

旋转移位,在生物力学上优于 3 枚空心钉固定。③可早期功能锻炼。目前,股骨转子下骨折,按照 Russell-Taylor 分型,IB 型骨折小转子连续性中断,是重建钉固定的绝对指征^[5],而 A 型小转子完整,可采用一般髓内钉固定。高位转子下骨折采用 Gamma 钉固定,而 IIA、IIB 型多数选择 DHS 固定。文献报道,对转子下不稳定骨折重建钉是最佳选择,生物力学试验结果证实了这一点^[6]。

股骨颈骨折力争闭合复位,2 枚克氏针临时固定,在作近端交锁钉固定前,先通过其中一螺孔用 1 根导针做临时固定,防止拧入拉力螺钉时,股骨颈骨折分离、旋转移位。股骨干骨折应常规扩髓,静力固定。移位使用较粗重建钉能增加内固定的强度和骨折断端的稳定性。同时,扩髓后残留于骨折端的碎骨屑有促进成骨作用。但扩髓时不要用力过大,防止骨劈裂。静力固定对多段骨折尤为重要,对明

显骨缺损的病例, I 期自体骨移植非常重要。但对延迟愈合者,晚期可改为动力固定。重建钉是由髓内钉改进而来,为了保证骨折愈合,固定时间要足够,一般取钉时间要在 1.5 年以上。

参考文献

- 1 Randelli P, Landi S, Fanton F, et al. Treatment of ipsilateral femoral neck and shaft fractures with the Russell-Taylor reconstructive nail. Orthop, 1999, 22: 673-676.
- 2 马元璋, 陈正中, 王亦聰, 等. 加压髓内钉内固定的动物实验与临床应用. 中华外科杂志, 1987, 25(8): 477-480.
- 3 Watson JT, Moed BR. Ipsilateral femoral neck and shaft fractures: complications and their treatment. Clin Orthop, 2002, 399: 78-86.
- 4 陈庆泉, 侯春林, 刘岩, 等. 股骨重建钉治疗同侧股骨颈、干骨折. 中华创伤骨科杂志, 2004, 6(2): 125-128.
- 5 French BG, Tometta P. Use of an interlocked cephalomedullary nail for subtrochanteric fracture stabilization. Clin Orthop, 1998, 348: 95-100.
- 6 Robert CS, Nawab A, Wang M, et al. Second generation in tramedullary nail of subtrochanteric femur fractures: A biomechanical study of fracture site motion. Orthop Trauma, 2002, 16: 231-238.

(收稿日期: 2005-10-21 本文编辑: 连智华)

• 短篇报道 •

踝关节开放性骨折脱位的治疗

刘四雄

(神木县医院骨科, 陕西 神木 719300)

踝关节开放性骨折脱位临床发生率高, 骨折不稳定, 伴有韧带及关节囊损伤, 清创同时手术行内固定治疗, 能及时复位, 重建踝穴的稳定性, 恢复关节的正常解剖形态。自 1998 年以来共收治 36 例, 分析报告如下。

1 临床资料

本组 36 例, 男 29 例, 女 7 例; 年龄 21~65 岁, 平均 34 岁。致伤原因: 机器绞伤 19 例, 车祸伤 10 例, 坠落伤 7 例。右踝 24 例, 左踝 12 例。按 Langer-Hansen 分型: 旋前外展 II 度 4 例, III 度 13 例; 旋前外旋 III 度 6 例, IV 度 8 例; 旋后外旋 IV 度 5 例。开放伤口均位于内踝部位, 为横形、L 形或斜形, 伤口 4~8 cm, 无神经、血管合并伤。

2 治疗方法

36 例均为新鲜开放性骨折脱位, 外伤距就诊时间 2~8 h, 选用腰麻或硬膜外麻醉, 急诊彻底清创, 手法纠正距骨脱位, 复位步骤为外踝-内踝-后踝。外踝骨折根据骨折类型和部位选用不同长度钢板固定, 内踝、后踝骨折选用拉力螺钉或可吸收螺丝钉 1~2 枚固定。据术前 X 线片和术中探查有下胫腓联合韧带损伤者, 行螺丝钉固定, 螺丝钉不过对侧胫骨皮质。术后功能位石膏靴固定 4~6 周, 伤口愈合好, 无感染病例, 8~12 周负重行走。

3 治疗结果

36 例获得 6~24 个月随访, 平均 12 个月。参照踝关节评分系统, 制定疗效标准: 优, 踝关节无肿痛, 关节活动正常, X 线示踝穴正常; 良, 踝关节无肿痛, 关节活动正常, X 线示关节边缘有轻度反应性变化; 可, 踝关节走路稍肿胀, 示关节活动差, X 线示关节间隙 > 2 mm 或距骨倾斜 > 2 mm; 差, 踝关节负重痛, 行走加剧, 肿胀, X 线示关节面不平或踝穴内侧间隙增宽超过 2 mm。本组优 28 例, 良 5 例, 可 3 例。

4 讨论

治疗体会: 尽早彻底清创复位, 解除畸形及畸形所造成的血管、神经、皮肤受压是关键。外伤后创口周围的水肿往往与创伤程度及时间长短呈正比, 清创复位后, 皮肤行原位缝合, 减少了感染的发生。同时行骨折固定, 韧带、关节囊修补, 是保证踝穴稳定的重要因素。外踝骨折在治疗中起决定性作用, 它的复位直接影响踝关节的功能。由于钢板固定优于其他固定物, 所以我们采用了腓骨钢板内固定。我们在术中注重腓骨下端骨折的良好复位, 纠正了重叠和旋转移位, 保证了术后踝穴稳定, 减少了骨折术后创伤性关节炎的发生。同时选择性地使用了可吸收螺钉对内踝、后踝骨折的固定, 此种方法值得推广使用。

(收稿日期: 2005-09-06 本文编辑: 连智华)