

## • 临床研究 •

## 后外侧入路治疗三踝骨折的疗效观察

李德铨

湖南省湘乡市尚湖铁医院 湖南湘乡 411400

**【摘要】目的** 观察后外侧入路治疗三踝骨折的疗效。**方法** 选取我院 2018 年 6 月-2019 年 8 月收治的 76 例三踝骨折患者随机分作 2 组, 参照组 38 例患者采用传统治疗方式, 研讨组 38 例患者采用后外侧入路治疗, 观察其疗效并分析。**结果** 研讨组的骨折愈合、创面愈合时间均短于参照组, 其术后引流量及术中出血量均低于参照组,  $P < 0.05$  时, 组间差异具统计学意义。**结论** 后外侧入路治疗三踝骨折的疗效明显, 手术创面更小, 患者的踝关节功能得以改善, 在临床中具有更为广阔的前景。

**【关键词】** 后外侧入路; 三踝骨折; 疗效观察

**【中图分类号】** R687.3

**【文献标识码】** A

**【文章编号】** 2095-7711 (2020) 05-074-01

踝关节是人的重要承重关节, 其具备行走功能, 极易受到损伤。三踝骨折指的是外踝、内踝、后踝三个部位同时出现程度不同的骨折、骨裂, 其损伤机制较复杂, 损伤程度较严重, 如不采取行之有效的治疗措施, 会导致踝关节畸形、伤性关节炎等并发症, 严重影响患者的生活质量<sup>[1]</sup>。三踝骨折治疗难度较大, 需经 3 个不同平面来复位、固定其骨折部位。传统治疗方式存在一定的局限性, 而后外侧入路方式可将术野充分暴露, 其复位与固定效果明显<sup>[2]</sup>。本研究对我院收治的三踝骨折患者分组实施传统治疗、后外侧入路治疗, 观察其疗效并对照分析, 现汇报如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 临床资料

选取我院 2018 年 6 月-2019 年 8 月收治的 76 例三踝骨折患者随机分作 2 组,

参照组 38 例患者采用传统治疗方式, 研讨组 38 例患者采用后外侧入路治疗。纳入标准: 符合三踝骨折的相关诊断标准, 患者均已自愿签署知情同意书。排除标准: 合并严重性疾病(如肝肾功能障碍、恶性肿瘤等)患者, 存在血液系统、呼吸系统、免疫系统疾病患者。

参照组: 年龄 25.2 岁-64.3 岁, 平均  $(42.58 \pm 6.79)$  岁, 男女比例 24: 14, 病程 1-14 天, 平均  $(6.36 \pm 2.17)$  天。研讨组: 年龄 24.9-63.7 岁, 平均  $(43.13 \pm 6.54)$  岁, 男女比例 25: 13, 病程 1-15 天, 平均  $(6.52 \pm 2.31)$  天。两组患者的年纪、性别、病程等资料数据间无统计学差异,  $P > 0.05$ 。

#### 1.2 治疗方法

参照组 38 例患者采用传统治疗, 指导患者俯卧, 将气囊止血带绑于其患肢, 分别行标准外侧切口、踝关节前侧小切口及侧弧形切口, 将骨折处充分暴露。再行手法复位, 采用 1.2 毫米的克氏针将关节面临时固定, 结合患者损伤的程度, 选择合适的钢板予以固定。全程采用 C 臂机引导, 对于骨折复位、关节面恢复平整及踝关节的固定、稳定一一确认后, 可于切口处置入 1 根负压引流管, 再将切口关闭。

研讨组 38 例患者采用后外侧入路治疗, 指导患者俯卧, 将气囊止血带绑于其患肢, 在腓骨后缘、跟腱外侧缘行 1 长约 10 厘米的纵向切口, 将皮肤、皮下组织依次切开后适当剥离, 将后踝暴露, 行骨折复位, 同时检查胫骨后侧的关节面, 复位骨块后通过拉力螺钉 1-2 个予以固定。再复位外踝骨折, 在骨折部位置入合适的解剖型钢板, 通过 1-2 枚克氏针固定钢板, 植骨修复干骺端骨缺损部位。复位内踝骨折, 通过克氏针引导, 以空心螺钉 2 枚进行固定。全程采用 C 臂机引导, 对于骨折复位、关节面恢复平整及踝关节的固定、稳定一一确认后, 可于切口处置入 1 根负压引流管, 再将切口关闭。

