维普资讯 http://www.cqvip.com

病人12例，男10例，女2例；年龄20～65岁，平均40岁。1例为开放性损伤，其余为闭合性损伤。

2 受伤原因：交通伤9例，马蹄踢伤1例，刀刺伤1例，误食金属异物致伤1例。

3.损伤部位：十二指肠球部与降部交界3例，降部7例，横部1例，升部1例；除1例单纯十二指肠破裂外，其余病例均为多发伤或多处伤；其中合并胰腺损伤5例，肝胰损伤2例，肝破裂3例，脾破裂3例，结肠破裂1例，胃大网膜损伤2例，小肠破裂2例，腹膜后血肿4例，本组并发失血性休克6例。术中见伤口为0.5～2.5cm 2例，破损超过周径2/3 3例，1例为十二指肠完全断裂。

4.临床表现和主要辅助检查：全部患者均有不同程度的腹痛，6例伴有肩部疼痛，呕吐血样液体者4例。12例均有明显腹膜刺激征。术前12例均行诊断性腹腔穿刺，有10例抽出脓汁，经检验证实为腹腔渗出液。B超检查2例，CT 2例提示腹膜后血肿。除2例损伤在术前疑诊十二指肠破裂外，其余10例皆因其他部位或器官损伤行剖腹探查时才被确诊。

二、结果

全部病人均行手术治疗，单纯修补8例，修补加十二指肠憩室化手术3例，十二指肠 Roux-en-y 吻合术1例。胃、空肠造口和十二指肠造口术6例，胃造口、空肠逆行插管十二指肠减压及空肠造口6例，本组还有2例另行胆总管"T"型管引流术。结果：本组12例全部治愈，无一例死亡。随诊三年，均工作，生活正常。

三、讨论

1.关于十二指肠损伤前诊断要点：十二指肠损伤常常与其他损伤同时发生，术前大多难以诊断，正确诊断率为10%以下，本组除2例疑诊十二指肠损伤外，其余病人均术中诊断。分析术前不能确诊的原因：①十二指肠位置深在，一旦损伤常伴有其他器官同时受伤。本组11例为多器官伤。②病情重而复杂不允许进行全面细致的检查。③十二指肠损伤无特异临床表现，早期症状不明显，甚至手术探查亦常漏诊。④少数迟发性破裂患者可在受伤后数小时甚至数天后才出现症状。本组病人因均有手术探查指征，故无误诊。作者体会对凡上腹部严重创伤，均应想到有十二指肠损伤之可能，术中探查不能满足于胃、肝、胆道、胰腺等十二指肠周围器官损伤，切不可轻易结束探查，而应探查十二指肠有无损伤。如遇下述情况应高度注意并视为十二指肠探查指征：①十二指肠附近腹膜后血肿；②十二指肠附近胆汁染色、严重水肿；③开腹后发现有游离气体或混有胆汁性腹腔积液，而空肠胃上段无损伤，必须认真探查胆管和十二指肠；④胰头、胰体损伤较重；⑤后腹膜蜂窝组织炎；⑥从胃管注入亚甲蓝稀释液100～200ml，观察十二指肠周围组织的颜色，如出现蓝色，即提示十二指肠破裂。

2.关于十二指肠损伤术式的选择：本文认为十二指肠破裂的处理主要根据受伤的部位、大小、有无离断、全身情况及是否合并伴发伤而定，其预后与上述情况有关外，与手术时机的选择也有重要关系，无论采用何种术式，有效的十二指肠内减压、降低肠腔内的压力，对促进其愈合极为重要，术毕应在肠腔外创口附近行双套管引流，一旦发生裂、瘘可成为局限性外瘘，但要避免压迫十二指肠。术式包括：①单纯缝合修补或吻合术及十二指肠造瘘；②十二指肠破裂修补术加胃幽门关闭加胃空肠吻合；③十二指肠破裂修补术加胃幽门关闭加胃空肠吻合，还包括胆总管"T"型管引流；④胰十二指肠切除术；⑤十二指肠憩室化术等。作者体会：以十二指肠修补和十二指肠憩室化手术疗效较为可靠，并且损伤小，简单易行。本组有9例手术用上述术式均获治愈。

