维普资讯 http://www.cqvip.com

223-224

下胫腓关节分离的诊断及手术治疗

罗振东* 王日光 孙凌宇*

R684.05

【摘 要】 目的 正确诊断及治疗下胫腓关节分离，恢复踝关节的生理功能。方法 63例病人全部手术治疗，踝关节骨折使用螺丝钉、克氏针、张力带或普通钢板固定。分离的下胫腓关节用长螺丝钉、松质骨螺钉或骨螺栓固定。结果 随访时间1—5年，优38例，良18例，可5例，差2例，优良率为88.9%。结论 应力位或双踝关节对比摄X线片，可避免下胫腓关节分离的漏诊；按照Davis—Weber和Lauge—Hansen分类标准进行分类，可指导临床做出正确的治疗方案；固定时保持踝关节于中立位，术中应注意下胫腓关节固定的松紧度，外踝骨折必须做到解剖复位，以维持踝穴的正常宽度；内固定物应尽早取出，有利于踝关节功能的恢复。

【关键词】 下胫腓关节 诊断 内固定 切开复位

Diagnosis and operative treatment of separation of lower tibiofibular joint. *Luo Zhendong, Wang Riguang, Sun Langyu. Department of Orthopaedics, the First Affiliated Hospital, Medical College of Jiamusi University, Heilongjiang* 154002

【Abstract】 **Objective** To correctly diagnose and treat the separation of the lower tibiofibular joint, and to recover the physiological function of injured joint. **Methods** 63 patients were performed on operative treatment, the ankle joint fractures had been fixed with screw, kirschner pin, tension band or ordinary joint—bone plate. The separated tibiofibular joint had been fixed with long screw, cancellous bone screw or bolt. **Results** 63 cases were followed—up from 1 to 5 years, 38 cases were excellent, 18 cases were good, 5 cases were improve and 2 cases were poor, the total responsive rate were 88.9%. **Conclusion** 1. The injured joint x—raied in stress situation or contrasted with another joint, misdiagnosis could be avoided. 2. According to Davis—weber and lauge—Hansen classification, the therapeutic plan can be drown up adequately. 3. keeping the ankle joint in neutral position; adjusting the tinghtness of the fixation, reducting the fracture to anatomy position, removing the internal fixation objects early, all these methods are benifical to recovering the injury.

【Key words】 Lower tibiofibular joint Diagnosis Internal fixation Operative reduction

下胫腓关节分离在踝关节损伤中较为常见，正确诊断及治疗能恢复踝关节的正常生理功能。我院于1991～1996年手术治疗踝关节损伤下胫腓关节分离63例，效果满意。现报告如下。

资料与方法

1.一般资料 63例中，男42例，女21例，年龄16～65岁，平均38.6岁，青壮年占81.5%。受伤原因：车祸15例，压砸伤11例，扭伤28例，坠落伤9例；损伤类型：单纯下胫腓关节分离28例；踝关节骨折合并下胫腓关节分离35例；依据受伤时足的姿势和致伤方向，腓骨骨折的部位与下胫腓韧带联合处的关系将踝关节骨折分类(Davis—Weber和Lauge—Hansen法)：Ⅰ型 内翻内收型5例；Ⅱ型 可分为两个亚型。①外翻外展型6例，②内翻外旋型10例；Ⅲ型 外翻外旋型14例。此两种分类方法

* 作者单位：154002 佳木斯大学医学院第一附属医院

维普资讯 http://www.cqvip.com

结合在一起，可更好地指导治疗。伤后入院时间2小时－19天。

2. 治疗方法　本组全部手术治疗，踝关节骨折使用螺丝钉、克氏针、张力带或钢板固定。分离的下胫排关节用长螺丝钉、松质骨螺钉或骨螺栓固定。术后功能位石膏托固定4－6周后扶拐逐步负重行走。

结　果

随访时间1－5年，平均2年10个月。本文根据临床症状和体征、X线表现制定出以下评价标准：优：踝关节功能完全正常，X线显示踝穴正常；良：踝关节功能基本正常，长时间行走有酸痛，略肿胀，踝关节背屈10°～20°，跖屈30°～40°，X线显示踝穴正常；可：踝关节功能受限，行走疼痛，肿胀，能坚持行走，踝关节背屈5°～10°，跖屈20°～30°，X线显示外踝向外移位1～2mm；差：踝关节功能严重受限，疼痛，持续肿胀，跛行，踝关节背屈0°，跖屈＜20°，X线显示外踝向外移位超过2mm。在本文63例中优38例，良18例，可5例，差2例，优良率88.9%。

讨　论

1. 下胫腓关节分离的诊断及治疗：下胫腓关节分离后外踝多向外移位，踝穴增宽距骨半脱位。而踝穴每增宽1mm踝关节的负重面积将减少42%，使负重部位的应力增加，后期可发生损伤性关节炎[1]。因此正确诊断及手术治疗是保证踝关节功能正常的关键。判断下胫腓并节分离，多根据X线片。正常踝关节前后位X线片示：胫骨前结节与腓骨重叠约8mm，如重叠减少及下胫腓关节间隙大于3mm，应考虑下胫腓关节分离。靳安民[2]认为下胫腓关节间隙＞5mm，即可诊断下胫腓韧带联合损伤。而应力位或双踝对比摄片可排除隐性下胫腓关节分离。本文认为下胫排关节在踝关节背伸，跖屈时有轻微活动，下胫腓关节分离又多合并韧带损伤，为使断裂的韧带得到修复，应固定下胫腓关节，防止行走时引起踝穴增宽，关节不稳，造成损伤性关节炎。内固定时应将踝关节置于中立位，避免造成踝穴狭窄，影响踝关节背伸活动。用1－2枚长螺丝钉、松质骨螺钉或1枚骨螺栓自腓骨外侧平下胫腓关节处穿入，螺钉尖端需穿过胫骨对侧皮质，使下胫腓间隙尽量靠拢复位。8～12周取出内固定螺钉或骨螺栓。本组2例8个月取内固定物时，螺钉已折断。因此内固定物应尽早取出，以免造成内固定物的折断，而影响下胫腓关节的生理功能。2. 踝关节骨折合并下胫腓关节分离：踝关节骨折中外踝的复位对踝关节的稳定起着关键的作用。外踝上移、侧方或旋转移位，即可引起下胫腓关节分离及距骨的移位。所以外踝骨折应做到解剖复位：(1)恢复腓骨的长度；(2)使腓骨与胫骨下端外侧腓骨切迹良好对合；(3)恢复外踝10°～15°的外翻角，下胫腓关节分离才能复位，固定下胫腓关节后才能使踝穴稳定。牢固的内固定，使踝关节骨折解剖复位，能早期进行功能练习，防止或减轻损伤性关节炎的发生。

参 考 文 献

1. 陆宸照，等. 腓骨切除后踝关节功能损害. 骨与关节损伤杂志，1992，4：212.
2. 靳安民，曹虹，杜瑞光，等. 下胫腓联合韧带损伤的观察. 骨与关节损伤杂志，1991，6(2)：84.

(收稿：1998－07－28)