



•综合医学•

跟骨外侧有限切开复位钢针内固定治疗跟骨骨折

唐泽龙

(新邵县人民医院骨科 湖南新邵 422900)

摘要目的: 探讨跟骨外侧有限切开复位钢针内固定治疗跟骨骨折的治疗效果。**结果:** 采用随机数字表法选取我院跟骨骨折患者30例,选取时间为2014年5月~2017年5月,将30例患者分为对照组(n=15例)与治疗组(n=15例),对照组行保守治疗,治疗组应用手术治疗,对比观察两组患者的疗效。**方法:** 治疗疗效采用跟骨骨折功能标准进行评分,治疗组与对照组的优良率分别为93.33%与60.00%,组间比较存在统计学差异, $P < 0.05$ 。**结论:** 相比于保守治疗,跟骨外侧有限切开复位钢针内固定治疗跟骨骨折的疗效较为理想,值得临床推广应用。

关键词: 跟骨外侧; 有限切开; 钢针内固定; 跟骨骨折

中图分类号: R256.12

文献标识码: A

文章编号: 1009-5187(2017)19-300-01

跟骨骨折在临床诊疗中是一种常见的跗骨骨折,发生率较高,由于跟骨与周围组织具有较为复杂的解剖结构,跟骨局部软组织所覆盖的质量较差,治疗难度较高,治疗后患者后遗症较多,预后康复效果并不理想,严重影响患者的生活质量。因此,我院选取2014年5月~2017年5月选取的30例跟骨骨折患者作为研究对象,对比分析患者行跟骨外侧有限切开复位钢针内固定的手术治疗效果,现汇报如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

我院选取2014年5月~2017年5月选取的30例(43足)跟骨骨折患者作为研究对象,所有患者均为男性,同时应用CT与X线检查诊断为跟骨骨折,采用随机数字表法将收治的30例患者分为治疗组与对照组,每组15例患者,对照组15例(24足)患者年龄为20~68岁,平均年龄为(41.25±0.24)岁,受伤至手术时间3h~8d,平均送治时间为(4.2±1.3)d;治疗组15例(19足)患者年龄为22~67岁,平均年龄为(42.19±0.46)岁,受伤至手术时间2h~9d,平均送治时间为(4.3±1.4)d;组间比较存在统计学差异,组间比较内容包括年龄、送治时间等内容。

1.2 方法

对照组患者行传统保守治疗,利用石膏、夹板等工具进行固定将跟骨骨折处实施牵引治疗,依靠患者骨折自身恢复[1]。治疗组行手术治疗方法为:跟骨外侧有限切开复位钢针内固定治疗:在跟骨外侧横行切开2cm切口,切口起始位置位于外踝尖下方1cm处,切口方向向上,将患者皮肤与皮下组织进行分离后,进入患者跟距关节,将下方翻转压缩的关节面与下榻压缩关节面显露,将关节面内积血清除干净后,采用止血钳从下向上将关节面向上方抬起,紧贴距骨关节面。穿针位置于跟骨结节处,对跟骨两侧进行横行挤压,并将跟骨进行数次摇摆,将钢针从足底方向进行按压,使结节关节角得以恢复,跟骨内钢针穿入距离大约为1cm处,对跟骨结节关节角与后跟距关节面采用透视观察恢复情况[2]。

治疗方法: 跟骨骨折患者麻醉后,将2枚克氏针从跟骨结节跟腱处打入到关节面下方,并在透视观察下将骨折进行撬拨复位,挤压跟骨两侧使跟骨复位增宽厚,在跟骨前部或者距骨内打入钢针,患者手术治疗后外部固定应用石膏[3]。两组患者术后均将患肢抬高,医护人员指导帮助患者进行裸足部功能锻炼,锻炼强度逐渐增加,以患者的耐受性作为标准。

1.3 统计学分析

计数资料以(n, %)描述,行卡方检验,计量资料以($\bar{x} \pm s$)描述,行t检验,以SPSS19.0软件进行数据统计分析,若 $P < 0.05$,则数据对比差异具备统计学意义。

2 结果

以跟骨骨折功能评分标准对治疗组与观察组患者进行的治疗效果进行评分统计,统计结果为对照组优良率为93.33%,治疗组患者的优良率为60.00%,组间比较内容为功能恢复优良,组间比较存在统计学差异, $P < 0.05$,如表1所示。