值得提出的是，使十二指肠损伤患者痊愈的重要措施还包括妥善处理合并伤，彻底冲洗腹腔后创腔预防感染，及早行TPN改善营养加强围手术期管理等，也不应忽视。

参 考 文 献

1.何亮家，陈福真，郑荣贵，等.闭合性十二指肠损伤的诊断与治疗(附14例报告).实用外科杂志，1985，5：571－573.
2.陈一奇.亚甲蓝在诊断外伤性十二指肠破裂中的应用体会.中国实用外科杂志，1993，13：415－416.
3.杨维良.闭合性十二指肠损伤的诊断与治疗.中国胃肠外科杂志，1999，2(3)：136－137.

(收稿日期：2001-10-22)

慢性踝关节外侧不稳定的再认识

王 鸿*

慢性踝关节外侧不稳定是由踝关节外侧结构陈旧性破裂引起的，其患病率约占急性踝关节外侧韧带损伤病例的10%～30%，其主要症状为行走时常有打软感，踝关节侧方不稳定和反复的肿胀，其中50%～100%的病人需手术治疗。我院于1991年－1996年共收治此类患者15例，均采用手术治疗，方法为改良 Waston－Jones 方法，随访3～20个月，平均7个月，均获满意效果。

一、临床资料

1.一般资料：本组15例，男6例，女9例，年龄35～61岁，平均49岁，病史2年～10年，平均病史4年2个月，所有病例均经临床和影像学检查而确诊，术前保守治疗均无效。

2.手术方法：本组病例均采用改良 Waston－Jones 方法，采

* 作者单位：114000 辽宁省鞍山市鞍钢铁西医院骨科

维普资讯 http://www.cqvip.com

用硬膜外麻醉、扎气囊止血带、驱血自腓骨干中下1/3连接部开始作一踝关节外侧切口，沿腓骨干前缘向远端延伸，轻微弧形向前到外踝尖端前5cm处、切开腓骨肌腱鞘，锐性分离腓骨短肌腱、尽量向近端肌筋膜延伸，充分保证移位肌腱长度，将腓骨短肌缝合到腓骨长肌上，游离腓骨短肌腱到外踝部、不可破坏腓侧支持带，经外踝尖端上方2.5cm外钻第一个前后方向的斜行隧道，第二个隧道经过距骨颈的外侧部分、刚好在腓关节的前面与小腿纵轴一致，在距骨颈的外上缘钻一个洞、另一个洞在颈的外下方，连接此二洞成一隧道，将腓骨短肌腱从后向前通过第一个隧道、然后由下向上通过第二个隧道，将剩余肌腱铺开放平，并把它置于后下方横过外踝表面，将铺平的肌腱自身缝合并与外踝后下方的骨膜相缝合，然后将骨膜缝到外踝外侧的肌腱上。

二，结果

所有病例术后采用小腿石膏固定8周，在术后第3周允许病人带石膏散步行走并开始负重、8周后拆除石膏进行功能练习和锻炼负重行走、随访3～20个月，平均7个月，均获满意效果，术前打软感消失，其中2例术后仍疼痛。

三 讨论

踝关节是常易受伤关节之一、踝关节韧带损伤在日常生活中常见，发病率在身体各关节韧带损伤中占首位，在临床工作中往往忽略此损伤，尤其踝关节外侧韧带撕脱伤，以致治疗不当，遗留踝关节不稳，经常反复扭伤终致创伤性关节炎，引起疼痛功能障碍而影响生活，所以踝关节不稳定的治疗愈显重要，其诊断方法及治疗讨论如下：

