

带孔克氏针张力带治 III 度肩锁关节脱位 23 例

郑炜

(慈溪市第二人民医院, 浙江 慈溪 315315)

1997 年 1 月~ 1998 年 3 月期间采用带孔克氏针张力带治疗 III 度肩锁关节脱位 23 例, 取得满意效果, 介绍如下:

1 临床资料

本组 23 例, 男 15 例, 女 8 例。年龄从 20~ 55 岁, 平均年龄 35 岁。其中左肩 9 例, 右肩 14 例; 均为 III 度肩锁关节脱位。23 例患者中均伴有喙锁韧带肩锁韧带断裂, 均为闭合性损伤。

2 治疗方法

在臂丛肌间沟麻醉下常规消毒, 铺巾。取锁骨外端上侧切口约 8cm 逐层分离暴露脱位之肩锁关节, 喙锁韧带并在喙锁韧带两断端穿好 7 号丝线, 不拉紧, 再处理脱位之肩锁关节。除去碎裂的肩锁关节软骨盘, 用 1 枚或 2 枚带孔的 $\phi 2\text{mm} \sim 2.5\text{mm}$ 克氏针, 长约 6~ 7cm, 带孔端在外侧, 整复脱位之肩锁关节, 对位良好维持固定后, 在肩峰外侧顺行性进针。内侧针体应留在锁骨骨髓腔内或向上穿出锁骨, 克氏针在锁骨内的长度以 3cm~ 4cm 为宜。这样用 8 号钢丝穿过针孔后, 绕过内侧克氏针出锁骨处“8”字固定, 如针体在髓腔内, 可以在锁骨上钻孔, 穿钢丝“8”字固定, 克氏针带孔端尽量内移, 缝合喙锁韧带, 修补肩锁韧带。

3 治疗结果

本组 23 例, 经上述方法手术后摄片位置均良好, 肩部切

口均 I / 甲愈合, 经过 3 个月后拆除固定。随访 6 个月至 1 年半。把肩锁关节分为 3 级评分标准。对位良好、活动时无明显疼痛为优 18 例; 对位良好、肩部活动时轻微酸痛为良 4 例; 对位良好、活动时疼痛明显者为差 1 例; 均无再次脱位。

4 讨论

肩锁关节 III 度脱位在临床上较为多见, 且手术方法也较简便, 但以前对肩锁关节脱位并用克氏针张力带治疗也有不少缺陷存在, 虽然对喙锁韧带及肩锁韧带进行修补, 但用克氏针仅在针尾折弯防止向内滑移, 故在临床上碰到较多的克氏针向外滑移、掀顶皮肤, 造成患者痛苦, 同时在克氏针向外滑移过程伴有张力带滑脱, 因这个问题患者不愿锻炼。医生也怕病人过多活动, 造成手术失败。其次以往克氏针张力带固定肩锁关节脱位, 针体在锁骨内过短往往在受力时使锁骨外端应力过大而裂折, 克氏针移位于锁骨上造成术后再次脱位。笔者在临床上见到 3 例, 认为克氏针长度以 3.0~ 4.0cm 为宜。因锁骨为 S 型, 故克氏针向内不能过长。过长有伤及锁骨下动静脉及神经可能, 造成意外。术后 2 周起作适当肩部功能锻炼, 以后适当增加定期复查, 3 月后拆除内固定。笔者用带孔克氏针张力带治疗 III 度肩锁关节脱位 23 例, 均经随访效果满意。

(编辑: 李为农)

开放性股骨下段粉碎性骨折骨缺损一期大块植骨内固定治疗

盛威忠

(沭阳县人民医院, 江苏 沭阳 223600)

我院于 1992 年至 1998 年共治疗开放性股骨下段粉碎性骨折骨缺损一期大块植骨内固定治疗 10 例, 报告如下。

1 临床资料

本组 10 例中男 7 例, 女 3 例; 13~ 15 岁 2 例, 18~ 50 岁 8 例。交通事故伤 5 例, 树木砸伤 3 例, 机械伤 2 例。左股骨下段骨折 4 例, 右股骨下段骨折 6 例。取自体髂骨植骨 8 例, 取库骨植骨 1 例, 取其母髂骨植骨 1 例。患者(儿)入院时都有不同程度的失血、精神差, 受伤时间 1~ 6 小时不等, 但都有骨断端及碎骨片裸露, 伤口流血, 动脉和足背动脉搏动存在, 患肢末梢循环尚好。