表1 两组患者治疗效果疗效对比(n, %)

组别	n	优	良	可	无效	优良率
治疗组	15	8	6	1	0	93.33%
对照组	15	4	5	4	2	60.00%
χ^2						4.6584
P						<0.05

3 讨论

跟骨骨折是一种常见的骨外科疾病,多由于高处坠落或者挤压所

导致。跟骨是一种松质骨,跟骨具有丰富的血液循环供应,骨不连的发生率较低,但若患者骨折线进入关节面或者复位不良,都有可能引发后遗症,例如,创伤性关节炎,严重影响患者的预后康复,降低患者的生活质量[4]。现今,对于跟骨骨折患者的临床治疗常应用保守治疗与手术治疗两种方式,常应用的治疗方法有闭合复位石膏外固定、功能疗法、切开复位内固定以及微创手术治疗等多种方法。跟骨骨折患者复位固定的要求:第一,关节面的骨折部位应为解剖复位;第二,恢复距下方的关节面平整与三个关节面之前存在的解剖关系较为正常;第三,恢复的跟骨的整体外形、高度、长度与宽度为几何参数[5];第四, Gissane角与Bohler角与后足的负重轴线得以恢复。跟骨骨折患者手术路径选择,入路选择时可选择内侧入路、“L”形外侧延长切口、内侧与外侧联合入路、载距突入路等。传统手术治疗后患者易发生伤口崩裂、关节炎、神经损伤、足跟痛等并发症,同时也会使皮缘出现坏死或感染现象,部分患者也会存在骨折部位畸形愈合。并发症的发生严重影响患者的生活质量,也会给患者带来极大痛苦,影响患者康复后的日常生活与工作。因此,选取正确的治疗方法,降低跟骨骨折患者术后并发症具有重要意义。

我院采用骨外侧有限切开复位钢针内固定治疗,跟骨骨折患者的术后愈合效果较为理想,治疗组患者的治疗优良率为93.33%高于对照组60.00%,组间比较存在统计学差异, $P < 0.05$ 。根据相关研究结果提示,骨外侧有限切开复位钢针内固定治疗跟骨骨折具有诸多优点:第一,切口范围较小,患者术后无皮肤坏死并发症发生,同时也无伤口难愈、内固定物外漏等术后风险;第二,通过透视可对患者复位后关节面进行直视观察,患者跟骨关节面的复位良好性更佳;第三,复位后空腔位于切口正下方,可进行空腔植骨治疗[6];第四,开放骨折内部的固定物的植入数量可有效减少,降低感染事件的发生;第五,单钢针固定直至距骨固定的效果较为牢固,可有效避免复位丢失或者固定不稳定事件的发生,同时对于载距突骨折应用拧入螺钉与横行穿针进行载距突固定,有利于患者早期功能锻炼的开展实施,提高治疗效果,促进患者预后康复。在行骨外侧有限切开复位钢针内固定治疗跟骨骨折患者,在理论上在距骨8w位置固定钢钉易导致距下关节出现强直表现,基于此,在对轻度骨质疏松的老年患者及中青年患者的手术治疗过程中,可在复位后,在跟骨结节跟腱止点两侧采用2根钢针进行固定,固定位置于胫骨。

综上所述,相比于传统的保守治疗效果,应用骨外侧有限切开复位钢针内固定治疗跟骨骨折患者的治疗效果显著,可促进患者的预后康复,值得临床推广普及。

参考文献:

- [1] 唐波.跟骨外侧有限切开复位钢针内固定治疗跟骨骨折[J].医学信息,2015(40):40-41.
- [2] 谭兴春,程亮.经跗骨窦切开内固定与外侧L形切口内固定治疗SandersⅢ型跟骨骨折[J].贵州医科大学学报,2017,42(1):113-117.
- [3] 郭晓辉,温建强,陈志维等.小切口有限内固定治疗关节面移位跟骨骨折的疗效评估[J].实用医学杂志,2014,30(8):1267-1269.
- [4] 施忠民.跟骨关节内骨折微创治疗的基础和临床研究[D].苏州大学,2014.
- [5] 苏张雷.切开复位钢板螺钉固定与有限切开空心钉固定治疗SandersⅡ型跟骨骨折临床疗效观察[D].成都中医药大学,2015.
- [6] 郭勇.小切口有限内固定治疗关节面移位跟骨骨折的疗效观察[J].医药前沿,2015,(19):361-362.