维普资讯 http://www.cqvip.com

22例距骨骨折、脱位的诊治体会

李朝旭*

距骨骨折脱位是足外科的一种严重损伤。距骨骨折占足部骨折的3.4%，如果诊治不及时得当，会产生严重的后果，造成距骨的缺血坏死，骨关节炎，严重影响足的功能。我院自91年至94年四年间共收治距骨骨折、脱位患者二十五例，每例距骨的损伤均根据其损伤的程度，选择最佳的治疗方案，其中有二十二例病人得到3～7年的随诊，无一例发生距骨缺血坏死，周围关节的功能评定优良率90%左右，评定标准采用Kenwright分类标准[1]。

1. 临床资料：本组二十二例中，男14例，女8例，年龄最大73岁，最小14岁，平均37.6岁，以20岁至45岁年龄组为最多(16例)，左侧14例，右侧7例，双足1例，开放性8例，闭合性14例，二十二例中合并其他骨折二十例，其中合并外踝骨折6例，内踝骨折8例，舟骨骨折2例，楔骨骨折1例，趾骨骨折8例，后踝骨折4例，跟骨滑车突骨折2例，跗骨间脱位1例。住院最短4天，最长86天，平均33.7天。伤后12小时之内入院16例，12小时以后入院6例。

2. 治疗方法：闭合性脱位14例中7例及时行闭合复位石膏外固定，其中2例因距舟关节脱位压迫皮肤，皮肤出现轻度坏死，换药治疗后皮肤愈合良好，其余7例因局部肿胀严重行择期复位石膏外固定。2例复位不良手术治疗，开放性8例7例行清创关节融合术，随访3—7年，平均5年2个月，无一例发生距骨坏死，但术后骨关节炎5例，占总数的22.7%。

二、结果

评定预后是采用Kenwright[1]的功能分类标准：优：在剧烈活动时稍有不适，踝关节与距骨周围关节的活动范围达正常90%以上。X线片正常，行关节融合术骨折愈合，无痛。良：在激烈活动和在崎岖不平的地面上行走时稍有不适，活动范围为正常的50～90%，X线片上有轻度退行性改变。尚可：在中等度活动时即引起疼痛，行走不便，活动仅为正常的25—50%，X线片上示中等度退行性关节炎。差：随时有轻度疼痛与不适，其活动度尚不到正常的25%，X线片有显著的退行性变化，本组治疗结果：优11例、良8例、尚可2例、差1例。

三、讨论

距骨位于胫骨与跟骨之间，身体负重点，距骨体前宽后窄，踝关节屈曲时，距骨体在踝穴中存在相对的不稳定，距骨是全身骨骼中唯一无肌肉附着的骨骼，有六个关节面，约3/5的面积被关节软骨覆盖，外伤后血液供应易被损伤、发生缺血性坏死，其血液供应解剖学特点是：距骨的骨外动脉丰富，发自胫后动脉、胫前动脉和腓动脉。距骨的骨内动脉中距骨颈动脉有两组：颈上动脉及三角支，跗骨窦动脉及跗外侧动脉、当距骨颈平滑车前缘有单纯骨折时，由于距骨体内外动脉吻合丰富，一般无缺血坏死，当距骨颈骨折合并距下脱位可出现坏死，如合并距骨下和踝关节联合脱位，使距骨体所有附着的软组织和血供来源受损时，即可导致100%的缺血坏死[2]。距骨骨折的另一并发症是骨关节炎，约占60%透明软骨覆盖的距骨发生骨折后，大部分将发生有软骨损害创伤后骨关节病，国际内固定学会报告手术治疗后发生关节病占53.3%，非手术治疗占44.8%，距骨下关节发生最多，其次为距骨上下关节同时发生，距骨骨折的治疗方法一直存在争论，距骨骨折脱位临床上分为距骨颈骨折和距骨后突骨折，而距骨颈骨折脱位类型按改良的Hawrin分类：Ⅰ类距骨颈骨折无脱位，Ⅰ型距骨颈骨折合并距下关节脱位，Ⅳ型距骨颈骨折合并距舟关节脱位和距骨体脱位。本组病例中Ⅰ型10例均手法复位，Ⅱ型4例中有3例手法复位1例关节融合术，Ⅲ型6例，Ⅳ型2例均行关节融合术，我们根据其分型与解剖学特点主张疗效与损伤的程度有关，而与治疗方法亦密切相关，主张Ⅰ型和轻Ⅱ型采用手法复位的方法，石膏固定8—10周骨折均达一期愈合，重Ⅱ型及Ⅲ型，Ⅳ型损伤早期采用关节融合术对防止距骨的坏死和减少骨关节炎的发生利大于弊。

参考文献

1. Kenwright J, et al. Major injuries of the talus. J Bone Joint Surg (Br), 1970, 52—B: 36.
2. Malfing E, et al. The blood supple of the talus. J Bone Joint Surg, 1970, 52—B: 160.

(收稿：1998—05—06)

* 作者单位：118000 辽宁省丹东市中医院骨科