

· 临床研究 ·

36 例浮膝损伤的治疗

Treatment of injury of floating patella: a report of 36 cases

孙国昌 李文平 曹玉强 刘贺国 马万里 董云飞

SUN Guochang, LI Wenping, CAO Yuqiang, LIU Heguo, MA Wanli, DONG Yunfei

【关键词】 膝损伤; 骨折固定术 【Key words】 Knee injuries; Fracture fixation

浮膝损伤系指同侧股骨和胫骨同时发生骨折,使膝关节与股骨和胫骨的连续性中断而失去其稳定性。这是一种以车祸为主要致伤原因的下肢严重损伤,随着交通业的发展,此类损伤较为多见,由于损伤严重、复杂,常造成治疗上的困难。我院自 1995 年 6 月-2001 年 3 月收治浮膝损伤患者 36 例,临床效果满意,报告如下。

1 临床资料

本组 36 例,男 27 例,女 9 例;年龄 18~55 岁,平均 27.4 岁。致伤原因:交通事故伤 28 例,高空坠落伤 5 例,重物砸伤 3 例。左侧 26 例,右侧 10 例。并发症及合并伤:并发休克 14 例,脂肪栓塞 2 例;合并颅脑外伤 7 例,肋骨骨折、血胸 3 例,脾破裂 2 例,下肢血管神经损伤 4 例,其他部位骨折 10 例。

分型:骨干骨折型(股骨髁上至股骨中段、胫骨髁下至胫骨中段)30 例;双髁骨折型(股骨髁部、胫骨髁部同时发生骨折,不包括股骨、胫骨单髁骨折)2 例;混合型(股骨干骨折+胫骨髁部骨折、股骨髁部骨折+胫骨干骨折)4 例。股骨多段骨折 3 例,胫骨多段骨折 2 例。股骨闭合骨折 34 例,开放骨折 2 例(Gustilo I 型);胫骨闭合骨折 25 例,开放骨折 11 例

(Gustilo I 型 4 例,II 型 3 例,III 型 4 例)。

2 治疗方法

首先纠正休克,处理危及生命的合并伤,颅脑外伤手术 3 例,脾破裂切除术 2 例,血胸闭式引流术 3 例,在生命体征平稳、休克纠正后,尽早手术固定骨折。股骨骨折内固定为主,材料选择:髓内针 17 例,钢板 14 例,髁钢板 5 例。胫骨骨折外固定为主,材料选择:单侧多功能外固定架 29 例,钢板 7 例。

合并血管神经损伤者,手术时一并进行探查并进行修复;小腿皮肤撕脱伤给予“反取皮”植皮;其它部位骨折 10 例 18 处,视骨折稳定与否,手术内固定 10 处,手法复位石膏外固定 6 处。术后处理,石膏固定 4~6 周,术后第一天开始鼓励病人进行肌肉等长收缩练习,拆除石膏后,进行膝关节屈伸练习,根据情况,辅助 CPM 练习。定期复查拍 X 线片,直至骨性愈合。

3 结果

本组 36 例,骨折全部骨性愈合,其中有 4 例延迟愈合;随访时间 1~5 年,平均 25 个月。疗效评价参照 Karlstrom^[1]标准,详见表 1,优 19 例,良 12 例,中 4 例,差 1 例,优良率 86%。

表 1 Karlstrom 评定标准

评定项目	优	良	中	差
主观的大小腿症状	无	间接性轻微症状	症状较严重,功能受限	严重功能受限,休息时疼
表现的膝踝关节症状	无	同上	同上	同上
行走能力	无损	同上	行走距离受限	借助手杖、拐杖等走路
工作和运动	与伤前一样	放弃一些运动,工作与受伤前一样	转为轻体力工作	永久性
成角	无	<10°	<10°~20°	>20°
短缩	0	<1 cm	1~3 cm	>3 cm
关节活动受限				
髁	0	<20°	20°~40°	>40°
膝	0	<20°	20°~40°	>40°
踝	0	<10°	10°~20°	>20°

4 讨论

浮膝损伤是一种高速、高动能损伤,交通事故是主要的致伤原因,左侧受伤多于右侧。“高动能”的强大暴力致膝关节两端骨干或髁部骨折,使膝关节整段漂浮,同时损伤暴力强大,多并发其它脏器损伤和其它部位骨折,对生命造成威胁,早期应全面查体,避免漏诊而造成不良后果;同时肢体的严重损伤,可引起休克、脂肪栓塞、感染等并发症,不容忽视。

浮膝损伤伤情复杂,治疗困难,如治疗不当,会引起畸形愈合、不愈合、关节僵直等并发症。我们认为,浮膝损伤的治疗,首先要正确处理休克、颅脑、胸腹外伤等危及生命的并发症及合并伤,休克纠正、病情稳定后尽早手术固定骨折,解决“浮膝”问题,并进行正确的术后管理和康复指导。“浮膝”治疗应使骨折获得满意复位,并维持稳定,能早期进行关节功能锻炼。传统保守疗法行骨牵引、石膏外固定,需要长期卧床制动及精心护理,易发生畸形愈合,关节功能恢复亦不理想。手术治疗,无论内固定还是外固定,都能有效恢复肢体连续性

及保持满意的骨折对位和稳定性,并能早期进行关节功能锻炼,明显降低伤残率、脂肪栓塞发生率,缩短住院时间及节约住院费用,减轻患者痛苦。我们主张,两处骨折都应手术固定,以牢固、操作简单、减小损伤为原则,骨牵引、石膏外固定只作为术前、术后治疗的辅助部分。

