

远期的临床疗效,P 型空肠袢代胃手术都明显比 Lahey+Braun 吻合手术好。分析其主要原因是 P 型空肠袢代胃手术可以充分利用好“贮袋”,同时最大化的发挥它的功能作用。这种“贮袋”又称作“营养小胃”,它可以代替人体的消化道完全充分而且有效的把食物混合、储存,符合身体消化道的生理需求,最终达到延长体内食物的排空时间,让各种营养成分能够通过消化道充分的吸收,从而改善病人的营养状况^[9]。除此之外,这种手术大大降低了发生腹泻、倾倒综合征以及反流性食管炎等临床并发症的概率,有利于改善病人的生存质量。

综上所述,对胃切除患者采取空肠袢代胃手术

进行消化道重建,可以很好的改善患者消化道功能缺失的情况,对患者的临床治疗效果和满意度均有显著的效果,值得在临床上进行推广应用。

参考文献

[1]陈映波,李元方,冯兴宇,等.胃癌患者全胃切除术后两种消化道重建方式的比较[J].中华肿瘤杂志,2011,33(2):126-129
[2]Spitzer WO,Dobson AJ,Hall J,et al.Measuring the quality of life of cancer patients: a concise QL-index for use by physicians [J].J Chronic Dis,1981,34(12):585-597
[3]许辉,胡彦菁,曾小聪,等.胃癌患者胃切除后消化道重建手术效果观察[J].临床军医杂志,2012,40(4):839-840
[4]杨俊哲,季蒙,吴明春,等.丙泊酚加瑞芬芬太尼全凭静脉麻醉对老年胃癌患者应激反应的影响[J].华南国防医学杂志,2010,24(6):452-454
[5]臧潞.腹腔镜胃癌手术的消化道重建[J].中华胃肠外科杂志,2012,15(8):787-789

(收稿日期: 2016-03-13)

下胫腓联合螺钉对下胫腓韧带联合损伤的治疗价值评析

何汉晖 周宇星 郑文林 沈楚龙

(广东省佛山市中医院 佛山 528000)

摘要:目的:分析研究下胫腓联合螺钉对下胫腓韧带联合损伤的临床治疗价值。方法:选取我院 2014 年 1 月~2015 年 1 月收治的下胫腓联合韧带损伤患者 90 例作为研究对象,按照治疗方法的不同分为两组,每组均为 45 例。对照组采用闭合复位外固定法治疗,观察组采用下胫腓联合螺钉固定治疗,分别对两组的治疗效果进行比较。结果:观察组治疗后踝关节功能恢复优良率为 91.1%,对照组为 77.8%,观察组显著优于对照组,有统计学差异($P<0.05$)。结论:下胫腓联合螺钉治疗下胫腓韧带联合损伤后,患者的踝关节功能恢复效果好,值得临床推广应用。

关键词:下胫腓联合螺钉;下胫腓韧带联合损伤;临床疗效;应用价值

中图分类号:R686.5

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.04.014

下胫腓韧带联合损伤是踝关节周围骨折的伴发症状之一,随着我国交通事业、建筑业、体育事业等的发展,因交通事故、工伤、运动损伤等致踝关节周围骨折的发生率也有逐渐升高的趋势^[1]。本文就我院 2014 年 1 月~2015 年 1 月间收治的下胫腓韧带联合损伤患者 90 例作为研究对象,分析下胫腓联合螺钉治疗的效果。具体报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2014 年 1 月~2015 年 1 月收治的下胫腓韧带联合损伤患者 90 例作为研究对象,均经常规 X 线摄片或者多层螺旋 CT 扫描等影像学方法检查确诊。按照治疗方法的不同分为两组,每组均为 45 例。观察组男 26 例,女 19 例;年龄 28~74 岁,平均年龄为 (40.3 ± 3.2) 岁;致伤原因:交通意外 16 例,运动扭伤 17 例,摔伤 12 例;按照 Lauge-Hansen 分型标准,旋前外展型 16 例,旋前外旋型 21 例,旋后外旋型 8 例。对照组男 27 例,女 18 例;年龄 26~71 岁,平均年龄为 (42.4 ± 3.1) 岁;致伤原因:交通意外 15 例,运动扭伤 19 例,摔伤 11 例;按照 Lauge-Hansen 分型标准,旋前外展型 15 例,旋前外旋型 22 例,旋后外旋型 8 例。两组患者在性别、

