

关节镜治疗膝骨性关节炎随访观察

Follow up observation on the treatment of knee osteoarthritis with arthroscope

顾兵, 杨明连, 宋华伟

GU Bing, YANG Ming-lian, SONG Hua-wei

关键词 骨性关节炎, 膝; 关节镜 **Key words** Osteoarthritis, knee; Arthroscope

1998 年 5 月 - 2004 年 6 月应用膝关节镜做关节清理术, 治疗膝骨性关节炎 100 例 (112 膝), 随访 6 个月 ~ 6 年, 疗效满意, 现总结如下。

1 临床资料

本组 100 例 (112 膝) 患者中, 男 33 膝, 女 69 膝; 年龄 33 ~ 79 岁, 平均 56.7 岁。其中左膝 45 例, 右膝 43 例, 双膝 12 例。Lysholm 评分 30 ~ 91 分, 平均 57 分。主要症状是膝关节的反复性疼痛、肿胀、积液、晨僵、休息痛, 行走时关节疼痛加重, 关节滞重感、摩擦感明显, 严重时关节功能受限, 不能行走, 保守治疗对症状缓解不明显, 病程 1 ~ 20 年。临床 X 线片示关节间隙变窄、骨质疏松、非负重面骨赘形成、软骨下骨硬化、关节内钙化阴影、关节内游离体等。

2 治疗方法

在连续硬膜外麻醉下, 大腿上止血带, 膝关节标准入口放入关节镜及镜下器械, 先按常规顺序检查膝关节各间隙。术中常见: 关节液混浊、黏稠, 颜色深黄, 有许多漂浮碎片, 髌上囊、关节内外侧间隙及关节前间隙处滑膜绒毛明显增生肿胀, 关节软骨光泽减退、发黄、软化、纤维化, 髌股关节面及内外侧胫股关节面软骨退变, 软骨下骨暴露, 半月板破裂或磨损, 髌下脂肪垫肥厚, 游离体, 髌间骨赘增生等。手术先用刨削吸引器械切除增生的滑膜及游离碎片, 再修整损伤的半月板, 用打磨器械切除增生的骨赘, 将软骨脱落后暴露的骨质面磨平, 取出游离体, 术毕关节腔内常规注入 0.75% 布比卡因 2 ml, 地塞米松 5 mg, 部分患者加注透明质酸钠 2 ml, 加压包扎回病房。术后 24 h 开始股四头肌收缩功能锻炼, 可下床部分负重, 1 周拆线。

3 结果

100 例患者随访 6 个月 ~ 6 年, 平均 2.1 年, 出现

切口滑膜漏、切口愈合不佳各 1 例, 经换药均短期愈合。根据 Lysholm 评定标准^[1], 随访结果显示: 随访 1 年以内, 优 70 例, 良 22 例, 可 6 例, 差 2 例, 优良率 90%; 随访 1 ~ 2 年, 优 58 例, 良 17 例, 可 20 例, 差 5 例, 优良率 75%; 随访 2 年以上, 优 53 例, 良 14 例, 可 25 例, 差 8 例, 优良率 67%。

4 讨论

膝骨性关节炎的病理变化首先表现为关节软骨的退变, 软化、纤维化, 软骨脱落后骨质暴露, 关节液混浊、稠密, 充满大量软骨碎片及游离体, 关节内环境恶化, 后期出现滑膜增生、肥厚以及充血性炎症改变。关节镜下软骨的退变可根据 Outerbridge 的 4 度分类法, 临床上常把 I ~ II 度软骨退变称为轻度骨关节炎, III 度软骨退变称为中度, IV 度称为重度骨关节炎, 本组 I 度改变 17 膝, II 度改变 54 膝, III 度改变 31 膝, IV 度改变 10 膝。临床上常常根据病史、症状、体格检查及 X 线片特征做出初步诊断, 由于 X 线片表现与临床表现之间缺乏对应关系, 骨关节炎已超过早期阶段, 其 X 线片常无明显变化甚至正常, 因此临床上骨关节炎早期诊断的准确率较低。本组 11 例患者 X 线改变不明显, 经关节镜检查证实有骨关节炎的存在。因此, 膝关节镜检查对骨关节炎患者可早期明确诊断, 可提供关节内病变比较全面的信息, 对指导骨关节炎的治疗及预后具有重要的价值^[1]。

骨关节炎患者的膝关节疼痛, 以前多采用减少活动及药物治疗等保守疗法, 治疗效果并不好, 采用切开关节清理术, 虽可达到清理关节腔的目的, 但手术创伤大, 恢复慢, 容易并发关节粘连、僵硬等, 患者多不愿接受。近年来, 随着关节镜手术技术的不断提高, 几乎所有关节内病变的手术均可在关节镜下完成^[2]。关节镜手术具有术后恢复快, 并发症少, 可重复使用等优点, 患者接受程度高。关节镜手术可修整破损的软骨面, 将损坏的半月板切除或成形, 切

