

踝关节骨折伴下胫腓关节分离的治疗

庄起昌 何小文 李爱长

(吴淞中心医院,上海 宝山 200940)

【摘要】 目的 探讨踝关节骨折伴下胫腓关节分离的治疗方法。方法 对 20 例踝关节骨折伴下胫腓韧带分离患者按 Bonnin 分度法, 度 12 例, 度 8 例采用加压松质骨螺钉内固定术,使踝穴结构恢复正常。结果 随访 8~18 个月,平均 14.5 个月病人踝关节功能恢复正常,优良率达 85%。结论 对踝关节骨折伴下胫腓韧带分离的患者在治疗骨折的同时注意修补下胫腓韧带以恢复正常踝穴结构,避免创伤性骨关节炎发生。

【关键词】 下胫腓韧带 踝关节 骨折固定术,内

The treatment of ankle joint fracture combined with inferior tibiofibular joint split ZHUANG Qi-chang, HE Xiaowen, LI Ai-chang. Shanghai Wusong Central Hospital (Shanghai 200940)

【Abstract】 Objective To explore the treatment of ankle joint fracture combined with inferior tibiofibular joint split. **Methods** 20 cases of ankle joint fracture with inferior tibiofibular joint split were fixed with sponge bone compression screws to restore the malleolar cave structure. **Results** After 8 to 18 months follow-up, averaged 14.5 months, the ankle joints functions became normal. The excellent and good rate was 85%. **Conclusion** To fix the fracture and repair the inferior tibiofibular ligament would restore the structure of malleolar cave and avoid the occurrence of traumatic osteoarthritis.

【Key Words】 Inferior tibiofibular ligament Ankle joint Fracture fixation, internal

足外翻型,内翻型,外旋型和纵向挤压型损伤,导致内外踝,前后踝骨折,下胫腓关节分离伴有外侧副韧带或内侧三角韧带损伤,在临床上并不少见。单纯踝关节骨折约占全身骨折的 3.9%。^[1]以青壮年最为多见,为临床上较常见的关节内骨折,而我们只重视骨折复位,忽略了关节分离复位及韧带损伤的修复,可造成病员远期踝关节不稳疼痛的后遗症。我院 1991 年—1996 年住院 135 例踝关节骨折脱位,其中对 20 例伴有下胫腓关节分离及韧带损伤治疗体会。

1 临床资料

本组 20 例中,男 18 例,女 2 例,年龄最小 23 岁,最大 56 岁,平均 35.5 岁,左足 13 例,右足 7 例。外踝骨折下胫腓关节分离 6 例,其中 1 例伴有外侧副韧带断裂,内踝骨折下胫腓关节分离 5 例,其中 1 例伴有踝关节脱位,外踝及后踝骨折下胫腓关节分离 1 例,前踝及外踝骨折下胫腓关节分离 4 例,其中 1 例伴有三角韧带断裂,内外踝骨折及后踝骨折伴下胫腓关节分离 2 例。闭合伤 15 例,开放伤 5 例。12 例是建筑工人从高处坠落跌伤,6 例车祸伤,2 例穿高跟鞋脚踏空扭伤所致。按 Bonnin 下胫腓关节分离分

度, 度 12 例, 度 8 例。病员伤后均立即来院诊治,踝关节都明显肿胀畸形,伸屈,内外翻功能受限,经踝关节中立位摄片提示除了骨折之外,下胫腓关节间隙超过 3~5mm,踝穴间隙增宽。

2 治疗方法

15 例闭合伤患者,伤后首先在局麻下行复位,采用与受伤机制相反各种位置复位石膏固定,经复查 X 片骨折对位不佳,下胫腓关节分离也不能复位。于伤后 5~7 天在腰麻下行手术,相应用空心加压松质骨螺钉方法内固定治疗踝关节骨折,完全达到解剖对位。对于开放伤 5 例常规行清创,用同样方法内固定。其中 1 例伤口感染不愈,拔除内固定后骨折对位不佳,踝穴内侧增宽。但对所有 20 例下胫腓关节分离,都需在电视 X 光透视直视下,于踝关节上 2~3cm 处用空心加压松质骨螺钉固定,平行踝关节由外向内,螺钉尖穿出对侧皮质为准,因胫骨下端以松质骨为主,所使用空心加压松质骨螺钉最好在电视 X 光透视下一次成功为好,反复捻动螺钉易造成踝关节分离复位失败。

