

易脱钩。6 周时膝关节可屈曲近 90°，并去除抓髌器。去除抓髌器后膝关节屈曲锻炼应顺序渐进，并注意防止摔倒。一般 3~6 个月膝关节功能即可恢复正常或接近正常。

**治疗结果** 本组病人全部在 6 周内临床愈合，其中 8 例随诊 3 年，16 例随诊半年，26 例随诊 3 个月。根据 1975 年全国中西医结合治疗骨折座谈会制订的骨折疗效标准，本组治疗效果：优者 20 例，良者 5 例，中者 1 例。优良率 96.1%。

**体会** 抓髌器固定法治疗髌骨骨折具有创伤小、骨折愈合快、功能恢复好等优点，具有张力带固定原理和可早期活动膝关节的特点，并免于开刀。病人早期不扶拐下地行走，使关节面自身模造而逐渐复位，克服了髌骨错格现象，且有效地保持加压嵌插，促进骨折愈合。病人膝关节早期活动可防止关节粘连、肌肉萎缩，使功能恢复和骨折愈合同步进行，并减少了创伤性关节炎的发生，体现了动静结合、筋骨并重治疗骨折的原则，体会临床效果颇佳。其治疗效果的体现与护理质量

有直接的关系，护理不当可致治疗失败，因此在护理工作中应注意以下几点：①伤后早期清洁膝关节周围皮肤并局部冷敷，减轻膝关节积液，减轻疼痛。②抓钩刺入皮肤时注意使该处皮肤向四周绷紧，以免抓钩合拢后压迫皮肤坏死。③术后膝关节创口处每日滴酒精，以预防感染，促进消肿。④早期在屈曲膝关节 10°~60°之间活动膝关节以模造关节面达到最佳复位，理由是屈曲太重因张力太大早期爪深入骨质浅易造成脱钩，而完全伸直因髌股关节面彼此不相接触，易造成髌骨关节面不平整。⑤始终注意抓髌器螺旋盖压力调整。随着膝关节的活动、爪的进一步深入、以及螺旋本身的原因，螺旋有可能松动，因此要始终注意抓髌器的螺旋盖压力调整，由于此时髌爪已近于合拢，拧紧螺旋时爪的力量接近水平，因此边用力下按边拧紧使其合力呈 45°深入骨质，才会更加稳固，这样随着膝关节锻炼幅度的加大，也不致于脱钩。

(收稿：1996—09—10)

## 伸膝装置松解术后的护理

山东省文登市整骨医院(264400)

时秋英 赛小珍 刘杰 王秀文 王志平

我院于 1991 年 1 月至 1993 年 12 月，共收治膝关节纤维性强直病人 21 例，由于重视术后护理，故疗效满意，现将护理体会介绍如下。

**临床资料** 本组 21 例中，男 16 例，女 5 例；年龄 22~45 岁；17 例继发于股骨下段骨折，4 例继发于髌骨和股骨髌间骨折术后；关节僵直持续时间最长 9 年，最短半年；术前膝关节主被动屈曲度最大 15°，最小 5°，均有不同程度的股四头肌萎缩；术后膝关节主动屈曲度正常的 13 例，屈 90°~100°的 6 例，80°~90°的 2 例。

**术后护理** 1. 麻醉与体位的护理：此手术全部采用硬膜外麻醉，故病人回病房后均取去枕仰卧位，禁食 6 小时，以防呼吸道意外。每 2 小时做一次骶尾部按摩，注意保持输液管道的畅通。患肢膝关节屈曲 45°~60°位，置于布郎氏架上，利于继续延伸已松解的股直肌及膝部软组织等，防止再挛缩粘连，促进静脉和淋巴液回流，减轻组织肿胀。

2. 密切观察引流液及血压的变化：本手术切口长，组织损伤大，伤口内渗血较多，如不及时引出，将导致

组织代谢增快、体温升高、伤口感染等，故术中除严密止血外均放置橡皮或硅胶引流管。术后应及时接负压引流器，保持引流管通畅，准确记录引流液的颜色和量，一般在 200~300ml 之间，如超过此量，应注意血压的变化。本组有 3 例出血在 600ml，故采用液体中加立止血或止血敏等药物、局部加压包扎、暂时阻断引流管等措施，使失血得以及时控制。引流管一般 24~48 小时拔除。

3. 局部皮肤的护理：由于病人膝关节长期处于伸直位，膝前区软组织粘连挛缩，皮肤亦处于紧张状态，而术后患膝由伸直变为屈曲位，加上髌骨在皮下的衬垫作用，髌前皮肤更显紧张，往往造成血液循环障碍，轻则局部散在水泡，重则皮肤坏死。本组有 1 例术后当日发现髌前皮肤略白，静脉充盈差，次日晨发现皮肤呈淡紫色，相继出现水泡，此时略伸小腿，减少屈曲度数，但为时已晚，皮肤坏死达皮下深层，行坏死组织切除、换药等治疗，伤口愈合。由于治疗创口，延误功能练习时间，疗效未达满意。通过本例给我们一启迪，如在手术

