

anterior cruciate ligament reconstruction with bioabsorbable interference screw fixation. Arthroscopy, 1999, 15: 317-320.

16 Hollinger JO. Preliminary report on the osteogenic potential of a biodegradable copolymer of polylactide (PLA) and polyglycolide (PGA). J Biomed Mater Res, 1983, 17: 71-82.

17 阮狄克, 沈根标, 邹宏恩, 等. 可吸收性聚乳酸材料生物相容性与生物降解的研究. 中华外科杂志, 1993, 31(9): 568-569.

18 王立, 金大地, 林献章, 等. 生物降解聚丙烯酯棒的体内实验研究. 中华骨科杂志, 1996, 16(10): 656-658.

19 刘建国, 徐莘香. 骨科生物降解可吸收内固定物力学特性及固定效应. 医用生物力学杂志, 1998, 13(4): 238-240.

20 徐又佳, 郑祖根, 王晓东, 等. 骨折愈合中可吸收固定材料降解过程的超微结构观察. 骨与关节损伤杂志, 1997, 12(6): 323-325.

21 Bostman O, Partio EK, Hirvensalo F. Foreign body reactions to polyglycolide screw: Observation in 24/216 malleolar fracture cases. Acta

Orthop Scand, 1992, 63: 173-176.

22 Bostman OM, Pihlajamäki HK. Late foreign body reaction to an intraosseous bioabsorbable polylactic acid screw. A case report. J Bone Joint Surg(Am), 1998, 80(12): 1791.

23 Bostman OM. Osteoarthritis of the ankle after foreign body reaction to absorbable pins and screws. A three to nine years follow-up study. J Bone Joint Surg(Br), 1998, 80(2): 333.

24 Bucholz RW, Henry S, Henleg MB. Fixation with bioabsorbable screws for the treatment of fracture of the ankle. J Bone Joint Surg(Am), 1994, 76: 319.

25 Ito H, Minami A, Tanino H, et al. Fixation with polylactic acid screws in hip osteotomy: 68 hips followed for 18-46 months. Acta Orthop Scand, 2002, 73(1): 60.

26 Takizawa T, Akizuki S, Oriuchi H, et al. Foreign body gonitis caused by a broken polylactic acid screw. Arthroscopy, 1998, 14: 329-330.

(收稿日期: 2004-12-27 本文编辑: 王宏)

• 短篇报道 •

臀肌挛缩症术后功能康复

岳志文, 惠增龙

(西安闫良区中医医院, 陕西 西安 710089)

我院骨科自 1998 年 2 月-2003 年 2 月对 71 例臀肌挛缩症的患者实施了手术治疗, 配合术后康复训练, 取得了很好的治疗效果, 总结如下。

1 临床资料

本组 71 例, 男 41 例, 女 30 例; 年龄 6~12 岁, 平均 9.3 岁; 均为双侧。其中 3 例为第 2 次手术, 单纯为臀大肌挛缩者 14 例, 其余均存在有臀大、中、小肌挛缩, 其程度不一; X 线片 9 例骨盆倾斜, 其他均无骨性改变, 骨质发育正常, Ober 氏征阳性, 术前步态异常, 尤以跑步时加剧, 下蹲时双膝不能并拢, 需做双膝分开蛙式动作才能完成下蹲的动作, 交叉搭腿试验阳性, 大粗隆上方可触及挛缩紧张质硬的腱状组织, 严重者可出现尖臀、骨与关节畸形改变; 患者幼年时多为体弱多病, 长期有臀部肌肉注射史。71 例均采用臀肌挛缩韧带松解术, 彻底止血, 伤口内放置引流管 24 h。

2 术后康复训练计划

①术后 48 h 内双下肢取屈髋屈膝位, 双膝并拢用棉垫绷带固定 24~48 h, 拔除引流管, 伤口换药。②术后第 3 天下地扶床, 双足、双膝并拢下蹲练习, 但注意足跟不能离地, 腰臀部不能后伸, 缓慢“一字步”行走, 每天 2~3 次, 每次 15 min。③术后第 6 天除完成以上练习外患者在床上行髋关节屈曲内收练习。用双手协助使双膝部紧贴腹壁, 开始单腿交替进行, 达到双膝屈曲并拢贴向腹壁。双下肢屈曲侧卧位, 双侧重复进行, 使上方膝节能紧贴床面。④术后第 10 天, 从“一字

步”行走变为“剪刀步”行走。患者端坐于靠背椅子上, 后背紧贴于椅背, 一腿交叉于另一腿膝关节上, 并左右摆动, 旋转躯干。12~14 d 拆除伤口缝线, 保持原练习的活动量。在 2~4 周内不再加大活动量, 以免伤口裂开, 造成伤口瘢痕过大。

⑤术后 2~3 个月是功能康复训练的最关键阶段, 除加大上述的活动量外, 有意识地进行行走摆臀, 双下肢前屈后伸交替练习, 纠正术前不正确的步态姿势。

3 结果

本组 71 例, 随访时间 2~12 个月, 按疗效标准: 优, 步态正常, 交叉搭腿试验阴性, Ober 氏征阴性, 双下肢活动正常; 良, 行走无明显影响或有轻度“八”字征, 跑步时“跳步征”不明显, 可并膝下蹲, 交叉搭腿试验阴性或阳性; 差, 术后症状轻度改善。本组优 67 例, 良 4 例, 差 0 例。

4 讨论

术后正规系统的康复锻炼是手术成功的关键。本组 3 例为二次手术, 其原因: ①术中挛缩瘢痕组织松解不彻底; ②没有进行术后康复训练造成术后再粘连。所以术后康复治疗是一个重要环节, 因此我们认为: ①医护、家属、患者要形成共识, 执行一个训练计划, 使计划落实到实处, 并起到积极的作用; ②训练要循序渐进, 持之以恒, 术后 2~3 个月是康复治疗的最佳阶段, 幼儿儿童要在家长的帮助下进行; ③避免过大幅度的训练, 以免发生关节和软组织损伤及形成伤口、血肿; ④术后按时来医院复诊, 使不正确的训练方法能及时得到纠正。

(收稿日期: 2004-07-23 本文编辑: 王宏)