X 线摄片示: 左(或右)股骨下段粉碎性骨折, 断端明显移位、部分骨缺损。

2 治疗方法

首先纠正失血等, 早期进行清创内固定。彻底清创是预

防术后感染的主要措施之一。清创时仔细辨认无生机的组织, 既要清除坏死组织、异物、积血和死腔, 又要尽量保留有生活力的组织。尽量减少人为破坏骨膜和有血液循环的软组织, 去除所有无血运之粉碎游离骨片。根据其骨缺损情况取大块髂骨(小儿用库骨或其母亲之髂骨) 填塞于骨缺损处, 再将余下之碎骨堆放于骨缺损上下连接处。然后用 L 型钢板头部自股骨外髁上 2cm 向内侧打入。使钢板连接于股骨中下段外侧形成支架, 以螺钉固定。0.2% 甲硝唑溶液冲洗伤口, 置先锋霉素 V 粉剂于伤口内, 乳胶管引流, 减张缝合关闭伤口。带腰长腿石膏夹板外固定患肢于功能位。

3 治疗结果

3.1 伤口一期愈合 6 例, 二期愈合 3 例, 感染 1 例经换药等治疗 1 月后愈合。

3.2 患者 2 月后去除石膏托改用夹板固定, 逐步作膝关节功

能锻炼。随访膝关节功能基本正常 7 例, 膝关节屈曲功能不良 3 例, 后经再手术基本恢复正常。

3.3 6 例患者 6 个月后 X 线示植骨处有骨痂生长, 3 例患者 7 个月后形成骨痂。1 例患者 9 个月后植骨处形成骨痂。

3.4 1 年骨性愈合 6 例, 1 年半骨性愈合 3 例, 2 年骨性愈合 1 例。

4 讨论

股骨下段开放性粉碎性骨折、因其创伤重, 缺损大、故影响骨愈合。髂骨是主要植骨来源、髂骨可根据需要切取板、块、条等各种形状, 应尽量保留髂前上棘和髂骨内板, 以免影

响外形和功能。儿童取骨要保留骨骺, 以免影响发育。

股骨下段开放性粉碎性骨折经清创后缺损作大块植骨病例尚不多。故彻底清创是预防感染的主要措施之一。清创术中最好不要用止血带, 因为在止血带下清创难于辨明正常组织和坏死组织。术中应用甲硝唑冲洗和置入先锋霉素 V 等局部直接用药, 松散无张力全层缝合有利于引流和愈合。伤口内放置引流条可以减少感染机会。坚强的外固定是开放性粉碎性骨折伴骨缺损甚之大块植骨成功的可靠保证。使污染伤口获得最低感染率、缩短治疗周期、促进骨折早期愈合。

(编辑: 程爱华)

改良 Warner 手术治疗三踝骨折并胫距关节脱位

殷林 潘岗生 刘建林 潘铁军 马进

(沈阳市骨科医院, 辽宁 沈阳 110044)

1993 年 3 月~ 1998 年 5 月, 我院应用改良 Warner 手术, 经腓骨侧入路, 直视下对合胫骨下关节面, 可靠地复位胫距关节脱位, 牢固固定外踝骨折, 36 例三踝骨折并胫距关节脱位者得到稳定复位。术后功能恢复良好。现报告如下。

