

• 临床研究 •

跖跗关节骨折脱位手术治疗 21 例报告

Surgical treatment in tarsometatarsal joint fractures and dislocation: A report of 21 cases

张俊杰 章建良 田昶奇 谢金山

ZHANG Junjie, ZHANG Jianliang, TIAN Siqu, XIE Jinshan

【关键词】 跖跗关节; 骨折; 脱位; 外科手术 【Key Words】 Tarsometatarsal Joint; Fractures; Dislocation; Surgery, operative

我院自 1993 年 5 月—2001 年 5 月采用闭合复位或切开复位克氏针内固定治疗跖跗关节骨折脱位 21 例, 取得满意疗效, 现报告如下。

1 临床资料

本组 21 例; 男 14 例, 女 7 例; 左侧 12 例, 右侧 8 例, 双侧 1 例; 年龄 21~68 岁, 平均 40.5 岁; 闭合性骨折脱位 16 例, 开放性骨折脱位 5 例; 按照 Kuss 分类法: 同向性脱位 15 例, 分离性脱位 6 例; 伤因: 车祸伤 12 例, 高处坠落伤 5 例, 重物压伤 3 例, 扭伤 1 例。同时伴肢体骨折 6 例, 胸腹伤 3 例。

2 治疗方法

本组 16 例闭合性损伤均采用闭合复位克氏针内固定。一般在硬麻下进行, 取平卧位, 膝关节屈曲 90°, 一助手双手固定踝关节, 另一助手握前足作对抗牵引, 术者用拇指向脱位反方向逐个推挤跖骨基底使其复位。X 线透视见所有跖跗关节解剖复位后, 用 $\phi 1.5$ mm 克氏针自跖骨头通过髓腔经跖跗关节向对应的楔、骰骨钻入固定。本组 5 例开放性骨折脱位经严格彻底清创, 将污染创面变成相对无菌后延长切口, 直视下复位, 然后采用同闭合复位克氏针内固定方法固定, 术后均采用石膏外固定, 4~6 周后拆石膏, 拔除克氏针逐渐功能锻炼。

3 治疗结果

本组 21 例, 创面均一期愈合。术后随访 1~2.5 年, 按周氏疗效评价^[1]: 优: 13 例, 足外形正常, 活动范围正常, 负重行走无不适, X 线片显示正常; 良: 6 例, 足外形正常, 足弓无改变, 足活动轻度受限, 不影响行走、工作, 可进行适当的体育活动, X 线片显示跖跗关节 < 2 mm; 中: 2 例, 前足增宽, 足弓改变, 活

动受限, 步态正常, 负重行走可出现疼痛, 不能参加体育活动, X 线片显示跖跗关节移位 3~4 mm; 差: 0 例, 前足明显增宽, 足弓几乎消失, 日常活动受限, 负重行走疼痛, X 线片显示跖跗关节移位 > 5 mm。本组病例优良 90.5%。

4 讨论

跖跗关节背部较为薄弱, 骨折脱位时易损伤血管、神经及韧带, 伤后足部肿胀明显易发生张力性水疱和前足坏死可能。闭合性骨折脱位在 X 线摄片了解骨折脱位后, 尽快复位内固定治疗, 这样可减轻疼痛、减轻组织水肿、防止关节软骨和韧带的进一步损伤; 又可防止外伤后局部肿胀引发的张力性水疱和骨筋膜室综合征等并发症的发生。彻底清创是预防感染的关键, 本组 5 例开放性骨折脱位的患者在彻底清创后行内固定治疗, 术后无一例创面感染。

跖跗关节骨折脱位传统的治疗方法是闭合复位加石膏外固定。但胥少汀等^[2]认为: 传统治疗方法存在伤处软组织肿胀, 外固定不牢固, 固定时间长, 痛苦大, 易移位等缺点, 一旦畸形愈合将出现创伤性关节炎及足功能严重障碍等并发症。本组病例未采用螺钉类内固定, 因螺钉内固定无法避免跖跗关节间的微动, 手术操作较为复杂, 术中剥离较大易引起感染和皮瓣坏死, 同时内固定取出需二次手术。骨折的解剖复位和牢固的内固定可使关节处在一个早期活动有利条件, 不负重的功能锻炼可减少跖跗关节的粘连, 同时亦可使因骨折脱位后的关节软骨毛糙面得到尽早恢复减少创伤性关节炎的发生。

参考文献

- 周许辉, 贾连顺, 谭军, 等. 关于跖跗关节骨折脱位治疗的再认识 (附 61 例报告). 中国矫形外科杂志, 2001, 8(7): 716-717.
- 胥少汀, 葛宝丰, 徐印坎. 实用骨科学. 第 2 版. 北京: 人民军医出版社, 1999. 756. (收稿 2002 10 11 编辑: 李为农)