

⑥对于垂直压缩型骨折脱位,通过钳齿的撬拨、夹持可获得最佳的复位效果,而对其它类型则治疗更佳,因而适应证更广。

5.2.4 禁忌症 ①踝部开放性损伤。②进钳齿处有一定面积的皮肤坏死区。③腓骨下端或胫骨下端内侧骨折呈粉碎性,钳齿无着力点。④踝部骨质严重疏松者。本组 1 例即因骨质疏松钳齿进入骨质,夹持力失效而致疗效较差。⑤陈旧性损伤,踝部骨

折难以复位,分离的下胫腓联合间隙已充满软组织者。

参考文献

- 1 傅光瑞,张传礼,王素芳,等.钳夹固定治疗胫腓骨不稳定型骨折 151 例报告.中华骨科杂志,1985,5(6):336-339.
- 2 郭世绂.临床骨科解剖学.天津:天津科学技术出版社,1992,871-872.

(收稿:2001-08-20 编辑:李为农)

• 短篇报道 •

踝部复杂骨折的手术治疗

张之智 郭勇敢 刘建设

(焦作矿务局中央医院,河南 焦作 454150)

我院自 1992 年 1 月至 1998 年 12 月手术治疗的 85 例复杂踝部骨折现将体会进行总结。

1 临床资料

本组 85 例中男 62 例,女 23 例;平均年龄 39 岁(17~62 岁)。C 型骨折^[1]58 例,Pilon 骨折中属 Ruedi& Augoner 分型中的 II 型、III 型的 27 例^[2];致伤原因:交通伤 21 例,砸伤 12 例,高处坠落伤 33 例,踢球伤 11 例,其他 8 例。85 例均为新鲜骨折,其中开放性骨折 9 例。

2 治疗方法

除开放性骨折急诊手术外,其余均于伤后 5~7 天,组织肿胀消退后进行手术。凡 Pilon 骨折术前先采用跟骨牵引,以使踝关节脱位纠正,并使胫骨关节面塌陷骨折接近正常解剖位置。手术时,采用硬膜外麻醉。先做踝关节外侧切口,行腓骨下段或外踝骨折复位,用 DCP 或皮质骨螺钉内固定。再从踝前正中切口,暴露踝关节,根据骨折情况进行有限剥离,将胫骨关节面复位平整,塌陷处植自体髂骨,用螺钉或托状钢板固定,术后石膏托外固定。4 周后行功能锻炼,10 周后逐渐负重练习。而 C 型骨折首先在外侧切口固定腓骨骨折(DCP 式螺钉),再在内侧切口用松质骨螺钉固定内踝,最后取内后方切口显露后踝,复位后用皮质骨螺钉固定,石膏托外固定。术后一周即行功能锻炼,8 周后负重活动。两类骨折均不行下胫腓内固定。

3 治疗结果

85 例骨折共随访 1~5 年,平均 3 年,骨折全部愈合。按齐氏标准^[3]分为:优良,踝关节功能完全恢复正常,无痛,X 线示骨折解剖复位,踝穴正常,无骨性关节炎改变;可,踝关节功能尚可,走路时踝关节轻微肿痛,X 线示踝穴内侧间隙增宽,无骨性关节炎改变;差,踝关节负重痛,行走时肿胀,疼痛,X

线示踝穴不对称,内侧间隙增宽超过 2mm。本组优良 77 例,可 6 例,差 2 例,优良率 92%。

4 讨论

Pilon 骨折治疗的重点在于踝关节的关节面;踝穴的宽度达到或接近正常,以减少创伤性关节炎的发生。作者认为术前跟骨牵引对于减少术中将近关节面骨块的过多剥离,达到解剖复位,从而减少后期创伤性关节炎的发生至关重要。

C 型骨折在治疗上有两个要点:①恢复正常踝穴及下胫腓关节的稳定;②要保证负重关节面平整。手术时应注意骨折的复位及固定顺序,首先固定腓骨下段及内踝,这就保证了踝穴正常及下胫腓关节的稳定,而不需用骨栓或螺钉固定下胫腓关节^[4],最后行后踝的复位固定,从而使胫距关节面的承重面积增大,减少骨性关节炎的发生。该类型的 85 例病人通过手术均取得了较好的效果。

踝关节复杂骨折在以往保守治疗病例中,关节面难以真正恢复平整,踝穴变窄,使得晚期下胫腓关节不稳和骨性关节炎的发生率较高。作者认为早期积极、良好的手术复位及合理的内固定,配合适时的功能锻炼,能更好地恢复踝关节的功能,明显地减少创伤性关节炎的发生。

参考文献

- 1 荣国威,翟桂花,刘沂,等.骨科内固定手册.第 3 版.北京:人民卫生出版社,1995.415.
- 2 雍宜民.实用骨科临床.北京:科学技术文献出版社,1999.207.
- 3 齐斌.踝部旋前类骨折脱位远期疗效分析.中华骨科杂志,1993,13(2):100.
- 4 辛景义,张铁良.弹性外固定治疗合并下胫腓损伤的踝关节骨折.中华骨科杂志,1998,18(9):525.

(收稿:2001-08-21 编辑:连智华)