

可能损伤在髂骨翼内侧 2~3 cm 处经过的 L₅ 神经根。本组有 1 例髂骨翼外侧 1 cm 宽一条骨折块, 髂骨翼显露不得超过 2 cm, 对 L₅ 神经根牵拉较重, 术后患侧小腿前外侧疼痛、麻木半年后才消失。

手术治疗 C 型骨盆骨折能达准确复位和牢固固定, 降低了并发症的发生。笔者体会应重点强调后环损伤的准确复位, 首先复位固定后环, 对多数 C 型骨盆损伤, 后环固定已足够维持骨盆的稳定性, 如果后环固定后, 前环骨折仍移位较大应考虑行前环复位内固定。本组 19 例中 8 例采用了前后环同时固

定, 11 例单纯后环固定, 都达到了满意的复位和牢固的固定。

参考文献

- 1 Leighton RK, Waddell JP. Biomechanical testing of new and old fixation devices for vertical shear fractures of the pelvis. Orthop Trauma, 1991, 5(3): 313-317.
- 2 Leighton RK, Waddell JP. Techniques for reduction and posterior fixation through the anterior approach. Clin Orthop, 1996, 329: 115-120.
- 3 刘建新, 黄阳, 张挥, 等. 髌髌关节半脱位的诊断及治疗. 颈腰痛杂志, 2000, 21(2): 118-120.
- 4 Tile M. Fracture of the pelvis and acetabulum. 2nd Edit. Baltimore: Williams and Wildins, 1995. 66-101.

(收稿日期: 2004-04-26 本文编辑: 连智华)

• 短篇报道 •

开放性胫骨骨折并软组织缺损的治疗

王继磊, 曹启斌, 张春雷

(宁阳县中医院骨伤科, 山东 宁阳 271400)

自 1997-2002 年, 采用外固定支架和小腿双蒂筋膜皮瓣推移治疗小腿开放性骨折并皮肤缺损 32 例, 现报告如下。

1 临床资料

本组共 32 例, 男 26 例, 女 6 例; 年龄 21~50 岁。骨折部位位于胫骨中下 1/3, 就诊时间为 8 h 以内, 胫骨软组织缺损最小达 3 cm × 2 cm, 最大 5 cm × 3 cm, 均 I 期手术修复创面。

2 治疗方法

2.1 彻底清创 应用肥皂水常规刷洗患处创口边缘, 大量生理盐水冲洗创口, 用 0.1% 新洁尔灭浸泡伤口 15~30 min 清除伤口内异物, 后用 H₂O₂ 及生理盐水冲洗伤口, 碘酒、酒精消毒后逐层由外及内清除坏死组织。

2.2 骨折复位及安装外固定支架 采用硬膜外麻醉, 取仰卧位, 以骨折断端为中心, 胫骨外侧入路小切口显露骨折断端, 根据术前 X 线片骨折类型, 有较大骨块螺旋、斜行, 可使用 1~2 个螺钉固定增加局部的稳定性和整体连续性, 手法复位成功后, 接骨器暂时固定。在胫骨内侧面, 胫骨前嵴与内侧面同一平面连线中点至内踝前缘的连线上选定 4 个进针点, 骨折远近端各 2 个, 进针角度与胫骨矢状面呈 50°~60° 角, 出针点在胫骨肌间缘上, 与骨折端相邻的 2 个针孔距骨折线 2 cm 以上为宜。沿胫骨前内侧进针点作皮肤小切口长为 1 cm, 分离直达骨皮质, 将定位器及外套管插入切口, 拔出定位器锤击外套管, 其尖端固定于胫骨皮质, 放入内套管, 模具夹紧外套管并与胫骨平行钻孔, 拧入合适螺钉达对侧皮质, 再拧入 3 圈, 约过对侧皮质 0.5 cm, 同样方法于远近端各拧入 2 枚螺钉, 安装支架距皮肤 2 cm, 扭紧夹块、万向节及延长器, 松开接骨器, 冲洗切口。

2.3 切取皮瓣修复软组织缺损 取患处小腿皮肤缺损区后正中纵形切口, 其长度依据比前侧皮肤和缺损的纵轴长度长 2 cm, 切开皮肤至深筋膜, 并向两侧分离, 直至胫前创面两侧缘, 拉拢皮瓣、缝合、修复皮肤缺损, 后侧切口处上下端尽量缝合, 中部少量缺损区取同侧大腿中厚皮片游离点状植皮。

2.4 应用全身支持治疗 有效应用抗生素及功能锻炼, 应用抗生素 5~10 d, 避免针道感染, 加强护理。

3 治疗结果

本组病例, 均 I 期行外固定支架固定, 皮瓣推移, 修复创面, 骨折平均愈合时间为 4 个月, 术后 3~6 个月骨愈合, 局部表浅感染 3 例, 针道感染 1 例, 经换药酒精湿敷后愈合良好, 无一例骨不连、骨坏死及骨髓炎等并发症发生。

4 讨论

应用外固定支架, 固定牢靠且简单, 能最大限度地保护骨膜的血液供应, 避免由固定物植入过多、切口过大、广泛剥离骨膜, 加重原创伤, 而导致骨不连或延迟愈合的发生, 同时又能清除应力遮挡过多异物刺激, 降低了骨感染。

应用双蒂小腿皮瓣推移, I 期修复, 有效消灭创面, 具有以下优点: ①操作简单, 直视下进行, 无需血管吻合, 适于基层开展; ②易存活, 血运丰富, 不破坏主要血管, 抗感染能力较强; ③修复面积大, 皮瓣移动范围较大; ④整体美观, 功能好, 胫后植皮瘢痕隐蔽, 且避免因胫前植皮形成的贴骨瘢痕。

外固定支架操作方便易行, 适于基层医院开展。小切口直视下骨折复位, 复位准确, 直接可靠, 无需 C 形臂 X 线透视。拆除外固定支架, 简单便捷, 门诊手术又可减轻病人二次手术的经济负担。

(收稿日期: 2004-02-15 本文编辑: 王玉蔓)