

观察改良后外侧入路、内侧入路联用对三踝骨折的治疗价值分析

李志勇

娄底民生医院骨科 湖南娄底 417000

【摘要】目的 研究观察三踝骨折患者应用改良后外侧入路、内侧入路联用治疗的效果。**方法** 随机抽取 2019 年 10 月至 2021 年 1 月我院接收的 120 例三踝骨折患者作为研究对象, 均采用改良后外侧入路联合内侧入路方式治疗。比较所有三踝骨折患者治疗前后的治疗效果、屈伸、内外翻转、足部对线、疼痛指标。**结果** 治疗后患者的各项指标明显好于治疗前 ($P<0.05$); 在使用改良后外侧入路、内侧入路联用治疗后, 治疗后患者的屈伸、内外翻转、足部对线和疼痛等情况均有明显改善 ($P<0.05$)。**结论** 三踝骨折患者接受改良后外侧入路、内侧入路联用治疗后能够有效提高临床治疗效果, 快速改善临床症状, 值得临床广泛的推广应用。

【关键词】 改良后外侧入路; 内侧入路; 三踝骨折; 临床疗效

【中图分类号】 R687

【文献标识码】 A

【文章编号】 1000-8039 (2021) 12-019-02

踝关节骨折是骨科常见疾病之一, 三踝骨折是其中一种, 损伤严重, 治疗难度相对较大。三踝骨折主要是指人体的内外踝和后踝同时发生骨折, 严重影响着踝关节的灵活性和稳定性, 严重的情况下可能会导致踝关节功能丧失^[1]。主要的治疗方式就是以手术为主, 但是由于后踝骨的结构复杂、位置较深, 所以常规手术难度相对较大, 效果并不理想^[2-3]。此外, 如果使用入路方案进行治疗, 需要患者充分暴露骨折端, 可能对骨折局部的软组织造成伤害, 严重的情况下可能导致重要的血管神经受损, 增加术后并发症。本次研究以我院在 2019 年 10 月至 2021 年 1 月期间接受的三踝骨折患者 120 例作为研究对象, 主要目的就是探究改良后外侧入路、内侧入路联用对于治疗三踝骨折的临床作用, 报告如下:

1 资料与方法

1.1 基础资料

选择从 2019 年 10 月至 2021 年 1 月期间我院接收的 120 例接受治疗的三踝骨折患者作为研究对象, 男性 73 例、47 例女性, 年龄为 28-64 岁, 平均年龄 43.23 ± 2.56 岁, 三踝骨折患者的一般资料对比无显著差异, 不具有统计学意义 ($p>0.5$), 具有可比性。此项研究已经过我院伦理委员会批准, 患者及家属均对研究内容知情, 并签署了知情同意书。

纳入标准: ①经诊断确诊为三踝骨折; ②近期均未接受相关治疗; ③有完整的临床治疗信息。

排除标准: ①严重的肝脏、肾脏疾病患者; ②有用药禁忌症、依从性差者; ④合并基础性疾病患者。

1.2 方法

所有患者均采用改良后外侧入路联合内侧入路干预: 指导患者在治疗前采取侧卧位, 在患者大腿上段置气囊止血带, 进行全麻, 然后采用 C 臂复位踝关节, 复位按照外踝-后踝-内踝的顺序, 然后在患者的跟腱外缘到外踝中线位置开切口长 8cm, 分离皮下组织、筋膜, 充分暴露骨折端。使用复位钳复位骨折端, 然后在腓骨侧置入钢板, 并且将后踝固定。使后踝骨折端充分暴露, 复位后踝骨折后, 使用克氏针进行临时固定, 如果固定位置满意后, 则使用半螺纹空心钉或者后踝钢板再次固定, 并且在内侧开切口, 使用复位钳固定骨折端, 然后置入空心钉。在术中立位固定踝关节, 术后两周要进行复查并指导患者进行功能训练, 在六周后病情稳定就可以尝试负重活动。

1.3 观察指标

1.3.1 在术后的 1 个月、3 个月、6 个月进行随访, 观察患者的术后恢复情况, 使用 Baird-Jackson 踝关节评分系统, 内容包括多个项目, 跑步能力、行走能力、稳定性、疼痛等, 满分 100 分, 分数越高, 说明病情恢复越好。采用后足评分系统 (AO-FAS) 对患者的术后活动情况进行评价。

1.3.2 检测两组患者在治疗前后屈伸、内外翻转、足部对线以及疼痛指标评分。

1.4 统计学方式

使用 SPSS17.0 系统处理各方面获取的数据, 所得到的数据行 t 检验, 以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 计数资料行 χ^2 检验, 以 % 表示。 $P < 0.05$ 时具有统计学意义。