#### 1.3 观察指标

观察并记录两组患者的骨折愈合、创面愈合时间、术后引流量及术中出血量等疗效指标。

#### 1.4 数据处理

观察数据经 SPSS21.0 统计学软件处理, 计量资料(手术指标)

采用均数  $\pm$  标准差 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示, 以 t 检验,  $P < 0.05$  表明组间差异具统计学意义。

### 2 结果

#### 2.1 两组患者疗效指标对比

从以下表格中的数据可以看出, 研讨组的骨折愈合、创面愈合时间均短于参照组, 其术后引流量及术中出血量均低于参照组,  $P < 0.05$  时, 组间差异具统计学意义。

| 两组患者疗效指标对比 [ $\bar{x} \pm s$ ] |    |                   |                  |                 |                   |
|--------------------------------|----|-------------------|------------------|-----------------|-------------------|
| 组别                             | 例数 | 骨折愈合时间(天)         | 创面愈合时间(天)        | 术后引流量(毫升)       | 术中出血量(毫升)         |
| 参照组                            | 38 | $96.36 \pm 11.43$ | $18.18 \pm 4.49$ | $5.46 \pm 1.37$ | $94.70 \pm 14.62$ |
| 研讨组                            | 38 | $71.84 \pm 11.28$ | $12.93 \pm 3.72$ | $3.04 \pm 0.92$ | $85.97 \pm 10.57$ |
| t                              |    | 9.4124            | 5.5503           | 9.0398          | 2.9829            |
| P                              |    | 0.0000            | 0.0000           | 0.0000          | 0.0039            |

### 3 讨论

三踝骨折发生率高且病情复杂, 其产生组织坏死、感染等风险较高, 有效的治疗方案是康复的关键所在<sup>[3]</sup>。传统治疗的局限性难以避免, 后外侧入路方式充分暴露骨折部位, 复位骨折部位时始终处于直视条件下, 手术创伤明显减少。经肌肉间隙将肌肉与筋膜分离, 可降低损伤软组织的可能性, 有助于预后康复<sup>[4]</sup>。恰当的选择了钢板放置的位置, 可将骨折处软组织更好的覆盖, 有效促进骨折、创面等愈合, 通过后外侧入路方式治疗三踝骨折的优势明显<sup>[5]</sup>。在实施手术期间, 腓肠神经处于踝部后外侧, 因此应特别注意保护患者的腓肠神经, 可适当推移脂肪层, 这样可预防腓肠神经的损伤, 同时手术操作不宜在拇长屈肌内侧, 防止腓后神经与血管的损伤。

研讨组的骨折愈合、创面愈合时间均短于参照组, 其术后引流量及术中出血量均低于参照组,  $P < 0.05$  时, 组间差异具统计学意义。综上, 后外侧入路治疗三踝骨折的疗效明显, 手术创面更小, 患者的踝关节功能得以改善, 在临床中具有更为广阔的前景。

### 参考文献:

- [1] 陈泳鑫, 万国国, 吴福棠. 改良踝关节后外侧入路联合内侧复位固定治疗三踝骨折[J]. 牡丹江医学院学报, 2019, 40(6):53-54.
- [2] 崔文忠, 仲崇柱, 王永利. 用漂浮体位下踝关节后外侧、内侧联合入路切开复位内固定术治疗三踝骨折的效果观察[J]. 当代医药论坛, 2019, 17(24):86-88.
- [3] 黄硕, 徐明义, 闫栋, 等. 后外侧、后内侧入路手术治疗三踝骨折伴踝关节脱位的临床疗效分析[J]. 中国实用医药, 2020, 15(5):7-10.
- [4] 毛洪刚, 刘国栋. 分析改良踝关节后外侧入路联合内侧复位固定治疗三踝骨折的临床治疗效果[J]. 双足与保健, 2019, (14):149-152.
- [5] 王志焘, 詹俊峰, 朱楠, 等. 改良前外侧入路联合改良后内侧入路治疗三踝骨折疗效的病例对照研究[J]. 中国骨伤, 2019, 32(11):1014-1020.