

参考文献

1. 殷华符, 王立舜, 陈中强, 等. 脊髓型颈椎病的手术治疗. 中华骨科杂志, 1987, 7 (1): 16
2. Shoichi K, Tetsuo S, Yushin I, et al. Cervical myelopathy in the Japanese. Clin Orthop, 1996, 2: 129
3. 王海蛟, 蔡钦林, 党耕町, 等. 影响慢性压迫性颈脊髓病

- 手术疗效的因素分析 (附 66 例 CTM 测量). 中国脊柱脊髓杂志, 1993, 3 (2): 59
4. 陈道莅, 蔡宝贤, 季志雄, 等. 广泛椎板减压术治疗脊髓型颈椎病. 中华骨科杂志, 1994, 14 (9): 526
5. 周秉文, 陈伯华, 陈晓亮, 等. 发育性颈椎管狭窄症. 中国脊柱脊髓杂志, 1992, 2 (1): 4

(收稿: 1996- 11- 13 修回: 1997- 02- 25)

中西医结合治疗三踝骨折 56 例

陈秀林 吕尚军 谢学然 马河新*
河南省南阳市骨科医院 (473000)

自 1987 年 2 月~ 1996 年 1 月, 我们用中西医结合方法治疗三踝骨折 67 例, 其中 56 例经 2 年以上的随访, 效果满意, 现将治疗方法和疗效分析报告如下。

临床资料

56 例中男 29 例, 女 27 例; 年龄 16~ 65 岁; 左侧 31 例, 右侧 25 例; 均为间接暴力致伤, 行走扭伤 5 例, 体育运动损伤 9 例, 跣扭伤 32 例, 摔落伤 10 例; 闭合损伤 51 例, 开放损伤 5 例。按照 Lauge-Hansen^[1]分类: 旋前外展型 III 度 10 例, 旋后外旋型 IV 度 40 例, 旋前外旋型 IV 度 6 例。

治疗方法

1. 采取手法复位、超踝塑形小夹板固定 21 例, 用手法复位 U 型石膏固定 5 例。复位方法原则上按暴力作用相反的方向, 采用错对捺正法进行整复, 顺序为内踝、外踝、后踝。例如旋前外展型 III 度骨折, 麻醉后仰卧, 一助手固定小腿, 一助手一手握足跖部, 一手握跟部, 患足置于旋后位。术者两手对握踝关节。两助手顺势牵引, 远侧助手将踝关节内翻, 此时术者两拇指推外踝向内, 余指在内侧扳胫骨下段向外, 内外对挤后侧方移位纠正。并把内踝折块向后上方推。若后踝折块在侧位 X 线片上, 超过胫骨下端关节面的 1/4, 距骨伴有向后上脱位者, 应该整复。方法是在对抗牵引下, 助手牵足部向前并背屈踝关节, 术者同时按压胫骨下端向后, 胫距关节脱位即可纠正, 后踝骨折移位在此时大部分能复位。

复位后夹板固定者, 注意患肢足趾血循环及肿胀情况, 及时调整夹板松紧度, 抬高患肢, 复位后 1~ 2 周内应密切观察有无骨折再移位, 应及时透视或拍片。夹板在固定 5 周后去除, 并加强踝关节功能锻炼。

复位后石膏固定者, 7~ 10 日后关节肿胀消退应更换石膏, 8 周拆石膏, 加强踝部功能锻炼。

2 对于骨折移位明显, 疑有韧带骨膜嵌入骨折端难以手法复位者、闭合复位失败者应行手术治疗。开放性骨折行急诊手术内固定。30 例采取切开复位内固定。固定内、外踝者 24 例, 三踝同时固定者 6 例; 内、外踝选择螺丝钉、克氏针固定者 5 例, 选用螺丝钉固定者 19 例, 选用螺丝钉、钢板固定者 6 例。术后功能位石膏固定 4 周, 去石膏后加强踝关节功能锻炼。