年龄、致伤原因、损伤分型等方面的比较,均无显著差异, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 排除标准 合并严重心脑血管疾病、肝肾功能障碍、凝血机制障碍的患者;合并高血压、糖尿病且控制不良的患者;合并病理性骨质疏松、严重感染的患者;接受长期激素治疗的患者。

1.3 治疗方法

1.3.1 观察组 采用下胫腓联合螺钉治疗。所有患者均经常规术前检查,确定局部软组织基本稳定后方可实施手术治疗。患者行连续硬膜外麻醉,按照后踝、外踝、下胫腓联合、内踝的顺序依次通过气囊止血带对其不同位置的损伤进行处理。然后在患者外踝后外侧处做一弧形切口,使患者的后踝、外踝、腓骨远端等位置显露在操作视野中,对合并后踝骨折的患者,进行常规整复,并使用松质骨螺钉实施内固定处理。之后,对腓骨骨折进行整复,并通过半管形或者三分之一管形的钢板进行固定。通过骨钩对固定腓骨进行牵拉,观察其外侧移位程度,移位超过 4 mm 时需要下胫腓韧带联合整复,将其腓骨内侧复位在腓骨切迹中,以获得理想的下胫腓关系,然后使用皮质骨螺钉穿透三层骨皮质,做好固定,并通过

Cotton 试验对下胫腓联合的稳定性进行判断。对合并内踝骨折的患者,选择在内踝内后侧做一弧形切口,观察骨折处是否存在软组织嵌顿的情况,常规行骨折整复对位,并通过松质骨加压螺钉(或者可吸收螺钉)对其进行固定,在内踝骨块体积较小的情况下,则可考虑使用克氏针联合钢丝固定法。如术前检查怀疑患者合并三角韧带损伤,继续对其进行探查并修复。修复结束之后,在踝关节功能位使用石膏托置固定。整个手术完成后,采用 X 线摄片对其骨折的愈合情况进行观察,并于早期行足趾、踝关节背屈活动检查。根据患者的检查结果制定科学合理的康复计划。一般在术后 12 周可以将下胫腓螺钉取出,逐步实施负重训练。

1.3.2 对照组 均采用闭合复位外固定法进行治疗,患者受伤后 6~8 h,在 C 臂机透视辅助下,通过手法闭合复位实现纵向牵引复位,复位效果满意后继续维持牵引,并保持足部处于中立位,以石膏托置固定。必要情况下,还可以在透视机的辅助下,使用克氏针对后踝骨折块进行撬拨,并根据患者的肿胀程度对石膏固定松紧度进行适当调整,局部肿胀基本消退之后,可改行短腿石膏管型托置固定。治疗后 8 周可将石膏拆除,并根据恢复情况进行踝关节康复锻炼和负重训练。

1.4 观察指标与评价标准 术后对患者进行为期 1 年的随访,了解患者踝关节的活动情况、疼痛程度以及 X 线检查结果,并通过改良 Baird-Jackson 法对患者治疗后的踝关节功能恢复情况进行评价^[2]:优:患者的踝关节可正常活动,无畸形,且经 X 线摄片检查下胫腓联合关系恢复良好,患者无疼痛表现,评分 96~100 分;良:患者的踝关节活动时会有轻度不适,且背伸与跖屈受限程度 10~15°,经 X 线摄片检查,提示踝穴正常,但有轻度疼痛,评分 91~95 分;可:患者的踝关节活动时会有酸痛无力感受,且背伸与跖屈受限程度 16~20°,经 X 线摄片检查发现踝关节存在轻度畸形,表现为外踝移位(移位 1~2 mm),评分 81~90 分;差:患者的踝关节活动时会有严重的肿胀及疼痛表现,并致跛行,背伸与跖屈受限程度>30°,经 X 线摄片检查发现踝关节存在明显畸形,外踝移位幅度>2 mm。优良率=(优+良)/患者总数×100%。

