

应用骨折复位固定器治疗骨折时穿针应掌握的三条基本原则是在 217 例临床经验基础上提出的,并逐步上升到理论。

### 参考文献

- [1] 孟和. 中国骨折复位固定器疗法. 北京: 北京医科大学·中国协和医科大学联合出版社, 1993. 124-163.

(收稿: 1999-05-10 编辑: 李为农)

## • 短篇报道 •

# 中西医结合治疗踝部骨折 68 例

徐纪庆 候宝兴 赵光复

(上海中医药大学附属龙华医院, 上海 200032)

我们在治疗 68 例踝部骨折中根据不同的骨折类型和移位情况, 采用中西医结合治疗方法, 取得了较好的临床效果。现报告如下。

### 1 临床资料

自 1990~1995 年共收治因踝部骨折移位明显, 开放性骨折和门急诊复位失败的住院病人 68 例。其中男 37 例, 女 31 例; 年龄最小 15 岁, 最大 77 岁, 平均年龄 44 岁; 就诊时间最长 6 天, 最短数小时; 内踝 12 例, 外踝 4 例, 内外双踝骨折 20 例, 三踝 24 例, 三踝伴胫距关节脱位 8 例, 其中开放性骨折 7 例。

### 2 治疗方法与结果

所有病人都采用连续硬膜外麻醉下分别采用闭合复位, 切开复位, 撬拨疗法和清创复位内固定术。

2.1 闭合复位选择 23 例骨折肿胀不甚和老年不利于手术治疗的病人采用本法。常规在电透下进行, 根据受伤时足的旋前, 旋后位和损伤外力的内收、外展、外旋的不同情况反其道而予以复位。复位成功后采用有利于固定的内翻、外展、跖屈、背伸不同位置石膏前后托或“U”型石膏固定, 部分病人采用夹板固定。复位后定期拍片, 2 周后肿胀消退换石膏。本组由于复位未达到解剖复位或近似解剖复位和复位术后再次移位者 7 例, 均采用切开复位内固定方法治疗。

2.2 切开复位内固定 49 例骨折采用本法, 内、后踝常规用螺丝钉, 外踝常规用钢板, 部分病人选用克氏针内固定, 对下胫腓韧带疑有断裂者术中予松质骨螺钉固定。术中拍片或电透, 术后拍片均示对线对位佳。

2.3 撬拨疗法内踝 3 例, 三踝 2 例采用本法。2 例撬拨复位成功后石膏固定, 2 例撬拨后克氏针经皮内固定, 1 例三踝骨折撬拨失败, 后改用切开复位内固定术治疗。

2.4 清创复位内固定对 7 例开放性骨折予清创后复位, 其中 2 例位置尚可未予内固定, 3 例行内固定术, 2 例由于皮肤情况甚差, 放弃内、外固定, 遗留畸形愈合。由于清创彻底均未

发生感染。

2.5 治疗结果解剖复位 58 例, 近似解剖复位 5 例, 功能复位 3 例, 2 例关节畸形。

### 3 讨论

踝关节的解剖特点使踝部骨折后必须复位良好, 才能获得良好的疗效。踝部损伤虽然在门急诊中占有不少的比例, 但造成明显移位的骨折尚属少数, 绝大多数病人经过处理均有较好的预后。对移位明显的骨折可有针对性地采用不同治疗方法。闭合复位方法简单, 避免手术, 但复位容易固定难和软组织嵌顿等因素给复位带来不少困难。一些双踝、三踝骨折复位时很难顾及全面, 以往手法复位重视内踝, 而外踝对位不良所造成应力集中是引起以后创伤性关节炎的一个重要原因。<sup>[1]</sup>本组闭合复位的成功率 69.6%。踝部骨折手术方法简单, 可获得良好的复位和内固定, 根据 Ramsey<sup>[2]</sup>等研究。距骨外移仅 1mm, 胫距关节接触面积要减少 42%, 负重时势必造成单位面积压力增大。解剖复位可大大减低创伤性关节炎的发生率, 内固定后又可适当提早关节活动。手术的缺点是增加感染机会; 后踝骨折片位置较深, 手术显露困难, 创伤较重; 以及大部分病人需进行第 2 次取针术。撬拨疗法在踝部骨折治疗上不失为一种好方法, 虽然适用的范围有限, 但对某些类型如内踝骨折, 胫骨前结节撕脱性骨折, 后踝骨折等效果较佳<sup>[3]</sup>, 既可帮助复位又可经皮固定, 集闭合复位和内固定的优点。

### 参考文献

- [1] Yablon LG, Heller FG, Shouse L, et al. The Key Role of the Lateral Malleolus in Displaced Fractures of the Ankle J Bone Joint Surg, 1977, 59A: 169.
- [2] 周维江, 张文明, 徐印坎, 等. 张力带内固定治疗移位的踝关节骨折. 上海医学, 1986, 12(9): 26.
- [3] 马元璋, 曲克服, 陈正中, 等. 踝关节骨折经皮撬拨复位和内固定. 中华外科杂志, 1982, 20(2): 99.

(收稿: 1997-04-21 修回: 1997-07-21 编辑: 李为农)