1 临床资料

本组 36 例中男 16 例, 女 20 例; 年龄 16~ 59 岁, 平均 27 岁。新鲜骨折 33 例, 陈旧性骨折 3 例。致伤原因: 均为严重扭伤。

2 治疗方法

取踝关节腓骨外侧切口, 长约 6cm。切开皮肤、皮下组织, 分开腓骨骨膜, 见腓骨骨折部, 剥离腓骨远折段胫腓韧带联合, 将腓骨远侧骨折端向下翻转 90°, 即可见后踝骨折处与胫骨下关节面侧方和胫距关节脱位情况。用特制骨拉钩或木制小棒向前下方拉推后踝, 直视下解剖对位胫骨下关节面。对于腓骨骨折位置较低者, 可向下牵引小腿, 仍能有效观察关节面对位情况。必要时结合手指触摸关节面以上后踝对位, 以确定后踝对位准确。胫骨前下方踝关节上 1.3cm 处, 另切 1cm 皮肤切口, 钝性分离胫前肌及伸趾肌腱, 直达胫骨前唇上方, 用骨钻由前向后钻孔穿入骨折两端。再次检查对位情况后, 用一枚螺钉由前向后拧入固定。如后踝骨块较大, 为防止旋转移位, 可用同法拧入第二枚螺钉。复位胫距关节, 跖屈踝关节检查复位后动力稳定情况。将腓骨复位, 用螺钉或经塑形钢板固定, 钢板远侧或腓骨远侧用一枚螺钉贯穿胫腓骨之间固定。仔细修补关节囊及胫腓韧带周围软组织。内踝如需固定则按内踝手术另行固定。

3 治疗结果

本组 36 例, 术后 X 线片显示均为解剖复位。随访时间 4 个月~ 4 年, 平均随访时间 1.5 年。踝关节功能恢复时间 3~ 6 个月。所有病人行走无疼痛, 踝关节功能恢复良好, 无创伤性关节炎的临床症状。

4 讨论

三踝骨折并胫距关节脱位是踝部较严重损伤类型。损伤后的复位质量与其治疗效果有着密切关系。后踝骨折由于位

置较深和韧带牵拉造成移位, 一般认为影响胫距骨关节面超过 25%^[1] 且向后上移位大于 1mm 时, 胫距骨在踝穴后方失去稳定性, 易造成损伤性关节炎。应用改良 Warner 手术, 能在直视下动观后踝骨折复位后胫骨下关节软骨面的对位情况, 从而达到满意的复位。同时为胫距关节脱位的复位建立良好条件。

三踝骨折并胫距关节脱位多为骨和韧带的合并损伤。Yablon 等^[2] 实验研究报告, 切断三角韧带或内踝不造成明显的踝关节不稳, 切断外侧副韧带与 30° 外旋, 切断外踝后踝关节产生明显的旋转和外翻不稳。可见踝关节骨折手术复位, 外踝是关键结构。Ramsey 等^[3] 所做的关于胫骨和距骨接触面积减少 42%, 其后果将会引起损伤性关节炎。另外, 正常时, 胫距关节接触面主要在外侧, 内侧接触面窄。一旦发生外移, 主要接触面则移至内侧, 则易发生骨性关节炎^[4]。因此, 术中更要十分注意外踝的对位和固定。

踝关节由胫腓骨下端的内外踝构成踝穴, 距骨体在踝穴内作屈戌活动。踝关节的稳定赖以胫腓骨韧带联合维护踝穴的完整和胫腓侧副韧带及关节囊以维护距骨在踝穴的位置^[4]。本组为确保复位后的稳定性, 为日后关节功能恢复创造良好条件, 故在固定腓骨骨折时, 另用一枚螺钉贯穿胫骨与腓骨, 以利于胫腓韧带联合损伤或剥离的修复。同时仔细修复关节囊及侧副韧带, 保证踝关节功能最大程度的恢复。应用改良 Warner 手术治疗三踝骨折并胫距关节脱位, 术后可行早期功能练习, 踝关节功能恢复较快且满意。目前临床观察尚未见损伤性关节炎的发生。

参考文献

- [1] McDaniel WJ. Trimalleolar fracture of the ankle. An end result study. Clin Orthop, 1977, 122: 37.
- [2] Yablon IG, Heller FG, Shouse L. The key role of the lateral malleolus in displaced fracture of the ankle. J Bone Joint Surg (Am), 1977, 59 (2): 169.
- [3] Ramsey PL, Hamilton W. Changes in tibiotalar area of contact caused by lateral talar shift. J Bone Joint Surg (Am), 1976, 58(3): 356.
- [4] 毛宾尧. 足外科学. 北京: 人民卫生出版社, 1992. 128.

(编辑: 房世源)