1.5 统计学方法 采用 SPSS17.0 对本文数据进行统计,计数资料以例(%)表示,对比采用卡方检验, $P<0.05$ 为存在统计学意义。

2 结果

两组治疗效果比较,观察组治疗后踝关节功能恢

复优良率为 91.1%,对照组为 77.8%,观察组显著优于对照组,两组比较有统计学差异($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组治疗效果比较

组别	n	优(例)	良(例)	可(例)	差(例)	优良率(%)
观察组	45	20	21	4	0	91.1
对照组	45	15	20	6	4	77.8

3 讨论

踝关节作为人体最重要的承重关节之一,发生骨折脱位并伴发下胫腓韧带联合损伤时会大大延长患者的恢复时间,还可能因治疗手段不当造成踝关节不稳、慢性踝关节疼痛等后遗症^[3-4],长期如此甚至可能引起创伤性骨性关节炎的发生,导致跛行^[5],严重影响患者的肢体功能、心理健康和正常生活。因而,对下胫腓联合韧带损伤的及时、有效治疗,促进踝关节功能的恢复对于患者的身心健康都有重要的意义。

本文比较了闭合复位外固定法和下胫腓联合螺钉固定的效果,观察组在随访期内,踝关节功能恢复优良率达到 91.1%,显著高于对照组的 77.8%,这与李晓华^[6]的研究结果一致。这是由于下胫腓关节是由胫骨下端的腓切迹与腓骨下端内侧面共同组成的纤维性连接,属于微动关节,在下胫腓联合受到损伤时之后,会导致胫腓骨下端的附着变松,而踝穴变宽,进一步导致胫距关节面的接触面积减小,局部关节面承重增加,最终引起踝关节不稳及一系列相关并发症^[7]。因而治疗中要求做好踝关节周围骨折整复后,还要对胫腓韧带联合损伤处进行牢固固定,这也避免了术后康复锻炼过程中影响下胫腓韧带修复效果,并致踝穴增宽,影响踝关节稳定性的情况^[8]。综上所述,下胫腓联合螺钉固定的固定效果好,踝关节功能恢复好,值得临床推广应用。

参考文献

[1]吴少科,陈航,谭宏昌,等.修复与不修复下胫腓前韧带在下胫腓联合损伤治疗中的疗效比较[J].中国骨与关节损伤杂志,2013,28(2):122-124

[2]郑杰,高迪,贾斌,等.可吸收钉与皮质骨螺钉内固定治疗下胫腓联合损伤的对比研究[J].中国骨与关节损伤杂志,2013,28(2):176-177

[3]吴伟峰,骆宇春,刘云鹏,等.下胫腓联合不同走向韧带重建的生物力学性能比较[J].中国矫形外科杂志,2013,21(24):2510-2513

[4]朱茂,鲁晓波.下胫腓联合韧带损伤的内固定治疗方案[J].中国伤残医学,2014,22(6):318-320

[5]张振宇,王伟,李元城,等.联合修复下胫腓联合前韧带及固定后踝骨块对下胫腓联合稳定性的影响[J].中国修复重建外科杂志,2014,28(4):448-450

[6]李晓华.下胫腓联合螺钉治疗下胫腓韧带联合损伤 47 例临床分析[J].当代医学,2013,19(31):1-2

[7]汤峰,王勤业,徐忠良,等.缝合锚弹性固定生理重建修复下胫腓联合损伤[J].中国组织工程研究,2013,17(30):5466-5471

[8]张斌,王跃,唐孝明.可吸收螺钉及金属螺钉治疗下胫腓联合损伤的疗效比较[J].中国修复重建外科杂志,2013,27(12):1442-1444

(收稿日期:2016-03-12)