2 结果

2.1 踝关节和足功能对比

在患者进行治疗后, 1 个月、3 个月、6 个月的 Baird-Jackson 评分、AO-FAS 评分具有明显改善 ($P<0.05$), 见表 1。

表 1: 两组相关指标比较 ($n=120$, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	Baird-Jackson (分)	AO-FAS (分)
随访 1 个月	120	41.32 ± 6.88	53.46 ± 5.65
随访 3 个月	120	63.78 ± 5.55	74.34 ± 4.67
随访 6 个月	120	85.45 ± 8.78	90.23 ± 6.12

2.2 手术前后的疼痛情况和肢体运动情况对比

治疗后患者的屈伸、内外翻转、足部对线以及疼痛评分均有明显的改善, 跟手术前数据对比差异具有统计学意义 ($p<0.05$), 见表 2。

表 2: 运动、疼痛情况比较 ($n=120$, $\bar{x} \pm s$)

组别	屈伸	内外翻转	足部对线	疼痛
治疗前	2.38 ± 2.65	2.32 ± 2.88	2.46 ± 2.65	8.54 ± 1.54
治疗后	8.16 ± 3.56	7.78 ± 3.55	7.34 ± 3.67	3.12 ± 0.69
T	7.1334	6.5420	5.9047	17.5919
P	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

3 讨论

随着社会节奏的不断加快, 三踝骨折发病率也显著提高。主要的发病因素是直接暴力作用于患者的骨骼局部, 给患者骨折局部软组织造成损伤^[4-5]。此外, 也有可能是间接的暴力经过纵向传导扭转和杠杆作用的影响, 从而引发骨折。在三

(下转第 22 页)

睐,且美容指数高,术后收缩时间短,但手术时间长于常规切口腹腔镜结肠切除术,这可能与单切口腹腔镜结肠切除术需更为精确的操作以及切口数量少相关。另外,单切口腹腔镜结肠切除术可减轻术后疼痛,缩短住院时间,减少伤口感染等并发症。但需要注意的是,单切口腹腔镜结肠切除术对全系膜切除技术要求更高,需具备精确操作技术,以免损伤肠系膜。本研究中结果显示,观察组结肠癌治疗效果高于对照组, $P < 0.05$; 观察组失血量、切口美容指数、住院时间低

于对照组, $P < 0.05$; 两组淋巴结清扫数相似, $P > 0.05$; 干预前两组生活质量相近, $P > 0.05$; 干预后观察组生活质量优于对照组, $P < 0.05$ 。观察组吻合口出血、乳糜漏等并发症发生率低于对照组, $P < 0.05$ 。

综上所述,单切口腹腔镜结肠切除术治疗结肠癌的效果优于与常规腹腔镜结肠切除术,可减少创伤减少出血,缩短住院时间,减少并发症,提高切口美观度,更好改善患者生活质量,值得推广。

表 3: 两组失血量、切口美容指数、住院时间、淋巴结清扫数相比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	切口美容指数	淋巴结清扫数 (枚)	失血量 (ml)	住院时间 (d)
观察组	39	21.39 $\pm$ 2.77	16.13 $\pm$ 0.53	104.13 $\pm$ 7.92	11.02 $\pm$ 1.12
对照组	39	16.51 $\pm$ 1.41	16.24 $\pm$ 0.72	182.02 $\pm$ 9.57	15.71 $\pm$ 2.15
t		8.214	0.761	9.862	8.323
P		0.000	0.343	0.000	0.000

参考文献:

- [1] 吴硕东, 韩金岩. 单切口腹腔镜结直肠手术的初步经验 [J]. 中华外科杂志, 2016, 54(6):429-433.
- [2] 闫峰, 白利平, 王振发等. 腹腔镜辅助经自然腔道取出标本的结肠次全切除术治疗结肠冗长症 [J]. 中华胃肠外科杂志, 2016, 19(8):952-955.
- [3] 李世拥, 陈纲. 腹部无单切口腹腔镜直肠癌经肛门切除吻合术 [J]. 中华普外科手术学杂志 (电子版), 2016, 10(2):107-107.
- [4] 黄勇波, 张成雷, 洪新凯等. 无腹部辅助单切口腹腔镜改良经肛门结肠肛管吻合术治疗超低位直肠癌的临床疗效 [J]. 中华胃肠外科杂志, 2017, 20(1):105-106.

