



撬拨复位跟骨钛板内固定治疗跟骨关节内骨折

曾江民

(桃源县中医医院 湖南桃源 415700)

摘要：目的：探讨撬拨复位跟骨钛板内固定治疗跟骨关节内骨折效果。方法：选择我院2017年3月-2018年4月78例跟骨关节内骨折患者。对照组：实施切开复位钢板内固定治疗；观察组：实施撬拨复位跟骨钛板内固定治疗；结果：观察组治疗有效率97.44%高于对照组的76.92%，两组进行对比，差距有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。观察组出现感染、切口皮缘坏死以及畸形愈合发生率5.13%低于对照组的17.95%，相比差异明显（ $P < 0.05$ ）。结论：对跟骨关节内骨折患者采用撬拨复位跟骨钛板内固定治疗效果理想，可确保手术质量，保证复位理想，从而减少手术时间、降低出血量和植骨，安全可行性强，值得在临床中提倡。

关键词：骨钛板内固定；撬拨复位；跟骨关节内骨折；

中图分类号：R256.12

文献标识码：A

文章编号：1009-5187 (2018) 14-017-02

跟骨关节内骨折在骨科门诊中发生率非常高，属于足部骨折一种。跟骨关节内骨折患者会出现局部肿胀、行动不便以及疼痛等情况，影响患者的生活和工作。在临床中，对跟骨关节内骨折多采用切开复位钢板内固定治疗，整体效果理想。近年来，随着我国医疗技术的持续性发展，对跟骨关节内骨折患者治疗方法也越来越多[1]。因此，本文就针对跟骨关节内骨折选择撬拨复位跟骨钛板内固定治疗，观察其临床治疗效果，现报道如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择我院2017年3月-2018年4月78例跟骨关节内骨折患者。根据不同治疗方式将患者划分两组，对照组和观察组，各组39例。手术原因，坠落伤26例，车祸29例，摔倒23例。

对照组：男性患者20例，女性患者19例，年龄23至65岁，平均年龄（58.68±1.99）岁。

观察组：男性患者21例，女性患者18例，年龄24至66岁，平均年龄（58.92±2.12）岁；在一般资料方面，两组患者进行对比，差异较小，无统计学意义（ $P > 0.05$ ）。

1.2 纳入标准与剔除标准

纳入标准：①确诊为跟骨关节内骨折患者；②患者自愿签订同意书；

剔除标准：①中途退出者；②语言障碍；③血液传染性疾病；④严重肝、肾功能；⑤妊娠、哺乳期；⑥精神系统疾病。

1.3 方法

辅助患者和家属办理好入院手续，根据患者情况实施相对治疗；

对照组：实施切开复位钢板内固定治疗；

观察组：实施撬拨复位跟骨钛板内固定治疗；单足受伤患者选择侧卧位，双足受伤选择俯卧位，对患者实施麻醉后，在跟骨外侧应用L形切口，对跟骨外侧壁骨膜切开，紧贴跟骨外侧壁表层对骨膜实施锐性剥离，对周边腓肠神经足背外侧皮支、腓骨长短肌腱做好保护，同时在距离骨前缘、后缘钻入克氏针，并且向上折弯挡住上方切口皮瓣，将骨外侧壁和后关节面完全暴露，见到骨折线可停止暴露。在跟骨结节后上方塌陷的后关节面骨折块钻入克氏针，在患足前部跖屈，把克氏针尾向下压，将塌陷压缩的后关节面骨块进行撬拨复位，直到关节盘恢复平整，若有需要可应用克氏针横向钻入，将后关节面外侧骨块与载距突内侧骨块进行固定，足前尽量跖屈，跟骨结节向下，将横向的克氏针向上提，改善骨的高度、外形、足弓以及Sissane角度等，对侧方进行挤压，矫正跟骨外形与内外翻，降低跟骨宽度。骨折对位以及外形恢复理想后，把跟骨结节的克氏针向前钻入跟骨颈部进行临时固定，避免后关节面骨块再次出现异位以及坍塌情况。选择正确的跟骨钛板，并塑形，放置在跟骨外侧壁，应用松质骨螺钉进行内固定，其中1枚螺钉在载距凸方向进行固定，1枚螺钉在后外侧骨块与载距突内侧骨块固定。最后，对切口进行缝合，将引流胶片、棉垫放入，应用弹力绷带进行加压包扎，术后将患肢抬高，实施抗感染、