当日发现静脉充盈缓慢时,即减少膝关节屈曲度数,皮肤坏死是可以避免的。

4. 正确指导病人进行功能锻炼是功能恢复的关键。(1)术后第 2 天,开始指导病人做股四头肌自动收缩活动,每日数十次,每次持续延伸 1 分钟。(2)术后第 3 天,病人可在床上坐起,两手撑床面使臀部离床,增加练功次数,每日 20~30 次(即臀部起落),每次 4~5 分钟,教病人当臀部离床时要伸膝关节,落时应屈曲等反复锻炼,并嘱病人要逐渐增加抬高臀部的幅度。(3)术后第 6 天,伤口已无活动性出血,患者可扶双拐下地站立,练习屈膝功能,开始下床活动时,医护人员应在场

指导病人。(4)术后第 10 天,创伤性炎症已基本消失,患者可弃拐行走,加强屈膝幅度,练习下蹲动作。12 天拆线后,膝关节屈曲一般可达 90°左右。(5)辅以中药薰洗治疗:拆线后,患者局部皮肤如完好无损,采用我院拟定的中草药处方,薰洗关节,促进血液循环,以利康复。如病人家庭条件允许,可进行走梯、药浴等治疗。2 至 3 月内病人可完全康复。根据我们的临床实践证明,此方法简便易行,无需屈膝器的辅助,适合基层医院使用推广。

(收稿:1995—05—09)

## 股骨下端骨骺分离 4 例

浙江省开化县人民医院(324300) 徐来元 胡旭华

股骨下端骨骺分离临床上较少见。本院自 1982 年以来收治 4 例。报告如下。

**临床资料** 本组 4 例中,男 3 例,女 1 例;年龄 11~17 岁,平均 13.5 岁;左侧 1 例,右侧 3 例。受伤至入院时间最短 2 天,最长 12 天。致伤原因:跌扑伤 2 例,高处坠落伤 1 例,直接暴力(砸伤)1 例。

**症状与体征:**全组均有不同程度的肿胀、疼痛、瘀血,患膝关节活动障碍,有异常活动。

**治疗方法** 本组 1 例经手法整复成功,复位后将患膝屈曲 90°用石膏托外固定,4 周后解除,行功能锻炼。另 3 例由于高度肿胀,手法难以整复,遂在硬膜外麻醉下行手术治疗,取患膝前外侧切口,暴露分离的骨骺及股骨干骺端,清除陈旧性积血及嵌入断端的软组织,整复对位,用 2~3 根克氏针交叉固定。术后用石膏托将患膝固定于半屈曲位。术后抗炎治疗,14 天拆线,创口 1 期愈合,4 周后解除外固定,拔去克氏针,行关节活动练习。

**治疗结果** 本组 4 例术后均经定期复查,X 线正侧位片显示对位对线及愈合良好。随访 3~5 年,无一例出现关节活动受限或患肢短缩畸形。

**讨论** 股骨髁骨骺是人体最大的骨骺,其继发骨化中心出生时即已存在,约 20 岁时与干骺端融合。由于该处骨骺板面积较大,且较为牢固,因此发生分离的机率甚低,临床上较为罕见。发生年龄多为 8~17 岁青

少年或更小的儿童。其损伤机制是因膝关节遭受过度伸直性损伤或直接暴力而使骨骺发生分离。前者由于股骨干向后运动以及股四头肌的骤然收缩,使骨骺向前移至干骺端的前侧;后者则因暴力作用的部位不同,分离的骨骺可有不同的移位方向。典型的移位是骨骺向前上移位。如本组 1 例因拉双轮车上坡时不慎前扑跌倒,腓窝部遭车上掉下的硬块砸伤,由于暴力指向前方,同时大腿前部受地面反冲,股四头肌于跌倒时骤然收缩牵拉,导致骨骺分离并向前上移位。由于此种损伤的特殊性,应特别注意是否合并有髁骨或腓部血管神经的损伤。本组无此合并伤。本病诊断容易,X 线正侧位片可明确骨折类型并指导治疗。

一般以手法整复加石膏托固定为主。复位后将膝屈曲 90°固定,4 周解除外固定,行功能锻炼。如手法整复失败,则应采取切开复位内固定。必须将嵌入骨折端的软组织清除掉,以免影响愈合。内固定器一般选用克氏针交叉固定,注意勿通过关节面而不利关节活动。术后仍应用石膏托固定制动,以利骨折愈合。内固定时间不宜过长,一般四周即可拔除,以免影响骨骺的生长发育。同时强调,解除内外固定后即应行关节的功能锻炼,以防遗留创伤性关节炎。另外,由于整个股骨长度的 70% 依赖股骨远端骨骺的发育来提供,因此受此创伤者可能导致患肢长度的短缩。

(收稿:1995—06—24)