

及地理分布的调查[J]. 中华实验和临床病毒学杂志, 1996, 10(1): 50-55.

[3] 翟文珍, 邹先进. FQ-PCR 检测宫颈涂片剩余细胞内 HPV16、18 型感染的临床意义[J]. 实用妇产科杂志, 2004, 20(2): 80-82.

[4] 王瑜敏, 陈洁, 周武, 等. 温州地区宫颈疾病妇女人乳头状瘤病毒感染现状分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2010, 20(19): 2958-2960.

(收稿日期: 2011-07-19)

三踝关节骨折患者的治疗及疗效分析

徐 刚(贵州省湄潭县医院骨科 564100)

【摘要】 目的 探讨三踝关节骨折手术治疗方法及临床效果。**方法** 回顾性分析该院 2000~2009 年手术治疗的 38 例三踝关节骨折患者。**结果** 随访 38 例患者均骨性愈合, 按苟三怀提出的标准, 优良率为 86.8%。**结论** 正确的术前诊断及手术入路的选择, 良好的骨折复位和有效的内固定, 加上早期功能锻炼, 是恢复踝关节正常功能的有效方法。

【关键词】 三踝骨折; 手术内固定; 临床效果

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2012.01.048 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2012)01-0082-02

三踝关节指的是内踝关节、外踝关节、后踝关节。内踝是胫骨远端的, 外踝关节为腓骨远端。后踝关节又称为后唇, 是胫骨和距骨关节面的后缘。本院自 2000~2009 年采用手术治疗 38 例三踝关节骨折患者, 取得满意的效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析本院 2000~2009 年手术治疗的 38 例三踝关节骨折患者, 男 26 例, 女 12 例; 年龄 18~71 岁, 平均 37.6 岁。受伤肢体左侧踝关节 23 例, 右侧踝关节 15 例。致伤原因: 交通伤 20 例, 扭伤 9 例, 坠落伤 5 例, 砸伤 4 例。其中开放性骨折 6 例, 闭合性骨折 32 例。按 Danis-Weber 分型: A 型 4 例, B 型 24 例, C 型 10 例。受伤至手术时间 6 h 至 14 d, 平均 9 d。

1.2 治疗方法

1.2.1 术前准备 本组患者在入院后积极完善术前检查, 拍摄踝关节正侧位片, 对于复杂或可疑的三踝关节骨折行应力位 X 线检查及 CT 扫描, 以便更准确了解骨折损伤的类型、程度及移位情况。

1.2.2 手术方法 采用持续硬膜外麻醉, 患者仰卧位, 术中使用止血带, 手术顺序为后-外-内踝关节。对后、外踝关节骨折的处理: 采用外后弧形切口, 方便暴露后踝关节, 不做皮下分离, 直接进入, 尽量减少骨膜的剥离, 术中避免腓肠神经和腓浅神经损伤。后踝关节以 1~2 枚加压螺钉由后踝关节向胫前固定(对位好, 小于 1/3 骨折块可不固定); 外踝关节选用解剖钢板或 1/3 管形钢板固定。对内踝关节骨折的处理: 以内踝关节尖为中心做一小切口或弧形切口, 术中避免隐神经和隐静脉损伤, 整复内踝关节骨折, 两枚松质骨拉力螺钉交叉或平行固定。踝部骨折需获得肉眼下的解剖复位。对于下胫腓关节分离需手术固定者, 将踝关节背屈, 在离胫距关节 2~3 cm 处, 由后外向前内 20°~25° 钉入 1 枚松质骨拉力螺钉, 平行胫距关节面。6 例开放性骨折患者均急诊清创后行 I 期内固定术。

1.2.3 术后处理 术后常规应用抗生素预防感染 3~5 d, 使用持续被动活动(CPM)进行下肢功能锻炼, 术后第 2 天可坐起。嘱患者在床上进行踝关节主动活动, 12~14 d 拆线, 36 例患者切口 I 期愈合, 术后 4 周患者非负重行走; 以后根据 X 线复查情况, 开始部分或完全负重行走练习。若踝关节脱位伴韧带损伤, 在行韧带修补后, 石膏外固定 4~6 周, 拆除石膏后积极行下肢功能锻炼。

1.2.4 功能评定标准 根据苟三怀提出的标准^[1]。优: 无痛、无畸形, 功能正常或接近正常, X 线显示骨折愈合。良: 劳累后踝关节轻度疼痛不适, 背伸或跖屈受限在 10°~15°, X 线显示骨折愈合。可: 有时感觉踝关节酸痛无力, 背伸或跖屈受限在 16°~30°, X 线显示踝关节轻度畸形。