- [5] 刘若妍, 王亚楠, 熊文俊等. 经耻骨联合上单孔腹腔镜手术治疗乙状结肠及上段直肠癌的疗效分析 [J]. 中华胃肠外科杂志, 2016, 19(6):647-653.
- [6] 何耀彬, 赵小青, 张北平等. 结肠内支架联合腹腔镜结肠癌根治术在结肠癌合并急性梗阻中的短期及中期疗效分析 [J]. 腹腔镜外科杂志, 2016, 21(10):737-741.
- [7] 龚文敬, 赵希忠, 任叔阳等. 经脐单孔 SILS-Port 腹腔镜结肠次全切除术治疗慢传输型便秘 10 例报告 [J]. 中国微创外科杂志, 2017, 17(1):72-75, 88.
- [8] 王自强. 腹腔镜下往复式右半结肠 D3 / CME 根治术 [J]. 中华普外科手术学杂志 (电子版), 2016, 10(4):289-289.

(上接第 19 页)

踝骨折后,主要的临床症状就是脚踝肿胀、剧烈疼痛并且有皮下淤血,病情严重的情况下会发生踝关节功能障碍,主要的治疗手段就是手术治疗。但是由于传统手术的方式容易引发并发症等情况,治疗效果并不理想,所以临床中一直在寻求更好的治疗手段^[6-7]。近些年来随着医疗科技的进步,改良后外侧入路方案逐渐的开始用于治疗三踝骨折,能够有效的保护骨折部位的软组织,提高术后骨折端的血液运行,促进软组织愈合,所以使用改良后外侧入路联合内侧入路治疗三踝骨折,能够有效的恢复踝关节功能,治疗效果显著。本次研究中,经过治疗后,患者的踝关节功能和足功能评分在不同时间段改善效果明显 ($P < 0.05$); 在患者的治疗前后的屈伸、内外翻转、足部对线以及疼痛评分方面均显著高于治疗前 ($P < 0.05$), 两组数据均有统计学意义。

综上所述,通过给予三踝骨折患者改良后外侧入路、内侧入路联合治疗,能够有效提高患者的治疗效果,术后恢复速度更快,值得临床治疗中广泛推广。

参考文献:

(上接第 20 页)

照组 40.91%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。这就说明予以患者高清消化内镜检查可提升影像质量,在内镜下开展黏膜切除术,可缩短手术时间、减少对患者的损伤,预防多种较严重的并发症,以加速其康复。

总之,消化道早癌通过消化内镜技术诊断治疗的临床价值较高,有助于患者治疗。

参考文献:

- [1] 陈军辉. 改良踝关节后外侧入路联合内侧复位固定对三踝骨折愈合的影响 [J]. 华夏医学, 2020, 33(04):33-36.
- [2] 冯培亮. 改良踝关节后外侧入路联合内侧复位固定治疗三踝骨折疗效 [J]. 实用中西医结合临床, 2020, 20(09):132-134.
- [3] 赵波, 高青凤, 邓长康. 改良踝关节后外侧、前内侧联合入路治疗三踝骨折的临床疗效分析 [J]. 中国现代药物应用, 2020, 14(14):11-13.
- [4] 韦万勉, 蓝耿亮, 杨家林. 俯卧体位下采用后外侧入路联合内侧切口治疗三踝骨折方法的效果及安全性分析 [J]. 名医, 2020(09):32-33.
- [5] 郭玉祥, 施忠平, 张帆. 后外侧入路联合内侧入路内固定治疗三踝骨折的临床分析 [J]. 系统医学, 2020, 5(13):40-42.
- [6] 方如务, 吴迪, 林久灶, 曾炜, 黄兆曦. 改良踝关节后内侧联合外侧切口入路治疗累及后内侧的三踝骨折 20 例 [J]. 福建医药杂志, 2020, 42(03):63-66.
- [7] 朱寿明. 改良踝关节后外侧入路联合内侧复位固定治疗三踝骨折患者的效果观察 [J]. 双足与保健, 2019, 28(13):151-152.

- [1] 谭庆华, 唐承薇. 消化道早癌内镜诊断技术的研究进展评述 [J]. 西部医学, 2016, 28(7):889-893.
- [2] 李潇潇. 消化内镜技术在消化道早癌诊断治疗中的价值分析 [J]. 中国现代医生, 2017, 55(30):81-83.
- [3] 黄双茂. 消化内镜技术用于消化道早癌诊断治疗价值探讨 [J]. 中外医学研究, 2016, 14(34):140-141.
- [4] 章欢, 龚锦文. 消化内镜对消化道肿瘤的早期诊断治疗价值分析 [J]. 中国实用医药, 2017, 12(14):31-32.