消肿治疗。

1.4 观察指标

观察患者术后是否有不良反应发生。采用Maryland足部评分对治疗后情况进行评比；显效：患者骨折端恢复良好，可正常活动，无疼痛等不适症状；有效：患者骨折端处于恢复阶段，活动范围改善，疼痛明显减轻；无效：患者骨折端无改善，无法活动，疼痛等不适症状无任何好转；总有效率为显效率和有效率之和。

1.5 统计方法

组间比较采用t检验计数资料以率表示，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用X²检验，用SPSS 18.0统计软件进行数据分析。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 对比两组患者基本治疗情况

观察组治疗有效率97.44%高于对照组的76.92%，两组进行对比，差距有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。见表1

表1 对比两组患者基本治疗情况（ $\bar{x} \pm s$ ）

小组	例数	显效	有效	无效	总有效率
对照组	39	9 (23.08)	21 (53.85)	9 (23.08)	76.92
观察组	39	11 (28.21)	27 (69.23)	2 (5.13)	97.44
t		4.655	4.544	7.653	6.332
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 对比两组患者治疗后不良反应发生率情况

观察组出现感染、切口皮缘坏死以及畸形愈合发生率5.13%低于对照组的17.95%，相比差异明显，具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。见表2

表2 对比两组患者治疗后不良反应发生率情况（n，%）

小组	例数	感染	切口皮缘坏死	畸形愈合	总发生率
对照组	39	3 (7.69)	2 (5.13)	2 (5.13)	17.95
观察组	39	1 (2.56)	0 (0)	1 (2.56)	5.13
t		4.456	4.265	4.122	6.523
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

跟骨骨折在临床中可分为关节内骨折与关节外骨折，不同骨折方式所采用的治疗方式也有所不同。因此，多应用CT扫描对跟后关节面的骨折损伤情况和骨折类型进行区分，利于医师了解关节内损伤情况，从而实施合理、正确复位内固定[2]。

（下转第21页）



3 讨论

掌指关节周围骨折的手术治疗是骨科手术中的一个难点,主要原因是掌指关节的结构精密且功能较复杂。掌指关节在发生骨折后,应及时确诊并采取适合的治疗措施,避免因采取干预措施不及时而延误患者,影响局部功能的恢复[4,5]。掌指关节周围骨折的治疗主要依靠切开复位内固定术,目前最常采用的是钢丝捆扎内固定和微型钢板内固定,整体的治疗效果较好。本研究结果表明,切开复位微型钢板内固定术不会严重影响患者的骨折愈合速度,并发症较少,而钢丝内固定的二次移位可能性较高,稳定性相对较差,微型钢板内固定弥补了这一缺陷,具有覆盖面积大、稳定性高的特点,有力保障了患者的术后功能锻炼。

本研究采用对照研究的方法,证明了切开复位微型钢板内固定术治疗掌指关节周围骨折的整体临床效果显著,能够有效地提高治疗有效率,改善患者的手术评价指标和术后恢复效果,同时并发症较少,

值得在临床开展进一步研究。

参考文献:

- [1]王澍寰.手外科学[M]第二版.北京:人民卫生出版社,1999:273-279.
- [2]陈永明,董建国.观察切开复位微型钢板内固定术治疗掌指关节周围部位创伤骨折效果[J].黑龙江医学,2018,42(04):324-325.
- [3]初立伟.切开复位微型钢板内固定术治疗掌指关节周围部位创伤骨折疗效分析[J].中国伤残医学,2018,26(8):38-40.
- [4]黄仕兵,沈华军.切开复位微型钢板内固定术在掌指关节周围部位骨折治疗中的疗效及并发症分析[J].浙江创伤外科,2017,22(05):848-849.
- [5]陈轲,韩健,殷振华,张亚军.切开复位微型钢板内固定术治疗掌指关节周围部位创伤骨折效果观察[J].陕西医学杂志,2017,46(01):84-85.