“浮膝”手术固定具体方法,文献报道,尚无统一式,我院总结的本组病例,手术固定方式为股骨髓内针或钢板内固定,胫骨主要为单侧多功能外固定架外固定,这种固定模式,临床上取得了满意效果。髓内针固定具有损伤小、出血少等优点,对多段骨折固定尤为突出。钢板固定牢固,术后能早期

功能练习。单侧多功能外固定架,结构合理,操作简单,在胫骨骨折治疗上有明显优势。闭合骨折移位小,在 C 形臂透视下闭合复位外固定架固定;闭合复位困难,则小切口直视下复位外固定架固定,两者时间短、损伤小,为股骨手术创造更方便有利的条件。开放骨折应用外固定架固定,优势更加明显,便于观察伤口,利于换药、引流及创面的处理。

参考文献

1 Karlström O. Ipsilateral fracture of the femur and tibia. J Bone Joint Surg(Am), 1997, 59:240-243.

(收稿:2002-08-09 编辑:李为农)

·手法介绍·

“扳肩疗法”治疗肩关节周围炎

Treatment of periarthritits of shoulder with “manipulative method for wrenching shoulder”

雷文涛 杨宝根 王卫

LEI Wentao, YANG Baogen, WANG Wei

【关键词】 骨科手法; 肩关节; 骨关节炎 【Key words】 Orthopedic manipulation; Shoulder joint; Osteoarthritis

自 1998 年 5 月 - 2001 年 5 月,我们采用扳肩疗法治疗该病 91 例,报告如下。

1 临床资料

本组病例 91 例(97 肩),男 52 肩,女 45 肩;左肩 37 肩,右肩 60 肩;年龄 35~44 岁 11 例,45~55 岁 43 例,56~76 岁 37 例;病程 3~31 个月,平均 16.7 个月。

2 治疗方法

肩关节腔穿刺,注入 2% 利多卡因注射液 10 ml,待 5 min 后,令患者端坐,两上肢自然下垂放松。术者站在患者一边,左手搭在患肩上,五指张开,轻轻按摩揉捏,右手握托肘部。趁患者毫无防备时,左手突然按压住肩部,右手握托肘部^[1]适当用力乘势向上抬托,可听到“咔嚓”声,患者在短时间内疼痛异常,但约 30 s 后即可缓解,而且肩关节功能立即改善。此后,循序渐进地进行患肢肩、肘关节的屈伸、旋转及外展活动,如爬墙、划圈等,每个动作力求达到最大幅度,每日 4~5 次,逐渐增加活动范围及活动量。待肩关节功能基本恢复后,再保持功能锻炼每天 3~4 次。功能锻炼须持之以恒。

3 治疗结果

本组病例 91 例(97 肩)全部获得随访,随访时间 9~18 个月,平均 13.7 个月。按尚天裕等^[2]的肩关节功能标准判定:优,前屈、外展、上举及内外举较健侧差 15° 以内;良,上举及内外举较健侧差 25°,外展及后伸正常;满意,肩关节各个方向活动旋转较健侧差 45° 以内。在随访过程中,有 6 肩疗效优的病例,因间断肩关节功能锻炼,肩周炎复发,再予扳肩法治疗,最终疗效均为良。评定结果:优 77 肩,良 16 肩,满意 4 肩。

4 讨论

肩周炎是一种退行性病变,文献报道较多的液压扩张疗法治疗肩周炎^[3],则因易发生渗漏、感染、操作复杂以及临床效果有限,限制了扩张法的临床应用。扳肩疗法作为中医的一种手法,即是利用杠杆原理,在肘部施力——“松解力”,对抗冻结肩关节的“粘连力”^[1],使患者肩关节粘连组织快速剥离,肩关节功能迅速改善。再辅以适当的功能锻炼,使剥离组织不再粘连,可达到长久的治疗效果。对于不能坚持功能锻炼的患者,其疗效则减弱,本组有 6 肩疗效从优转为良。而疗效满意的 4 肩,追问病史均有严重的肩关节外伤史,此类疾病现称“创伤后僵硬肩”^[3],有别于常称的肩周炎。

扳肩后少数患者可出现肢端或腋下麻木,可能为臂丛神经轻微牵拉所致,一般会在短时间内自行消失。但在临床操作中仍应注意:①扳肩应在麻醉充分、肩部肌肉完全松弛时进行;②扳肩时肘部施力徐缓有劲,忌暴力。施术者不敢用力,用力不当或患者不配合可能使治疗失败。没有经验的医生不能擅用此法。患者如有严重心肺功能障碍、恐惧、虚脱等也不宜使用此法,同时对于常规 X 线摄片示有明显骨质疏松者,亦应禁用,而寻求他法。

参考文献

1 周辉,项国平. 肩关节周围炎的生物力学. 中国骨伤, 1995, 8(6): 6-8.
2 尚天裕,顾云伍. 中西医结合治疗骨折临床经验集. 天津:天津科学技术出版社, 1984. 219.
3 刘继军,郑国柱,赵炬才,等. 液压扩张疗法治疗冻结肩的临床研究. 中华骨科杂志, 1999, 19: 349-351.

(收稿:2002-10-16 修回:2003-06-02 编辑:连智华)