除增生肥厚的滑膜,去除妨碍运动的骨赘,消除髁间窝撞击现象,取出关节内游离体,同时大量的生理盐水冲洗关节腔可将组织碎片及炎性介质清理干净,这些处理均有利于改善关节内环境,有利于炎症的消退及正常滑液的分泌,可以缓解疼痛的发生。因此关节镜手术治疗膝关节骨关节炎可以获得满意的早期临床效果。但对于已破坏的关节软骨,尤其是由此而导致的关节结构的应力性改变,此手术方法无法恢复其正常,所以随着时间的延长,部分患者疼痛又有复发。

本组随访显示,术后 1 年以内优良率可达 90%。2 年后优良率由 90%降为 67%。分析病例显示,本组 78 例同时存在半月板损伤,表现为半月板的纵裂、水平裂,以及边缘磨损,损伤相应处的软骨退变,

诊断为继发骨性关节炎。78 例均行半月板、软骨成形术,术后关节功能恢复良好,3 年随访优良率达 88%。

本组患者关节内均有不同程度的滑膜增生、充血及肥厚等炎性改变。关节疼痛的程度与滑膜炎性改变的程度呈正相关,即滑膜炎性改变越严重,膝关节疼痛越严重。此类患者复发率高,疼痛一般只是短期缓解,1 年后 50%患者出现疼痛,但疼痛程度较术前明显减轻,关节功能部分恢复。

参考文献

- 1 鄢宏,张洪. 关节镜下诊断和治疗膝关节疾患. 中国内镜杂志, 2004, 10(11):41-43.
- 2 查振刚,吴昊,刘宁,等. 关节镜下射频汽化治疗半月板损伤的应用. 中华显微外科杂志, 2003, 26(3):207.

(收稿日期:2005-05-10 本文编辑:李为农)

手法介绍

难复位性肩关节脱位的手法治疗

Manipulation for the treatment of difficult reduction dislocation of shoulder joint

艾俭生

AI Jian sheng

关键词 肩关节脱位; 正骨手法 **Key words** Dislocation of shoulder; Bone setting manipulation

我科自 2001 - 2004 年对 7 例难复性肩关节脱位采用改良足蹬法复位,取得满意效果,介绍如下。

1 临床资料

本组 7 例,男 5 例,女 2 例;年龄 27 ~ 65 岁,平均 44 岁。均为右侧,且都是喙突下脱位。最少整复过 3 次,最多 11 次。病程 1 ~ 8 d。4 例伴大结节撕裂骨折,2 例为习惯性脱位,1 例腋下伴广泛皮下出血(多次多种手法所为),2 例为臂丛麻醉下复位失败者。就诊时均摄肩关节 X 线片,患肩呈方肩畸形,弹性固定,Dugas 征阳性,直尺试验阳性。

2 治疗方法

使用改良手法时均不需麻醉。复位时,手法大致同手牵足蹬法,只需将水平牵引改为外展、前屈(伸)并后旋 30°~60°。如未复位再来回内外旋即能复位。如还未复位,此时可要求一助手按住肩部,并令其用手推肱骨头入臼。术后常规固定 2 ~ 3 周。

3 治疗结果

7 例中 5 例 1 人成功复位,2 例在助手帮助下成功复位。复位成功标准:方肩畸形消失,Dugas 征阴性,直尺试验阴性,肩关节可被动功能活动,X 线显示肱骨头及大结节已复位,无

伴发外科颈骨折。

4 讨论

肩关节脱位多见于青壮年,常因间接暴力引起,患者跌倒时上臂呈外旋、外展姿势时,暴力由地面反作用经手传至肱骨头,使肱骨头冲破前下之关节囊而从肩胛下肌与大圆肌的薄弱部分脱出。又因喙突下空隙及胸大肌和肩胛下肌的牵拉而形成喙突下脱位。30% ~ 40%患者伴有肱骨大结节撕裂性骨折。肱二头肌腱长头也可滑脱至肱骨头的外后侧缠绕头颈部,妨碍肱骨头的复位。

无可置疑,复位手法应该是脱位时的逆过程。常规复位手法虽然效果好,但在这些难复位的脱位中,时常表现为牵引力不足,牵引方向不正确,牵引时旋转不够。这样常规手法很难全部有效解除肱二头肌腱长头对肱骨头颈的缠绕,甚至水平牵引时还可使周围组织尤其是肱二头肌腱长头和关节盂唇缘对肱骨头产生挤压力,反而妨碍复位。纵使加大牵引力度,复位还是无望。改良手法能较好地缓解其中矛盾,且常不需助手,并对一般的肩关节前脱位效果尤佳。此手法缺点是患肢前屈(伸)弧度过大时不利医者用力,这时可放低患者床位或医者站高一点。

(收稿日期:2004-11-23 本文编辑:连智华)