1.踝关节不稳定性依赖踝穴的完整及内外踝韧带的完整，内踝稳定性为三角韧带，外踝稳定性依赖腓前、跟腓、距腓后韧带，距腓后韧带为踝关节外侧韧带中最坚强者、可防止踝关节前脱位，跟腓韧带背屈时紧张并常与腓骨短肌腱紧密相连(是唯一关节囊韧带)。距腓前韧带为最薄弱者，并难与关节囊分开，实验研究发现，切断内踝三角韧带后，踝关节不稳定程度不增加。慢性踝关节外侧不稳定常分为二类，功能性不稳定和机械性不稳定。Freeman等首先指出功能性不稳定病人在日常生活中主诉踝关节经常打软，尤其是在体育锻炼中，病人自觉关节活动失控，但关节活动不一定超出生理范围。机械性不稳定表现为超出生理范围的关节活动，它在临床上可用前抽屉试验和内翻应力实验来证实。临床上每位病人踝关节不稳定性无相关性，两类可同时并存，本组病例均首先有外伤和功能性不稳定的病史，在日常生活中踝关节疼痛、肿胀和反复发生的扭伤病史，其次依据临床体征，应力向，内踝应力向检查距骨倾斜15°，提示距腓前韧带的破裂。倾斜15°～30°时，提示距腓前韧带和跟腓韧带破裂，30°以上表明所有外侧韧带完全破裂，对踝关节外侧不稳定的认识首先从诊断上认识、同时应注意距下关节不稳定副骨窦综合症与之鉴别，腓骨肌腱，平脱位或撕裂伤，下胫腓前韧带损伤及外踝撕脱骨折也可与外踝关节不稳定同时存在。

2.慢性踝关节外侧不稳定主要来自于踝关节韧带的陈旧性破裂，治疗首选保守治疗，护踝可有效防止踝关节的过度活动，Larse检查应用护踝和不用护踝的踝关节不稳定病人跑步20min后，检查应用护踝的病人踝关节不稳定明显改善，但应用10min后将因松弛而失去40%的功效，但当这些病人以后仍有疼痛、跛行和反复肿胀、扭伤等将考虑手术治疗，重建外侧韧带。

3.慢性踝关节不稳定的治疗方法据文献报告约有50余种，本组病人采用改良的W-J法，术后采用石膏固定，8周后摘除，进行强化功能体疗，经过长期随访，病人12周后均能从事较剧烈的活动，且拍内翻应力向距骨倾斜角明显减小，改善了机械性不稳定、其中13例打软感，疼痛、反复肿胀均明显减轻或消失。另2例病人术后仍有疼痛，该2例病人病史均较长，分别为7年和10年且反复扭伤，拍片已有骨性关节炎改变，愈后稍差。对慢性踝关节不稳定的病人采用保守治疗的同时，应定期随诊摄片，一旦保守治疗失败，应果断采取手术重建韧带，在发生骨性关节炎之前，手术效果较好。

四，结论

急性外踝关节韧带损伤的病人无论保守或手术治疗均将有10%～30%病人发展成慢性踝关节不稳定，应力向则显示距骨前移，距骨倾斜，结果导致慢性骨关节炎，一旦确诊后，首先积极保守治疗，失败后，更应积极手术重建韧带，这是防止踝关节骨关节炎发生发展的有效方法，并可获高优良率。因此本文认为对临床上有外伤史、症状、典型体征的病人应加拍内翻应力向，提高踝关节外侧不稳定的确诊率，只有充分认识才能正确指导治疗。

参 考 文 献

1. Anderson ME. Reconstruction of the lateral ligaments of the ankle using the plantaris tendon. J Bone Joint Surg Am, 1985, 67(6): 930－934.

2. Ahlgren O, Larsson S. Reconstruction for lateral ligament injuries of the ankle. J Bone Joint Surg Br, 1989, 71(2): 300－303.

3. Barbari SG, Brevig K, Egge-T. Reconstruction of the lateral ligamentous structures of the ankle with a modified Watson-Jones procedure. Foot Ankle, 1987, 7(6): 362－368.

4. Balduni FC, Vegso JJ, Torg JS, et al. Management and rehabilitation of ligamentous injuries to the ankle. Sport Med, 1987, 4(5): 364－380.

5. Peters JW, Trevino SG, Renstrom PA. Chronic lateral ankle instability. Foot Ankle, 1991, 12(3): 182－191.

6. Boruta PM, Bishop JO, Braly WG, et al. Acute lateral ankle ligament injuries: a literature review. Foot Ankle, 1990, 11(2): 107－113.

(收稿日期：2000-06-29)