2 结 果

2.1 本组 38 例患者均获随访, 时间 6~24 个月, 平均 12.4 个月。功能评定优 29 例, 良 4 例, 可 2 例, 优良率达 86.8%。

2.2 术后并发症 本组 2 例开放性骨折患者术后出现切口感染, 将伤口感染部位拆线, 减张缝合, 加强换药, 3 周后切口愈合。

3 讨 论

踝关节由胫骨、腓骨下端和距骨构成, 属于屈戌关节, 以屈伸为主要动力方向, 以负重为主要功能。三踝关节骨折是踝关节严重损伤, 往往是联合损伤的结果, 多见于 Danis-Weber 分型中的 B 型、C 型, 如果治疗不当, 不能重建踝关节的正常解剖关系, 极易影响关节的稳定性, 从而引起踝关节疼痛、功能障碍等创伤性关节炎的表现。

目前手术是三踝关节骨折公认的最佳治疗方案, 手术内固定方法较多, 其中包括克氏针、张力带、普通螺钉、加压螺钉等等。克氏针内固定及普通螺钉固定不稳定是其最大弱点; 加压螺钉是近年来公认的固定短小肢端骨折的有效方法, 固定坚强且稳定。本组 38 例患者全部手术治疗, 采用的固定方式为: 后踝关节骨折以 1~2 枚加压螺钉固定; 外踝关节骨折选用解剖钢板或 1/3 管形钢板, Weber 在 1981 年强调在治疗踝关节骨折时必须恢复腓骨的正常长度^[2]; 内踝关节以 2 枚松质骨拉力螺钉交叉或平行固定。骨折的稳定性得到保障, 有利于早期功能锻炼, 恢复踝关节的正常功能。

三踝关节骨折的手术指征: (1) 保守闭合复位失败的患者; (2) 外踝关节及距骨向外移位 2 mm 以上者; (3) 后踝关节骨折大于胫骨远端关节面(1/4)~(1/3); (4) 垂直压缩型骨折(Pilon 骨折); (5) 开放性骨折合并脱位。手术原则: (1) 三踝关节骨折要求解剖复位; (2) 内固定必须稳定, 以便早期进行功能锻炼; (3) 掌握合理的手术时机。

三踝关节骨折的手术顺序尚有较大争议。AO 推荐的方法是: 后踝关节依据术前定位骨块位置采用跟腱后内侧或后外侧切口以利于骨折的显露, 有时要将跟腱 Z 型切开以暴露后踝

关节骨折^[3]。如果后踝关节是粉碎骨折或有缺损,上述方法难以使后踝关节解剖复位,况且切断跟腱损伤大,并发症多。作者主张后一外一内踝关节的顺序治疗,手术采用外侧后弧形切口易于显露及操作,此切口可同时显露外踝及后踝关节,通过跟腱与腓骨肌之间,避开腓肠神经,到胫骨后方,再通过内踝关节后缘的弧形切口,直视下就可观察到后踝关节及内踝关节骨折块。后踝关节复位后,后踝关节的骨性阻挡恢复,踝关节半脱位或脱位状态得以纠正,以及下胫腓后韧带的张力,都有利于内、外踝关节的复位。同时不容易损伤重要的血管神经,比 AO 推荐的方法更有优越性,损伤小,易于显露。

下胫腓联合分离是否需手术治疗在临床上也存在争议。多数学者认为如果踝关节内侧结构未损伤,则单纯下胫腓联合分离不会引起关节不稳,则不需要固定下胫腓联合。作者认为同时应根据术中具体情况(即对内、外踝关节骨折进行了固定以后判断下胫腓联合的稳定性)决定是否固定下胫腓联合。手术方式先用钢板螺钉固定腓骨,恢复腓骨的长度达到解剖复位,然后用 1 枚螺钉贯穿 4 层皮质以固定下胫腓联合。由于距骨前宽后窄,在拧入横穿胫骨的加压螺钉时,应背伸位拧入,且固定不宜过紧,使踝穴的宽度达到生理上的最大,踝关节背伸不会受限制。踝关节内侧结构的修复:三角韧带是踝关节周围韧带中最坚强的组织,在足内外旋转时最临近足的旋转中心,作用是防止距骨外旋。当出现内踝关节骨折,内侧结构就会失去控制,距骨向外旋转。修复断裂的三角韧带,内踝关节骨折用松质骨螺钉固定,对维护踝关节内侧结构的完整非常重要。

对踝关节垂直压缩型骨折手术,强调内固定必须有足够的

长度,骨缺损处必须进行植骨,目的是促进骨折愈合,增加骨折部位的稳定性,同时不能以通常的加压内固定方式,而应以支撑的方式进行内固定。

三踝关节骨折除了追求解剖复位,骨折部位有效固定外,还强调早期进行功能锻炼,一方面可防止肌肉的萎缩,减少深静脉血栓形成,另一方面可促进骨折愈合,尽早恢复踝关节的正常功能,但对于有韧带损伤的患者,特别是三角韧带损伤,术后需石膏外固定,待 4~6 周韧带愈合后再行功能锻炼^[4]。

