

影响来自跗骨窦附骨管的血供,同时跨骨折线自体髂骨块植入,增加了骨愈合的可能性。

**4.3 影响疗效的相关因素** 距骨骨折的早期并发症为皮肤坏死和感染,应提倡急诊手术治疗,尤其对Ⅲ型骨折,急诊手术可避免距骨体脱位对踝部内侧皮肤的长期压迫,同时注意术中应全层切开软组织,贴紧骨面剥离,避免分层暴露带来软组织各层分离、积血、坏死。手术必须驱血后在止血带止血下进行,尽量不用电刀、电凝,避免破坏残余的血供,术后切口加压包扎,防止血肿内感染。切口选择应少而有效,尽量在单一切口内完成,避免过多切口而进一步破坏距骨的血供。对Ⅱ、Ⅲ型骨折,白晓东等<sup>[2]</sup>主张Ⅰ期行距下关节融合术。笔者认为:多数Ⅱ、Ⅲ型距前骨折伴距下关节的半脱位、脱位均可通过手法整复,不必Ⅰ期作融合术。行距下关节融合术的前提为踝关节功能正常或基本正常,而Ⅱ、Ⅲ型距骨骨折的晚期并发症为创伤后骨坏死和骨折愈合不良<sup>[3]</sup>,踝关节功能难以完

全正常。距骨表面大部分为关节软骨面,缺乏血运,术中跨骨折线植骨可提高骨折愈合率。本组除2例出现骨坏死、骨不连、重度踝关节炎而行踝关节融合术外,其余5例出现部分骨坏死、塌陷、中轻度创伤性关节炎,经透明质酸钠局部封闭、理疗、减少负重活动量后仍能生活自理和从事轻微工作。

#### 参考文献

- 1 Hawkins LG. Fractures of the neck and the talus J Bone Joint Surg (Am), 1970, 52: 991-1002
- 2 白晓东,杨传铎,邢更彦,等.距骨颈骨折的手术治疗.中华骨科杂志,2004,24:7-10
- 3 Kitaoka HB, Pater GL. Arthrodesis for the treatment of arthrosis of the ankle and osteonecrosis of the talus J Bone Joint Surg (Am), 1998, 80: 370-379.

(收稿日期:2006-05-23 本文编辑:连智华)

## • 手法介绍 •

## 改良悬垂法治疗髋关节后脱位 8例

耿登峰,刘英霞,李晔

(聊城市东昌府区中医院骨科,山东 聊城 252027)

**关键词** 髋脱位; 骨科手术方法; 骨科手法

**Modified pendulum method for the treatment of posterior dislocation of hip joint a report of 8 cases** GENG Deng-feng,

LIU Ying-xia, LI Ye. Department of Orthopaedics, TCM Hospital of Dongchangfu, Liaocheng 252027, Shandong, China

**Key words** Hip dislocation; Orthopaedics operative methods; Orthopedic manipulation

Zhongguo Gushang / China J Orthop & Trauma 2007, 20(6): 381 www.zgsszz.com

自2000年1月-2005年1月,采用改良悬垂法治疗髋关节后脱位,均1次成功,简便快捷,现总结报告如下。

### 1 临床资料

本组8例,男5例,女3例;年龄16~58岁,平均34岁。交通事故伤6例,坠落伤2例。按Thompson分型:Ⅰ型6例,Ⅱ型2例。均于伤后6h内就诊,2例曾在外院整复未成功。

### 2 治疗方法

一般无须麻醉,肌注或口服镇痛药物即可。患者俯卧于整复床上,患肢悬垂于床沿,腹股沟处衬棉垫予以保护,床另一侧置一固定物供患者抓扶以对抗身体下滑,亦可由助手牵引对抗。取一棉垫置于伤肢踝部,用双侧绷带系于其上,绷带另一端由术者抓持,耐心地与患者交流,使其消除思想顾虑及精神紧张,尽量放松患肢,争取最大程度的配合。5~10min后,肌松弛,患髋、膝屈曲90°,术者赤足踩在小腿中段持续下压,即可使股骨头还纳于髋臼内。其中Ⅱ型2例,整复后予以髋臼切开复位重建钢板内固定术。术后卧床患肢皮牵引2~3周,4周后扶双拐下地活动,3个月后可完全承重。

### 3 结果

疗效评价标准<sup>[1]</sup>:治愈,关节复位,无并发症,功能完全或基本恢复;好转,关节复位,远行疼痛,关节功能轻度受限;未愈,脱位未复位或并发股骨头缺血性坏死、创伤性关节炎或

关节不稳,严重影响关节功能。本组8例,全部随访,时间2~6年,平均3.5年,治愈7例,好转1例。

### 4 讨论

传统悬垂法,即利用肢体自身的重量帮助复位,整复时间长,患者痛苦大,术者易疲劳,复位成功率低<sup>[1]</sup>。髋关节后脱位由于部位较深,肌肉力量强大,复位比较困难,易造成患者痛苦及延误病情。对于髋关节后脱位伴髋臼骨折而言,除了整复脱位外,保持髋臼的完整性,是保证髋关节稳定性的重要一环<sup>[2]</sup>。关节面的解剖复位是避免创伤性关节炎的惟一方法<sup>[3]</sup>。因此,手术切开复位骨折内固定是必要的。本法在传统悬垂法的基础上加以改良,具有以下优点:①可1人操作,不受人手限制。②牵引力大小易于掌握,可避免牵引力不足或暴力牵引。③牵引力可足够大且持久,术者能够耐受。④整复快捷,成功率高。⑤对身强力壮、肌肉发达者更是首选之法。

#### 参考文献

- 1 徐超.改良悬垂法治疗髋关节脱位.中医正骨,2002,14(10):57
- 2 林峰,吴少峰,龚金华. CT扫描在髋关节后脱位伴髋臼骨折中的临床应用.中国骨伤,2001,14(2):110
- 3 贺新勇,蔡明,吕尚军.手术治疗髋臼骨折合并髋关节脱位28例体会.中医正骨,2003,15(4):33

(收稿日期:2006-09-18 本文编辑:王玉蔓)