿针小夹板外固定治疗肱骨干骨折

陈文福 孟叶新 蒋唯强

(嘉善县中医院骨科, 浙江 嘉善 314100)

对于稳定性肱骨干骨折一般经手法复位、石膏或小夹板外固定常能达到治疗目的, 而不稳定性肱骨干骨折, 手法复位困难, 或外固定失败者常需手术治疗。我院采用闭合顺行穿针小夹板外固定治疗 7 例, 疗效满意, 现报告如下。

1 临床资料

本组 7 例中男 5 例, 女 2 例, 年龄 21~48 岁, 中上 1/3 骨折 4 例, 其中合并肩关节脱位 2 例。中 1/3 骨折 3 例。横形骨折 5 例, 斜形骨折 2 例, 其中有蝶形骨块 1 例。

2 治疗方法

臂丛麻醉生效后, 局部皮肤碘酒消

精常规消毒, 铺洞巾, 取右肩峰外侧缘即大结节上方进针处皮肤切一小口, 取一枚三棱针粗细少于髓腔直径的 2/3 或 1/2 均可, 便携式 X 线透视机透视下进针达骨折端, 经手法复位后继续进针贴近对侧皮质后仍进针约 5~10cm 即可, 然后活动骨折端无明显异常活动后。折弯外露的三棱针, 多余部分剪掉, 酒精纱布包扎, 小夹板外固定。

3 治疗结果

术后分别在 1 周、4 周、8 周拍片复查。四周后 7 例病人均有不同程度骨痂生长, 其中 2 例上 1/3 骨折的病人骨折端内固定后略向外成角约 5~10°, 骨折

端仍见有部分骨痂生长, 四周后拔出三棱针, 小夹板继续固定, 8 周后骨折端均达到骨性愈合。肩关节功能正常。此法治疗其它部位骨折亦疗效满意。

4 体会

闭合顺行穿针小夹板外固定治疗肱骨干骨折其优点: 因进针部位在肱骨干纵轴线偏外沿着髓腔行进即在骨折远端贴近对侧骨皮质行走, 使其对髓内针有压力作用, 骨折端相对稳定, 同时外用小夹板加强了骨折端的稳定性。复位满意, 骨折愈合快, 关节功能恢复好, 尤其对不稳定性骨折, 经多次复位及外固定治疗效果欠佳者尤为适宜。

(编辑: 李为农)