从本组患者的治疗结果看,对三踝关节骨折采取手术内固定治疗,使骨折断端达到解剖复位,有效内固定,同时早期进行踝关节功能训练,可使大多数三踝关节骨折患者恢复关节的正常功能,减少创伤性关节炎等并发症的发生。

参考文献

- [1] 苟三怀. 踝关节开放性骨折脱位内固定治疗[J]. 中华骨科杂志, 1993, 13(4): 276-277.
- [2] 王亦聰. 骨与关节损伤[M]. 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 1115.
- [3] 鲁迪, 墨菲. 骨折治疗的 AO 原则[M]. 北京: 华夏出版社, 2003: 559-582.
- [4] 王少林, 吴钢, 张彬, 等. 踝关节骨折 56 例手术治疗分析[J]. 重庆医学, 2008, 37(11): 1162-1163.

(收稿日期: 2011-07-09)

腹部创伤的救治经验

田茂东(重庆市秀山县人民医院普外科 409900)

【摘要】 目的 探讨腹部创伤的治疗与预后。方法 回顾性分析该院 2006~2010 年收治的 215 例腹部创伤患者治疗情况。结果 215 例腹部创伤患者中,治愈 203 例,治愈率 94.4%,死亡 12 例,死亡率 5.6%。结论 腹部创伤的预后与受伤程度,受累脏器的数目、种类,休克程度及时间长短,是否合并其他部位损伤等因素有关。及时正确的诊断与治疗是成功抢救患者的关键。

【关键词】 腹部创伤; 诊断; 治疗

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2012.01.049 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2012)01-0083-02

腹部创伤无论在平时、战时均常见,由于复苏、监护、器官功能支持以及处理某些特殊脏器损伤技术的进步,腹部创伤的死亡率已明显降低,但是仍高达 3%~15%^[1-2]。腹部创伤在创伤患者中占了较大的比例,故了解及掌握腹部创伤的临床特点,采取积极、有效的抢救治疗措施,对提高抢救治疗成功率,降低患者死亡率极其重要。本院于 2006~2010 年共收治腹部创伤患者 215 例,现就其临床特点及抢救治疗体会报道如下。

1 临床资料

2006~2010 年本院收治腹部创伤患者 215 例,其中男 141 例,女 74 例,男女之比为 2:1,年龄 1~89 岁,其中 18~40 岁 124 例(57.7%)。受伤原因分类:交通事故伤 81 例(37.7%),矿井事故 42 例(19.5%),爆炸伤 36 例(16.7%),坠落伤 31 例(14.4%),其他损伤 25 例,有跌伤、刀刺伤、棍击伤等。腹部闭合性损伤 188 例(87.4%),开放性损伤 27(12.6%)。每例患者均损伤一个至多个腹腔组织器官,有的甚至合并颅脑、胸部、骨折等损伤。其中,肝破裂 44 例,肝内胆管损伤 3 例,肝外胆管损伤 4 例,脾破裂 89 例,胰腺损伤 5 例,肾损伤 6 例,胃破裂

3 例,十二指肠损伤 2 例,小肠损伤 46 例,结肠损伤 12 例,肠系膜损伤 23 例,后腹膜血肿 24 例,膀胱破裂 2 例,膈肌损伤 8 例,合并颅脑损伤联合开颅 3 例,合并胸部创伤联合开胸 5 例,合并胸腰椎骨折、骨盆骨折、四肢骨折共 12 例。合并失血性休克 108 例,占 50.2%。本组 215 例手术治疗 155 例,保守治疗 60 例。保守治疗过程中中转开腹手术 8 例。治愈 203 例,占 94.4%;死亡 12 例,死亡率 5.6%。

2 讨论

2.1 腹部创伤的临床特点 (1)腹部创伤部位多,伤势重,休克发生率高。据有关文献报道,腹部创伤休克发生率为 52%,合并脑、胸损伤者休克发生率更高^[3]。本组统计休克发生率为 50.2%。此类休克的发生多为低血容量休克,有的合并有心源性休克,所以在抢救时要严密观察,做到早期诊断、早期处理。(2)伤情复杂,变化快,死亡率高。严重的腹部多发伤及合并有颅脑、胸部严重损伤的患者,都伴随有一系列复杂的全身反应,低血容量所致的内分泌系统反应、代谢反应等互相影响,使人体的生理功能平衡失调,所以病情变化很快,在伤后数分钟或