



·论 著·

内外侧联合切口复位内固定复杂跟骨骨折的效果探究

黄俊

(永州市江华瑶族自治县民族中医院 湖南永州 425500)

【摘要】目的：探讨复杂跟骨骨折采取内外侧与切口切开复位内固定的临床效果。**方法：**选取我院2016年2月至2017年2月期间收治的46例复杂跟骨骨折患者作为研究对象，按照入院顺序，将其随机分为对照组和观察组，每组23例。对照组患者给予单纯的外侧切口切开复位内固定，观察组患者给予内外侧联合切口切开复位内固定。比较两组患者的治疗效果。**结果：**观察组患者骨折愈合时间短于对照组，且治疗优良率相对高于对照组，差异具有统计学意义($P < 0.05$)；但是，在术后并发症发生率上比较，两组无差异($P > 0.05$)；观察组患者手术指标明显与**结论：**复杂跟骨骨折临床治疗中采用内外侧与切口切开复位内固定的临床效果显著，不仅能够缩短治疗时间，还能提升术后恢复的优良率，值得临床推广。

【关键词】复杂跟骨骨折；内外侧复位内固定；切口切开复位内固定；效果

中图分类号：R256.12

文献标识码：A

文章编号：1009-5187(2018)10-012-01

目前，人们在日常生活与工作过程中发生意外事件的可能性较高，所受到的创伤也相对增加[1]。骨折是临床常见的一种创伤，其会严重影响患者的日常行动能力，且如果在治疗措施上存在缺失，还会导致后遗症产生，严重限制个体的行动能力或者生活体验[2]。跟骨骨折是临床这这对罕见的一种骨折，其在全身骨折中的发病率为2%左右[3]。且在临床调查中发现，多数跟骨骨折都是关节内骨折。在患者受到垂直压缩暴力的情况下，很容易引起跟骨高度丧失、宽度增加等，而造成骨折。在临床中，对于跟骨骨折的治疗方案主要有两种：手术治疗与非手术治疗。手术治疗是对其行切开复位内固定，而非手术治疗则是通过复位等辅助治疗。为了保证治疗的有效性，临床多选用切开复位内固定方案。而在切开复位内固定板中根据切入点的不同，也存在不同的方案。笔者针对切开复位内固定的效果进行研究。现报道如下。

1 一般资料与方法

1.1 一般资料

选取我院2016年2月至2017年2月期间收治的46例复杂跟骨骨折患者作为研究对象，按照入院顺序，将其随机分为对照组和观察组，每组23例。对照组男15例，女8例，年龄23~56岁，平均年龄(26.34±4.21)岁，受伤至手术用时5~14d，平均用时(6.21±4.28)d。观察组男14例，女9例，年龄22~57岁，平均年龄(26.34±4.21)岁，受伤至手术用时5~16d，平均用时(6.12±4.21)d。本次选取了所有患者自愿参与此次研究，且签署知情同意书，无严重器质性疾病，具有正常沟通能力。一般资料进行比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 方法

对照组患者给予单纯外侧切口切开复位内固定治疗，观察组患者行内外侧与切口切开复位内固定联合。其主要内容为：(1)外侧切口。对患者行麻醉后，根据其手术部位选取合适的体位，于患肢外踝上方4cm处，跟腱前缘与后缘的中点做一L形切口，并且对其软组织进行分离，直到外侧壁骨膜显出。然后对患者的骨折部位进行适当的恢复，以克氏针进行临时固定；(2)内侧切口。取与跟关节平面距离2cm处，做一切口，以骨膜剥离器将关节与患处暴露。然后，对患者骨体行复位措施，使得其恢复到正常的跟骨宽度。在复位完成后，以钢板放置于跟骨外壁然后固定。最后对其放置引流管，进行缝合，给予抗生素。

1.3 评价指标

根据美国足与踝关节协会所制定的踝关节功能评价表，对其踝关节功能恢复状况进行评价。优：100~90分，良：75~89分；可：74~50分；差：≤50分。统计两组患者骨折愈合时间，并对其平均值加以比较。统计其术后并发症发生率，并加以比较。

1.4 统计学分析

数据以统计学软件SPSS18.0分析，以($\bar{x} \pm s$)表示计量资料，经t检验；以率(%)表示计数资料，经 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

观察组患者骨折愈合时间(12.34±4.21)周短于对照组的(16.28±2.28)周，且治疗优良率相对高于对照组，差异具有统计学意义(P

< 0.05)；观察组中有2例患者术后疼痛、1例患者术后存在创口红肿感染现象；对照组中有1例患者术后疼痛、1例患者术后存在创口红肿感染现象。在术后并发症发生率上比较，两组无差异($P > 0.05$)。详见下表。

表1 观察组与对照组患者恢复优良率比较(n, %)

组别	优	良	可	差
观察组 (n=23)	10 (43.48)	6 (26.09)	5 (21.74)	2 (8.70)
对照组 (n=23)	5 (21.74)	4 (17.39)	9 (39.13)	6 (26.09)

3 讨论

一般来说，跟骨骨折是因高能量的损伤所致，且由于跟骨与其邻近组织存在相对复杂的解剖关系。故而将其称为复杂跟骨骨折。在临床治疗的过程中，治疗方式不当，很可能引起患者的足部疼痛、复位畸形，从而严重限制其运动功能的恢复，影响患者的生活质量[4]。目前，复杂跟骨骨折治疗多采用切开复位内固定方案，最大程度的使得患者跟骨解剖形态恢复正常，并通过术后对应的护理，来达到骨折愈合功能恢复的效果。但是在临床工作中发现，单纯的外切口切开复位内固定，无法对其关节进行完整的复位，尤其是部分骨折内侧也存在缺失[5]。在这种情况下，临床提出内外侧联合切口切开复位内固定治疗方案。该种治疗方案不仅能够最大程度的弥补其复位与固定的全面性，且不会因为切口的增加，而导致并发症增加，安全性较高。当然，该手术时也存在一定的要求，必须要在患者伤后一至两周骨折处皮肤皮纹褶皱出现后方可实施。在本次研究中，观察组应用联合方案，对照组应用单纯方案，从骨折愈合时间到恢复的优良率上，观察组均优于对照组($P < 0.05$)。

综上所述，复杂跟骨骨折采用内外侧与切口切开复位内固定的临床效果显著，不仅能够缩短治疗时间，还能提升术后恢复的优良率，值得临床推广。

参考文献：

- [1]黄平.复杂跟骨骨折采取内外侧联合切口切开复位内固定治疗的价值分析[J].双足与保健,2017(22):18-19+22.
- [2]魏长宝.传统手法复位结合锁定钢板外置微创治疗 Sanders II、III型跟骨骨折的临床疗效分析[D].江苏大学,2016.
- [3]张学斌.开放跟骨骨折的预后相关因素研究及跟骨内翻角的三维有限元研究[D].河北医科大学,2015.
- [4]杨攀.跟骨关节内骨折不同固定方式有限元分析与载距突螺钉导向器研制[D].广州中医药大学,2016.
- [5]雷文雄.改良 Stoppa 入路的内固定与外固定架治疗骨盆环骨折的对比研究[D].南方医科大学,2015.