

有旋转,则会出现齿突与寰椎侧块固定在一个不对称的位置上,即向前移的一侧侧块与齿突的距离变小而对侧增宽。另外,枢椎棘突亦可同时偏向颈部指向的一侧。如属第 III 型,还可见向前移位的一侧侧块与枢椎骑叠。第二片,头置于正中位,颈及躯干取其自然位置。如旋转是固定的,则旋转就不会被矫正,表现为枢椎棘突偏向头原先旋回的一侧。

颈椎侧位片可确定有无脱位。本病的分型,Fielding^[1]将其分为四型: I 型有旋转固定而无脱位(寰齿间距 < 3mm); II 型寰齿间距在 3~5mm 之间; III 型,寰齿间距 > 5mm,寰椎侧块向前移位; IV 型,后脱位。I 型最多见。

本病的治疗, I、II 型采用保守治疗,用枕颌带牵引或颅骨牵引,视病情恢复情况确定牵引时间,一般 2~3 周,若合并齿突骨折可延长牵引时间。症状缓解和/或 X 线片示齿突位置正常时,结束牵引,用颈围或石膏外固定数周。III、IV 型脱位程度大,危险大,宜用手术治疗,经前期颅骨牵引复位后行植骨融合、钢丝内固定术。本组 1 例 III 型经此术后,获得良好

恢复。

参考文献

- [1] Fielding JW. Atlanto axial rotatory fixation (fixed rotatory subluxation of the atlanto axial joint). J Bone Joint Surg (Am), 1977, 59: 37.
- [2] 何灿熙, 枕、寰、枢段创伤 X 线诊断若干问题. 中华放射学杂志, 1984, 18(2): 131.
- [3] 卢一生, 贾连顺, 丁祖泉, 等. 寰枢关节的三椎运动规律及其测量. 中华创伤杂志, 1995, 11(1): 1.
- [4] 周卫, 张霁, 蒋位庄, 等. 寰枢关节错缝与上颈段解剖的关系. 中国骨伤, 1996, 9(1): 5.
- [5] 张佐伦, 王德杰, 赵安二, 等. 寰枢关节旋转半脱位的解剖变化及 X 线诊断. 中华骨科杂志, 1990, 10(1): 24.
- [6] 周卫, 张霁, 蒋位庄, 等. 寰枢关节错缝的 X 线表现. 中国骨伤, 1996, 9(2): 3.
- [7] 王泽忠. 寰枢关节旋转性固定症. 中华放射学杂志, 1983, 17(4): 281.

(收稿: 2000 03 07 编辑: 李为农)

下肢外伤性缺血截肢原因分析

张风琴

(焦作矿务局中央医院, 河南 焦作 454150)

我院自 1989 年 7 月~1994 年 12 月治疗合并有重要血管损伤的患者 20 例, 行下肢截肢, 分析其原因如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 20 例中, 男 19 例, 女 1 例; 年龄 4~52 岁, 平均 30.2 岁。开放损伤 19 例, 闭合性损伤 1 例; 股骨中下段骨折 8 例, 胫腓骨骨折 11 例; 其中不完全离断伤 6 例, 完全离断伤 2 例。

1.2 血管损伤 20 例中有血管损伤 19 例, 1 例为小腿骨筋膜室综合征; 动脉损伤 16 例, 股动脉损伤 2 例, 胫前动脉与胫后动脉损伤 1 例。

1.3 肢体缺血临床表现 根据比企提出缺血六项证候依次表现为脉搏消失 18 例, 肢端较凉 13 例, 肢端苍白 6 例, 肢端疼痛 8 例, 毛细血管反应缓慢 10 例, 肢端麻木 1 例。

1.4 治疗 我们的治疗原则是争取一切条件尽力保留肢体。对来诊时下肢坏死证候明显者立即截肢 15 例, 4 例为轧伤造成下肢完全离断及不完全离断或局部粉碎骨折软组织挫伤严重, 不适合循环重建而截肢。1 例小腿骨筋膜室综合征来诊时间较长, 经彻底切开减压无好转而截肢。本组大腿中下段截肢 3 例, 小腿中下段截肢 17 例。

2 讨论

2.1 截肢原因分析 ①对外伤后下肢缺血早期表现认识不清, 失去治疗时机。本组 1 例左膝部被汽车挤压呈闭合性损伤, 在当地医院经 X 线摄片检查未发现骨折, 未进行重要动脉损伤检查, 6 天后出现足部及小腿坏死。因此, 对下肢较重的外伤, 尤其是大腿下段及小腿上段, 无论有无骨折, 都应注意检查肢体血液循环情况。该部位局部解剖特点: 股动脉进

入内收肌管, 被肌纤维固定在骨干处, 动脉远端又被固定在比目鱼肌腱膜与骨间膜间, 呈弓弦状跨过窝部, 此处外伤引起股动脉、动脉损伤。②转诊时间过久延误治疗时机。因当地医院不具备血管吻合条件和技术需要转院治疗, 使时间延长。目前, 血管外科迅速发展, 县级医院需要开展血管吻合技术。③损伤血管处理不当。血管吻合是血运重建的重要保证, 除应正确掌握血管吻合技术外, 还要注意损伤血管的彻底清创。对血管壁有小血肿或血管内膜有裂伤处均应切除, 否则, 血管吻合后会出现血栓形成。还要注意血管吻合应在无张力或张力很小情况下缝合。一般血管清创后缺损 4cm 以上时应行血管移植。通常取自体大隐静脉远端对近端吻合, 这样不会因张力过大导致血管痉挛或缝合针孔裂伤而血栓形成。④感染是血循环重建失败的另一因素。这除与伤势及软组织损伤较重有关外, 与清创是否彻底也有关。尤其是机械绞伤, 重物、车祸对肢体碾轧伤, 清除坏死组织是防止感染的重要措施。

2.2 动脉损伤与小腿骨筋膜室综合征的鉴别 关于重要动脉损伤与小腿骨筋膜室综合征的鉴别, 后者多见于小腿闭合性损伤, 肿胀明显, 剧痛和触痛。触诊小腿软组织有明显内压增高感, 被动跖屈足趾有肌肉剧烈牵拉痛, 和趾长伸肌肌力明显减弱, 早期足趾毛细血管充盈时间及脉搏无明显改变, 肢体缺血证候变化缓慢, 动脉损伤早期就出现脉搏改变, 小腿肿胀、疼痛、触痛及软组织张力亦较前者轻, 足趾牵拉痛轻微, 肢体缺血证候发展较快, 血管造影可很好鉴别。作者认为当不能排除动脉损伤时, 应积极手术探查, 以免延误治疗时机。

(收稿: 2000 09 27 修回: 2001 02 01 编辑: 李为农)