(上接第16页)

针对骨折创伤患者,实施止血处理是确保手术成功前提。

损伤控制理念就是对疾病做出判断,开展治疗计划,对伤口进行清理,降低并发症发生以及周边组织坏死的情况。确保患者生命安全,减少患者死亡率的发生。损伤控制可改善患者机体不适症状,对患者安全可行性高,利于机体康复。

此次研究中:开展损伤控制患者治疗有效率97.56%高于应用常规方式开展治疗患者的79.59%,开展损伤控制患者住院时间与治疗后并发症发生率均低于常规方式开展治疗患者,这有力的证明了损伤控制的优势性,不仅可快速止血,还可缩短患者住院时间,节约医疗费用,确保治疗效果。手术无论大小均会对机体产生损伤,术后就会出现并发症情况[4]。损伤控制可以控制机体出血量与感染率,调节相关生理功能,让患者各项指标处于稳定状态,即可降低对患者机体损伤程度,还可预防相关并发症出现,在患者最理想的状态进行相对应治疗,从而达到理想的治疗效果[5]。

综上所述:损伤控制在骨科下肢创伤临床急救中应用效果理想,不仅临床治疗有效率高,还可缩短患者术后并发症出现,获得患者和医师的认可,值得推广应用。

参考文献:

- [1]赵资坚,蔡史健,张荣臻,等.严重骨盆骨折伴多发伤院前院内一体化损伤控制救治模式的建立及临床应用[J].中国骨与关节损伤杂志,2015,30(6):561-565.
- [2]姜春阳,孙鹏,初海滨.外固定支架进行损伤控制性治疗在创伤骨科修复中的应用探讨[J].大家健康旬刊,2016,10(8):102.
- [3]宋少林.损伤控制理论在骨科下肢创伤临床救治中的应用效果分析[J].国际医药卫生导报,2015,21(19):2881-2882.
- [4]赵昕,刘刚,陈忠民,等.损伤控制骨科治疗策略在合并严重多发伤的骨折治疗中的应用[J].医学与社会,2015(B5):184-185.
- [5]王美勇,张雨,李永超.探讨损伤控制在骨科下肢创伤临床急救中的应用[J].中国卫生标准管理,2015,31(06):73-74.

(上接第17页)

撬拨复位属于微创,对机体损伤小,无需将跟骨外侧皮质骨,不会引发骨缺损、松质骨塌陷情况,复位效果理想[3]。跟骨部位血运丰富,骨折愈合理想。复位效果理想实施跟骨钛板内固定过程中无需植骨[4]。

跟骨骨折术后极易出现感染、切口皮缘坏死、创伤性关节炎等情况。这多与手术时间长、操作不当、治疗前疾病较为严重有所关联。对跟骨骨折患者应在受伤后14内实施是手术,等到肿胀有所改善后,有皱皮之后开展手术可降低皮缘坏死情况。术后合理应用弹力绷带、棉垫以及弹力绷带,从而可有效降低血肿、皮瓣坏死等情况发生。尽可能缩短手术时间,减少对患者机体损伤。为减少创伤性关节炎的情况发生,手术过程中不仅要恢复关节面还应调整跟骨的足弓、外形、高度以及角度等[5]。

综上所述:对跟骨关节内骨折患者采用撬拨复位跟骨钛板内固定治疗效果理想,可确保手术质量,保证复位理想,从而减少手术时间、降低出血量和植骨,安全可行性强,值得在临床中提倡。

参考文献:

- [1]沙良宽,田家祥,李敬祥,等.撬拨复位与切开复位内固定治疗 Sanders II 型跟骨骨折的比较[J].中国修复重建外科杂志,2015,29(5):558-562.
- [2]齐兵,王振,姚小锐.三维截骨矫形距下关节融合锁定钛板内固定术治疗 Stephens-Sanders III 型陈旧性跟骨骨折畸形愈合[J].中医正骨,2016,28(11):56-58.
- [3]葛占洲,陈秀民,王在斌.锁定钢板内固定治疗36例关节面移位跟骨骨折的疗效分析[J].中国骨与关节损伤杂志,2012,27(2):167-168.
- [4]吴青松,孙鹏,李立,等.数字骨科技术辅助切开复位内固定术治疗跟骨骨折的临床研究[J].中医正骨,2015,27(12):20-23.
- [5]洪劲松,潘永雄,付小勇,等.微创内固定与外侧扩大入路切开复位内固定治疗跟骨关节内骨折的比较研究[J].中华创伤骨科杂志,2012,14(8):664-668.