

中西医结合治疗踝部骨折 58 例

★ 王森龙 (浙江省诸暨市红十字医院骨伤科 诸暨 311800)

摘要:目的:观察中西医结合治疗踝部骨折治疗效果。方法:采取手法复位或手术切开复位内固定后,配合中药内服外用等综合治疗手段治疗。结果:平均骨折愈合时间为 8 周,58 例中,治愈 41 例,好转 16 例,差 1 例。结论:中西医结合治疗踝部骨折疗效满意,骨折对位好,愈合快,功能恢复好,患者痛苦少。

关键词:踝部骨折;中西医结合疗法

中图分类号:R 274.11 **文献标识码:**B

踝关节是人体最大的载荷关节,以负重为主要功能,生理功能要求高,而踝骨骨折是最常见的关节内骨折之一,损伤机理复杂,常合并韧带及关节囊损伤,如果治疗不当,可能造成严重的关节功能障碍。本人在治疗 58 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。现总结如下。

1 临床资料

本组 58 例,男 31 例,女 27 例,年龄 16~67 岁。损伤原因:坠落伤 19 例,车祸 18 例,砸伤 5 例,扭伤 16 例;左侧 26 例,右侧 32 例。其中开放性损伤 19 例,陈旧性骨折 4 例。依据 Lauge Hansen 分型^[1]分类,旋后内收型 14 例,旋前外展型 11 例,旋后外展型 22 例,旋前外旋型 7 例,垂直压缩型 4 例。

2 诊断及治疗方法

根据受伤史、临床症状、体征及踝关节正、侧位 X 光片检查,明确诊断。患者入院后即手法闭合整复骨折,施以超踝关节夹板或小腿石膏托固定。同时内服活血化瘀、消肿止痛之中药。视患者皮肤条件、肿胀及水泡消退情况尽早施以手术治疗。

2.1 手法闭合整复,塑形夹板固定

运用中医传统正骨手法^[2],按暴力作用相反的方向进行复位和固定。先用触摸辨认法明确骨折或脱位部位及移位方向,同时参照踝关节 X 片,根据不同的骨折类型,分别使用拔伸牵引、内外推端和提按升降等手法。具体复位手法如下:患足背伸 90°对抗牵引下,内翻骨折取外翻位,外翻骨折反之,两手同时挤压内、外踝使之复位。若后踝骨折合并距骨后脱位,应再背伸足,用力将足跟向前推挤,纠正距骨、后踝移位;如胫骨前唇骨折,合并距骨前脱位者,反之。最后对抗挤压复位下胫腓联合。塑形夹板逆足、踝关节损伤方向固定,3 周后改为生理位即

中立位固定。若按上述方法后踝仍不能完全复位,可暂时不强求复位。整复完成后,采用背伸位袜套包扎,塑形小夹板固定,作悬足滑动牵引,引重 1~3 kg,嘱患者持续屈伸膝关节运动,伸膝时尽力向下蹬足,使踝关节能极度背伸,利用踝关节的活动使后踝的残余移位自动复位。运动次数逐渐增加,但要注意检查皮肤与关节情况,防止因包扎过紧损伤皮肤,牵引过重导致踝关节前脱位等可能出现的并发症。

2.2 手术开放复位固定,修补断裂韧带

2.2.1 手术指征^[3] (1)内踝有软组织嵌顿者;(2)复位后,距骨及外踝外移 ≥ 2 mm 或距骨与内踝间隙 > 4 mm;(3)后踝骨折块占关节面 1/3 以上,整复后骨折块上移 > 2 mm;(4)开放性骨折污染不严重者。

2.2.2 治疗方法 对于有软组织嵌入内踝,导致骨折块分离、旋转,复位效果不佳者,对内踝行微切口手术,在内踝前上作一 1~2 cm 的小切口,清除骨折间隙的嵌入物,不作骨膜剥离,直视下复位,用 2 支直径 1.5 cm,长 2~3 cm 的克氏针交叉固定或 1~2 枚拉力螺钉固定,切口愈合后予以塑形夹板外固定制动。若无软组织嵌顿者,一般首先处理外踝,视骨折部位及类型采取克氏针作髓内针固定或给予 1/3 管形钢板或重建钢板、螺钉内固定,再处理后踝骨折及内踝骨折,常用一枚或两枚松质骨螺钉固定。如内踝属粉碎性或骨折块小,则用克氏针张力带固定。如有严重的内翻损伤,伴外侧韧带断裂,或严重的外翻损伤,伴深层三角韧带断裂,给予重叠缝合修补,术后予石膏或塑形夹板外固定。

2.3 术后药物治疗及其他处理

抬高患肢,促进患足静脉回流通畅而消肿,但在出现踝管高压综合征时,应放于中立位^[5]。预防性应用抗生素,常规应用平乐正骨传统方药,早期给予

活解合剂口服,方中桃仁、红花、当归活血化瘀,灵仙、羌活利水除湿,金银花、连翘清热解毒,黄芪补气行水,可起到利水消肿、活血化瘀的功效,利于患肢早日消肿;中后期给予特制接骨丸,方中鹿茸、红参、枸杞壮阳、填精髓,三七、黄芪、白术、山药益气活血,杜仲、续断、骨碎补益肝肾、强筋骨,促进骨折早期愈合。后期拆除外固定后,均予海桐皮汤加减煎汤趁热熏洗患处,每日2次。根据骨折稳定程度,定期拍片复查。指导功能锻炼。