3 治疗结果

本组 20 例患者,闭合伤 15 例,开放伤 5 例,随访

8 个月 ~ 18 个月, 平均 14.5 个月。根据病人主诉, 局部客观检查, X 片, 按以下标准评定: 优良 17 例, 主诉长距离行走奔跑踝关节不疼痛, 不肿胀, 踝关节无畸形, 伸屈, 内外翻活动度正常范围, X 片示正常的骨折愈合, 踝穴正常。可: 2 例, 可行走一定距离, 但不能奔跑, 活动后可有踝关节酸痛, 夜间踝关节轻度肿胀, 踝关节伸屈活动度在 60°, 内外翻活动度在 10° 范围内, X 片示正常的骨折愈合, 踝穴正常。差: 1 例, 不能长距离行走及奔跑, 经常感踝关节酸痛, 与天气变化有明显关系, 踝关节肿胀明显, 踝关节伸屈活动度 50°, X 片示踝关节畸形骨折愈合, 关节面不平整, 内侧踝穴外移 2mm, 踝关节间隙变窄, 伴有增生性骨关节炎 X 线临床表现。优良 17 例, 优良率占 85%。

4 讨论

踝部骨折并非为单纯骨折, 常伴有下胫腓关节分离及韧带损伤。^[2]在诊治骨折的同时, 亦不能忽略关节分离及韧带损伤的修复。^[3]临床工作中应正确无误全面评估受伤的全面过程, 受力方向机制, 才能确定完美的治疗方案。Ashurst 和 Brommer^[1]将踝部骨折分为 (1) 外旋型 (2) 外展型 (3) 内收型 (4) 垂直压缩型。Lauge-Hansen^[1]提出另一种新的分类法, 根据受伤踝部所处的位置, 受力方向后力学机制改变分为: (1) 旋后内收型 (2) 旋后外旋型 (3) 旋前外展型 (4) 旋前外旋型 (5) 垂直压缩型。Lauge-Hansedn^[1]总结这些分型其内涵除骨折外伴有关节分离及韧带损伤的存在, 我们在诊治疾病过程中, 要极其认真仔细, 手法柔软, 结合正确阅读踝关节中立位 X 片为准, 更能正确诊断, 如投照 X 片位置不正, 应反复重新摄片, 直至解除疑问为止, 避免诊断错误及治疗失误。^[4]本组 20 例中, 闭合伤 15 例, 来院后都在局麻

下行复位, 结果都失败, 其原因: (1) 没有正确询问病史, 了解受伤机制, (2) 踝部骨折严重移位, 导致踝关节不稳, 难以复位, (3) 局部软组织肿胀, 固定后不牢固, (4) 没有正确手法复位。

踝关节其承受体重大于任何关节, 而承重应力无法得到缓冲, 所以踝部骨折解剖复位极其重要, 因为踝部解剖位置浅, 相对治疗容易, 但治疗上较其他部位要求高, 只有精确复位, 才可得到优良的治疗效果。本组手术治疗 20 例, 其中 17 例优良, 我们都采用空心松质骨加压螺丝钉做相应骨折内固定来治疗踝关节骨折, 下胫腓关节分离于踝关节上 2 ~ 3cm 处平行踝关节由外向内, 穿出对侧皮质固定, 取得非常满意的固定效果, 不但内固定牢固, 下胫腓关节完全复位, 而且踝穴恢复到正常解剖位置, 术后踝关节功能恢复正常。1 例差的原因主要是术后伤口感染, 内固定外露, 拔除内固定后骨折移位, 下胫腓关节松弛, 踝穴不能恢复正常的位置, 关节功能得不到正常的恢复。我们强调踝关节骨折下胫腓关节分离及韧带的修复越早, 对关节功能复原越有利, 内固定不易过晚拔除, 一般骨折愈合, 骨折线消失四个月就可以拔除, 避免创伤性骨关节炎发生。要想取得踝部损伤治疗的优良效果, 我们必须重视治疗骨折的同时也应重视下胫腓关节及韧带损伤的治疗。

参考文献

[1] 陆裕朴, 胥少汀, 葛宝丰, 等. 实用骨科学. 北京: 人民军医出版社, 1991. 717-718.
 [2] 齐斌, 徐萃香, 刘德裕, 等. 踝部旋前类骨折脱位远期疗效分析. 中华骨科杂志, 1993, 2: 100.
 [3] 梅伟, 刘宁, 陈金华, 等. 胫腓下关节分离的手术治疗. 骨与关节损伤杂志, 1996, 3: 151.
 [4] 蔡国威. 踝关节骨折. 中华骨科杂志, 1987, 7(5): 395.
 (收稿: 1997-12-01 修回: 1998-04-10 编辑: 李为农)