治疗结果

评定标准参考 Leeds^[2]分级。优: 步态正常, 踝无肿胀, 前胫腓韧带及三角韧带无压痛, 踝背屈和跖屈活动范围达到健侧的 75%, 旋前至旋后范围 0°~ 10°, 足无畸形, 恢复工作能力; X 线片前后位测量: 距腿角^[3]与健侧对比差别 ≤ 5°, 内侧清晰间隙^[3] ≤ 4mm; 距骨倾斜 ≤ 2mm。良: 步态正常, 踝轻微肿胀, 前胫腓韧带及三角韧带轻压痛, 踝背屈和跖屈活动范围达健侧 50%, 旋前至旋后范围 10°~ 20°。足有轻度扁平或马蹄畸形, 对运动及工作充满能力, 运动后可轻度肿胀, 易疲倦, X 线片测量同优。差: 跛行, 踝肿胀明显, 前胫腓韧带及三角韧带压痛明显, 踝背屈和跖屈活动范围达到健侧 50% 以下, 关节疼痛、强直, 运动能力差, 不能胜任重体力工作。

根据以上标准, 随访时间平均 4 年, 非手术组 26 例中, 优 10 例, 良 9 例, 差 7 例, 本组总优良率 73.1%。手术组 30 例中, 优 18 例, 良 7 例, 差 5 例, 本组优良率为 83.3%。

讨 论

1. 非手术疗法适用于踝部肿胀轻, 无张力性水

* 河南省南阳市中医骨伤科医院

泡, 皮肤条件好, 损伤在 1 周左右者。手法力求解剖复位, 只要掌握手法要领, 则闭合复位大多可以获得满意结果。在治疗中观察到手法复位不像切开复位内固定骨折端那样紧密, 复位后初期, 少数内踝折块向下、外旋型外踝骨折块向后轻度分离移位, 是可以接受的。因损伤初期关节内血肿、创伤刺激肌肉韧带紧张, 此情况可随着血肿吸收、机化、粘连, 其骨折间隙会逐渐变小, 是可以完全达到骨性愈合的。

良好的外固定是维持复位的关键, 超踝塑形夹板, 符合踝部生理形态, 对踝部的侧方移位和旋转移位有较好的控制力, 并可早期锻炼踝关节功能。若为石膏固定者, 局部肿胀消退后应及时更换石膏。

2 手术治疗的几个问题: (1) 内固定物的选择: 对内踝、外踝、后踝骨折原则上都选用螺丝钉固定, 但若内踝或外踝骨折片较小, 在钻孔时骨折片易碎裂, 故可选用直径为 1.5mm 左右的克氏针固定。对于外踝骨折在踝关节水平以上者, 常因骨折不稳定需

用钢板内固定以恢复腓骨的长度和稳定。因腓骨干与外踝接合处外侧有 -15° 左右的向外弯曲度, 故钢板应预弯以适合固定。(2) 后踝是否固定: 术前观察 X 线片, 若后踝骨折线超过胫骨关节面的 $1/4$ 者, 应实行螺丝钉内固定。否则不予处理。(3) 下胫腓韧带损伤的处理: 下胫腓韧带连接的良好复位对踝关节远期稳定至关重要。如果外踝解剖复位, 内外固定可靠, 下胫腓关节可以不固定。

参考文献

1. 王亦聪, 孟继懋, 郭子恒. 骨与关节损伤. 北京: 人民卫生出版社, 1991. 726~ 727
2. Leeds HC, limbird PS. Instability of the distal tibiofibular syndesmosis after bimalleolar and trimalleolar ankle fractures. J Bone Joint Surg (Am), 1984, 6 (3): 490
3. Phillips WA. Aoprospective randomized study of the management of severe ankle fractures. J Bone Joint Surg (Am), 1985, 67 (1): 67 (收稿: 1998- 03- 06)