3 治疗结果

参照《中医病证诊断疗效标准》^[6]。治愈:骨折解剖复位或接近解剖复位,有连续骨痂通过骨折线,功能完全或基本恢复。好转:对位良好,骨折线模糊,踝部轻度疼痛,劳累后加重,内外踝侧方骨折移位 $\leq 2\text{ mm}$ 以内,前后移位 $\leq 2\sim 4\text{ mm}$ 以内,后踝向后上移位 $\leq 2\sim 5\text{ mm}$ 之间。差:对位差,踝部轻度或明显畸形,行走活动受限和疼痛。骨折移位致使踝关节面不平整,骨折线清晰。本组58例,平均骨折愈合时间为8周。治愈41例,占70.7%;好转16例,占27.6%;差1例,占1.7%。

4 讨论

踝部骨折为关节内骨折,其关节面比髌、膝关节面小,但其承受的体重却大于髌膝关节,而踝关节接近地面,作用于踝关节的承重应力无法得到缓冲。因此对踝关节骨折的治疗较其他部位要求更高,骨折后如果关节面稍有不平或关节间隙稍有增宽,均可发生创伤性关节炎。只有精确复位,才能得到良好的治疗效果。无论哪种类型骨折的治疗,均要求胫骨下端凹形关节与距骨体的鞍状关节面吻合一致;而且要求内、外踝恢复其正常生理斜度,以适应距骨上窄、前下宽的形态。即使是单踝骨折,只要移位,距骨必然发生脱位,踝穴正常的解剖关系也必然遭到破坏。因此,在治疗时,必须给予高度重视。

踝部骨折后,早期组织水肿严重,组织血供差,皮肤张力高,多伴大量张力性水泡,急诊手术易致皮肤坏死、感染。故一般认为,除开放性骨折外,择期手术的最佳时间要等10天左右肿胀基本消退后手术较好^[7]。本组病例中患者均在伤后2~16天(平均8.3天)内进行了手术。无1例发生皮肤坏死或感染,这与内服活血化瘀、消肿止痛之中药有关。手术治疗能很好地达到解剖复位,对损伤的肌腱韧带能很好地修复,对维持踝关节的正常解剖位置以及踝关节的稳定起到了良好的作用。但对单踝骨折或合并后踝骨折,骨折部无压缩、无肌腱韧带损伤者,手法复位、夹板或石膏外固定也能起到很好的治疗作用。临床上治疗踝部骨折我们并不强调采用何种

方法治疗,凡手法复位欠佳,都必须手术治疗,这样可减少创伤性关节炎的发生,并能达到较好的治疗效果。正确的手法整复是治疗的关键,对大多数的骨折可进行复位,特别是内外踝骨折的移位。但对于内踝骨折嵌插有软组织的情况,复位效果较差,必须切开复位。手术切开复位内固定,只要手术方法得当,均可使大部分骨折达到解剖复位,解决了许多传统方法难解决的矛盾,为早期的功能锻炼提供了可靠的骨骼支撑。正常情况下踝关节的周围肌肉韧带等的共同作用下保持着生物力学的平衡,一旦一侧韧带损伤,就会失去平衡,即使骨折通过内固定复位,也不一定就完全恢复了踝关节正常的生理解剖关系。为此笔者在骨折内固定术后,对以内翻损伤为主的骨折,给予塑形夹板维持在外翻位固定,反之则给予内翻位固定,以使损伤的外侧或内侧韧带等软组织得以修复,同时以夹板或牵引为依托,指导进行一定范围内的踝关节活动而不影响关节的稳定,它不但能整复残余的移位,还能驱逐瘀血,减轻软组织肿胀,防止粘连。

传统的手法复位夹板外固定法,这种方法创伤小,因可早期功能锻炼而使活动功能恢复较快。但常因为骨块的不稳定,复位的骨块易再移位,显然对愈合后功能恢复不够理想。再如手术切开复位加石膏外固定法,此法虽然骨折复位较理想,但因关节长期的绝对固定造成肌肉的萎缩、骨质疏松、肌腱韧带的粘连,关节僵硬,功能恢复也不太理想,显然此法重视了骨的对位而忽视了关节的功能恢复。踝关节损伤不仅是骨结构的紊乱,也是韧带、关节囊等软组织的复合损伤。所以治疗时必须动静结合、筋骨并重。笔者采用的手法复位,塑形夹板外固定,或跟骨牵引配合必要的手术开放复位内固定等治疗方法,正是将复位、固定和运动同期进行,动静结合,筋骨并重,有利于恢复踝关节的负重和运动功能等优点。

参考文献

- [1]王亦璁.骨关节损伤[M].第3版,北京:人民卫生出版社,2001,1102-1114.
- [2]岑泽波,朱云龙.中医正骨学[M].北京:人民卫生出版社,1991,180-186.
- [3]林哲辉,郑玉堂,陈联源.踝关节骨折131例疗效分析[J].中医骨伤,2001,14(6):347.
- [4]周文敏,林毅,林熙勇.中医治疗踝部三踝骨折[J].中国中医骨伤科杂志,1997,12(6):24-25.
- [5]党馥珍.踝管高压综合征的诊断与治疗[J].中国骨伤,2000,13(10):630.
- [6]中华人民共和国中医药行业标准.中医病证诊断疗效标准[S].江苏:南京大学出版社,1994,172.
- [7]洪明飞,周福胎.踝部骨折的治疗及有关问题的讨论[J].中医正骨,1993,5(2):14-15.

(收稿日期:2008-01-04)