

4.2 引流的重要性 在髂骨皮瓣移植后受区腔往往难以完全消灭以及术后应用抗凝药物使创面出血明显,造成局部积血,容易引起创面感染及反复渗出,使创面难以愈合。本组病例均在创面放置一橡皮引流管持续负压引流,一般术后 2~3 d 引流量少于 20 ml 时拔除,无一例感染。

4.3 游离髂骨皮瓣修复此类损伤的优缺点 ①可 I 期修复骨与软组织缺损,避免了腹部带蒂皮瓣给患者生活上的不便,减轻患者痛苦;②髂骨具备良好的皮质骨和松质骨,有良好的血运,愈合速度快,文献报道与桡、尺骨结合的髂骨块愈合后逐渐塑形, X

线片上呈类似管状骨样表现^[2];③供区部位隐蔽,切取操作方便,血管解剖恒定,血管口径大,利于吻合;④髂骨可塑性强,大小形状修剪成形;⑤切取组织面积大,骨瓣切取可长达 10 cm,皮瓣最大可达 25 cm × 13 cm,但临床中尽量不要切取过大;⑥手术时间长,要求术者有熟练的显微外科技术;⑦皮瓣臃肿,可二次行皮瓣整形术。

参考文献

1 Steven A, Oloson MD. The treatment and classification for open fractures of the tibia. J Bone joint Surg(Am), 1996, 78: 1428-1435.
2 顾玉东,王澍寰,待德. 手外科手术学. 上海:上海医科大学出版社, 1998. 219.

(收稿日期: 2003-03-22 本文编辑: 李为农)

• 短篇报道 •

中西医结合治疗重度膝关节僵直

周章彦, 周茂垣, 林智勤, 杨建惠, 连福明
(三明市第一医院骨外科, 福建 三明 365000)

我院自 1989 年 2 月-2002 年 6 月采用中西医结合方法治疗重度膝关节僵直 34 例, 疗效满意, 现报告如下。

1 临床资料

34 例中男 22 例, 女 12 例; 年龄 18~68 岁, 平均 40.2 岁。均为单侧继发性僵直。其中股骨中段、远端骨折术后 12 例, 股骨髁间粉碎骨折术后 8 例, 胫骨平台、胫骨上段骨折术后各 2 例, 胫骨髁间隆突撕脱性骨折术后 2 例, 髌骨粉碎骨折术后 4 例, 膝前交叉韧带损伤修补术后 4 例。膝关节僵直时间 10 个月~3 年, 平均 14 个月。术后患膝屈伸活动范围: 0°~40°, 股四头肌有不同程度萎缩。

2 治疗方法

2.1 中药熏洗 将伸筋草、透骨草、牛膝、苏木各 15 g, 五加皮、三棱、莪术、秦艽、海桐皮、木瓜、红花各 12 g 加入热开水中熏蒸膝关节, 温热后敷洗患处, 30 min/次, 2 次/d。

2.2 按摩手法 术前对膝前皮肤采用点、按、拔、伸、滚等手法按摩、推拿、提捏, 动作缓慢、柔和, 30 min/次, 2 次/d。

2.3 手术治疗 硬膜外麻醉, 取大腿近 1/3 处至髌骨上缘正中切口, 游离皮瓣, 分离股内、外侧肌及股直肌, 切除纤维、疤痕粘连的髌上囊、股中间肌及部分内外侧肌。潜行剪开髌支持带, 剥离并切除髌股、胫股关节及支持带与股内外髌之粘连。将严重挛缩的股直肌作边缘放射状切开、延长。修平股骨干、髌前方的骨痂, 屈膝达 120° 以上, 将股内外侧肌缝合在股直肌两侧。止血、引流, 屈膝约 90° 位缝合切口。

2.4 术后锻炼 术后患膝屈曲 90° 于托马氏架上。术后 24 h 开始股四头肌等长收缩, 48 h 开始借助托马氏架由被动逐渐过度到主动的膝功能锻炼。同时口服消炎痛、英太青等非甾体类消炎镇痛药。3 周后下地患膝锻炼, 再辅以中药熏洗, 热敷按摩。鼓励患者消除恐惧心理, 积极配合治疗, 坚持有效的院外训练。

2 结果

本组病例均获随访 6 个月~2 年, 仅 1 例膝前皮肤浅表糜烂, 经换药愈合。全组病例膝活动度恢复达 90°~140°。按王立胜等^[1]中国矫形外科杂志, 2001, 8(6): 556^[1]临床评定标准: 优 18 例, 良 13 例, 中 3 例, 优良率 91.2%。

4 讨论

切除纤维化、疤痕粘连的髌上囊、股中间肌部分内外侧肌是保证术后良效的关键。对严重挛缩、限制屈膝活动的股直肌作边缘放射状切开, 既有效延长了股直肌, 又不损害其肌力, 保护了伸膝功能。修平股骨干及髌前方的骨痂, 将股内外侧肌缝合在股直肌两侧, 建立了一个良好的滑动机制, 有利膝功能锻炼、恢复。改良切口未达膝关节水平, 大大降低了膝前皮肤坏死发生率。

出院后患者因没有膝功能锻炼器具, 往往丢失一些关节活动度。因此, 半年内, 应定期返院复查, 接受督促、指导, 积极、刻苦、主动、有效地进行院外训练, 持之以恒, 才能达到良好膝功能恢复。

(收稿日期: 2003-01-28 本文编辑: 连智华)