

关节出现习惯性损伤。

参考文献

1. 张东旺, 官哲导, 王和鸣. 踝关节骨折的前沿. 中国中医骨伤科杂志. 1996, 4 (5): 59.

2. 周泰仁, 陆宸照. 距腓前韧带、跟腓韧带和踝关节稳定性. 中华骨科杂志. 1987, 7 (5): 387~ 389.

(收稿: 1998- 03- 08; 修回: 1998- 07- 10)

陈旧性下胫腓连接分离 17 例临床分析

马超 彭树进 李家祥 朱昌鼎

南京铁道医学院附属徐州医院 (徐州 221009)

我院自 1988 年 10 月~ 1997 年 2 月以来共收治踝部各类损伤 226 例, 其中合并下胫腓连接分离 56 例, 经治疗后随诊观察, 其中有 17 例病人存在陈旧性下胫腓连接分离。12 例行切开复位, 5 例行踝关节融合术, 均产生不同程度的踝关节功能障碍。因此, 强调宜早期处理下胫腓连接分离及距骨脱位, 以免产生严重并发症。

临床资料

17 例中男 11 例, 女 6 例; 年龄 22~ 55 岁。外踝骨折合并下胫腓连接分离及距骨脱位 4 例, 内外踝骨折合并下胫腓连接分离 5 例, 后踝骨折合并下胫腓连接分离及距骨脱位 1 例, 三踝骨折合并下胫腓连接分离及距骨脱位 7 例。

治疗方法

根据年龄、受伤时间、职业、距骨移位程度、关节软骨损伤程度及病人的要求选择不同的术式。本组 17 例病人中, 12 例病人行切开复位内固定术, 恢复下胫腓连接的解剖手术, 骨栓固定; 5 例病人因距骨移位程度大, 胫距关节软骨面剥脱程度重, 行踝关节融合术。手术采用硬膜外麻醉, 上好气囊止血带。取踝前方纵切口在胫前肌与伸拇长肌之间隙进入, 保护腓深神经, 胫前动、静脉, 切开十字韧带, 横韧带, 清理踝穴内填充的疤痕纤维组织, 注意勿损伤关节软骨面。将下胫腓连接骨面用骨刀打成鱼鳞状粗糙面, 用一骨栓或螺丝钉螺栓从外踝向胫骨穿出, 踝关节处于功能位, 因距骨前宽后窄, 使距骨完全进入踝穴, 必要时可用一根克氏针自跟骨、距骨胫骨固定之, 限制距骨向前外或后外侧脱位, 同时处理内外踝及后踝骨折。踝关切融合术入路同前, 足屈屈 45°; 在距骨体中段凿一骨槽, 使胫骨条滑动插入骨槽内, 用螺丝钉固立, 同时备髂骨植骨。

治疗结果

17 例陈旧性下胫腓连接分离病人, 经治疗后 11

例行行走无疼痛, 能从事体力劳动。5 例行行走疼痛跛行。1 例出现下胫腓连接再分离, 距骨向后外脱出, 该例病人后行踝关节融合术, 疼痛消失, 病人较满意。17 例病人治疗优良率为 64.7%。

讨 论

1. 下胫腓连接的解剖特点: (1) 骨间韧带即踝关节上方骨间膜 (2~ 6cm) 能防止胫腓骨分离及距骨间外脱出。(2) 前下胫腓韧带即从外踝结节到胫骨前结节。(3) 后下胫腓韧带从外踝后结节到胫骨后结节, 能限制胫骨外旋及腓骨向外侧的移位。(4) 横韧带 (骨间膜) 胫腓骨之间的前骨间膜。

2. 病理改变: Ramsey^[1]提出距骨向外移位 1mm, 即可减少胫距关节面的接触面 42%, 使局部关节面的承受压力加倍。Wilson 认为距骨倾斜, 外侧移位 > 5%, 即可发生创伤性关节炎。Weber^[2]发现外踝承受距骨压力的 1/5, 还证实踝的短缩与外侧移位, 是踝部骨折后创伤性关节炎为最常见的原因。

3. 造成陈旧性下胫腓连接分离的原因有以下几种: (1) 对下胫腓连接认识不足, 未予处理; (2) 急诊复位后因管理不善, 发生再移位; (3) 因高度肿胀复位石膏托固定, 消肿后未能及时更换石膏, 以致再移位; (4) 因皮肤条件差, 未及时复位或手术, 以致后期复位不良; (5) 复位失败, 脱位后腓骨长短肌腱移位发生绞锁。

4. 为预防陈旧性下胫腓连接分离的发生, 应充分了解病史、临床症状、体征, 在 70°~ 140°活动范围减少, X 线投照内旋 15°, 足背伸 90°位。正常胫骨远端粗隆与腓骨内侧面宽度为 2~ 6mm, 平均为 3.5mm。内踝与距骨之间隙为 5mm, 平均为 2.9mm, 若间隙大于 5mm 三踝骨折距骨向外脱位, 可诊断下胫腓连接分离距骨脱位。须及时给予处理。下胫腓连接分离应早期诊断, 早期妥善处理, 以免产生严重的后果。

参考文献

1. Ramsey PL, Hamilton W. Changes in tibiotalar area of con-

tact caused by lateral talar shift, J Bone Joint Surg (Am), 1976, 58: 356

of the fibula Clin Orthop, 1985, 199: 61

(收稿: 1998- 04- 01)

2. Weber BG, Lax A. Simpson corrective lengthening osteotomy

三维牵引结合骶管冲击疗法治疗腰椎间盘突出症

颜贻站 杨评山

浙江省苍南县龙港医院 (325802)

我院于 1995 年 6 月~ 1998 年 1 月, 运用济南华飞产业公司“长弓”牌三维多功能牵引床结合骶管冲击疗法治疗腰椎间盘突出症 166 例, 取得了满意的效果, 现报道如下。

临床资料

166 例腰椎间盘突出症病人随机分为三组: 三维牵引组 54 例, 骶管冲击组 54 例, 三维牵引结合骶管冲击组 58 例。其中男 111 例, 女 55 例; 年龄 27~ 59 岁。病程 3 天~ 18 年。单节段椎间盘突出 90 例, 多节段椎间盘突出 76 例。全部病例均符合《实用骨科学》腰椎间盘突出症诊断标准^[1]并经 CT 确诊。三组病人在年龄、性别、病程与突出节段数等情况有可比性。

治疗方法

1. 骶管冲击疗法: 患者取俯卧位, 髌胸部各垫一薄枕, 于骶骨裂孔周围常规消毒铺巾, 局麻后用 9 号针头从骶骨裂孔垂直进针。当针头阻力突然消失, 回抽无血液及脑脊液, 存在负压。推注 1ml 注射生理盐水无阻力时, 即可由慢至快地滴注冲击药液。冲击药液组成为: 生理盐水 200ml 2% 利多卡因 15ml 地塞米松 10mg、维生素 B₁₂ 0.5mg、维生素 B₁ 100mg、5% 碳酸氢钠 10ml 一般一小时内完成。若有头晕、颈腰骶部不适感时, 可适当调慢滴速。滴毕, 平卧 10 分钟。

2. 三维牵引: 患者取俯卧位, 将突出椎间盘平面固定在牵引力顶点上。首先设置牵引距离, 一般在 55mm~ 68mm 内选择, 与身高成正比。再调整倾角, 一般 L_{3,4} 可选向下 14°, L_{4,5} 可选向下 14°~ 16°, L_{4S1} 可选向下 16°~ 18°, 生理曲度变直可选向上 0°~ 10°。并设转角为零, 做纵向屈曲位牵引三次, 每次牵引持续时间约一分钟, 并用两手掌重叠按在突出平面上做快速按抖松解。然后设置转角, 一般 16°~ 18°, 左侧体征右转; 右侧体征左转; 若两侧均有体征, 则左右均予旋转。在旋转过程中, 用拇指指腹按压脊椎突出平面的上一棘突, 并与转力相抗, 一般 1~ 3 次。在感知手下复位, 患者症状有减轻或消失感时即完成牵引。牵引

后卧床一周, 随后带腰围下地大小便, 一月内带腰围行走, 开始腰腹肌锻炼, 三月内不弯腰负重。

3. 三维牵引结合骶管冲击疗法: 在第一次骶管冲击疗法后, 立即行三维牵引治疗, 具体方法同上。卧床一周后, 再行骶管冲击治疗一次。

治疗结果

1. 疗效标准: 优: 症状及体征消失, 直腿抬高试验 70 阴性, 恢复正常工作。良: 症状与体征大部分消失, 直腿抬高试验 50 阴性, 基本恢复工作。可: 症状及体征部分消失, 直腿抬高试验 30 阴性, 不能参加正常工作, 但生活能自理。无效: 症状与体征无改善或改善后近期又加重。

2. 治疗结果: 三组病例治疗后三个月门诊随访结果见表 1。经统计学两两 X² 检验 (P < 0.01) 优良率具有非常显著性差异, 证明三维牵引结合骶管冲击疗法组疗效明显优于其他二组。

表 1. 三组疗效比较 (例)

组 别	例数	疗效评定				优良率
		优	良	可	无效	
三维牵引组	54	13	16	21	4	53.70%
骶管冲击组	54	9	18	20	7	50.0%
结合治疗组	58	38	13	5	2	87.93%

讨 论

利用骶管给药, 可使药物直接作用于病变部位, 大量生理盐水在硬膜外腔持续一段时间产生液压剥离, 松懈受压神经根与突出物之间的粘连。另一方面, 冲击液中的利多卡因能麻醉阻滞疼痛, 解除肌肉痉挛, 阻断恶性循环; 地塞米松具有抗炎消肿作用, 对急性炎症后期和慢性炎症期能抑制成纤维细胞增生和粘连; 碳酸氢钠可直接中和局部酸性代谢产物等致痛致炎物质; 维生素 B₁₂、维生素 B₁ 可营养加快对植物神经的修复。屈曲位的纵向三维牵引能使椎间隙增宽, 椎间盘内产生负压; 配合按抖等手法, 通过液压传递作用于突出物, 增加了对突出物回纳与位移的力