

手术治疗新鲜髌骨骨折 40 例临床分析

李濂¹ 张辉华¹ 向振华²

(1 广东省肇庆市鼎湖区人民医院 肇庆 526070; 2 湖南省洪江市人民医院 洪江 418100)

关键词: 髌骨骨折; 手术治疗; 临床分析

中图分类号: R 681.8

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2007)04-0051-02

髌骨骨折是临床上常见的骨折之一, 1887 年 Sir Cameron^[1]首次切开复位治疗髌骨骨折以来, 手术治疗已经被广泛接受。目前, 手术方法有三种, 分别是保留髌骨、髌骨部分切除、髌骨全切术。现结合 1999 年 1 月~2005 年 1 月 40 例临床病例, 根据髌骨的生物力学功能, 对手术治疗髌骨骨折后疗效及膝关节功能障碍的原因进行分析。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 40 例, 男 26 例, 女 14 例; 年龄在 20~30 岁 15 例, 30~40 岁 8 例, 40 岁以上 17 例; 左侧 24 例, 右侧 16 例。骨折类型: 横形骨折 19 例, 粉碎性骨折 15 例, 下极骨折 6 例。

1.2 治疗方法

1.2.1 保留髌骨 保留髌骨 28 例: (1) 改良张力带固定 19 例, 均为横行骨折, 手术时将骨折块用大布巾钳夹紧, 使断端密切对合, 以双手食指从髌腱扩张部断裂处伸入髌骨后方使其平整, 再以 2 根克氏针纵行钻入髌骨, 并过骨折线, 以钢丝于克氏针露出部捆扎。(2) 环行缝合 9 例, 均为粉碎性骨折, >1.2cm 或驻留时间超过 2 个月, 局部有炎性息肉包裹, 急需解除梗阻, 我们认为对这些患者也可应用腹腔镜行输尿管切开取石术。

术中寻找肾盂输尿管结石是手术的关键。我们的经验是以结石的体表投影位置为中心紧贴侧腹膜钝性分离软组织寻找, 输尿管在镜下呈灰白色, 质韧, 有一种厚实感, 无搏动, 用钳刺激时可有蠕动波出现。腰大肌内侧、肾脏下缘与后腹膜的交界处是寻找中上段输尿管的标志, 下段输尿管应以入盆的髂血管和腰大肌外缘为标记。

输尿管切开缝合亦是本手术关键所在。Nualong 等^[2]报道一组腹腔镜输尿管切开取石术, 未缝合输尿管切口, 术后漏尿率竟高达 40%。张旭等^[4]报道 26 例行后腹腔镜输尿管切开取石术, 全部置留双 J 管并行切口缝合, 术后无 1 例发生漏尿。我们采用输尿管切开刀或超声刀切开输尿管壁, 尽量使切缘整齐, 缝合时采用自动复位持针器缝合 1~3 针使输尿管切口闭合即可。对输尿管扩张不明显者, 缝合不宜过紧, 以免术后输尿管发生狭窄。打结我们采用镜下腔内绕钳打结, 镜下打结时, 缝线不应过长, 以 5cm 左右为宜, 避免互相缠绕。本组 36 例患者仅 2 例输尿管结石因缝合困难而未作缝合。随访 2~38 个月, 无输尿管狭窄发生。

由于腹腔镜下输尿管缝合毕竟达不到开放手术的缝合效果, 术后放置内支架管对保持输尿管的通畅, 防止尿漏和输尿管狭窄十分重要。我们采用的方法: 截取与双 J 管伸展长度略短一段导丝, 根据输尿管切口至膀胱长度, 于双 J 管相应位置的相邻 2 个侧孔穿入导丝, 于导丝外露段近肾盂端

手术时将骨折块用大布巾钳夹紧, 使断端对合好, 用双手食指从髌腱扩张部断裂处伸入髌骨后方使其平整, 然后以双 10 号线缝合二个半环状, 抽紧结扎。

1.2.2 髌骨部分切除 部分切除髌骨修复韧带 6 例, 均为下极骨折, 手术时切除下极骨折块后, 将髌骨钻孔, 用钢丝全层穿过髌韧带, 再穿过髌骨结扎。

1.2.3 髌骨全切 髌骨全切 6 例, 均为粉碎性骨折, 手术时切除髌骨, 以钢丝修复股四头肌腱与髌韧带。

1.2.4 术后治疗 40 例术后均长腿石膏夹板固定制动, 二周后拆线, 切口均 1 期愈合, 继续固定 4~6 周, 然后进行理疗和体疗。

1.3 评定标准 完全无痛或偶有轻微疼痛但不影响工作, 股四头肌肌力 5 级, 膝关节主动伸直正常, 屈曲受限在 20 度以内, X 线片无明显创伤性关节炎改变者为满意。

1.4 结果 本组 40 例进行随访, 时间 6 个月~4 年, 平均 2 年。满意率: 保留髌骨组 85.7%, 髌骨部分切除组 66.7%, 髌骨全切组 33.3%。

处系 10 号丝线, 长度超过肾盂端, 沿输尿管切口向下插至双 J 管全部进入输尿管中。然后向上牵拉丝线, 使双 J 管肾盂端沿输尿管上行, 至看见导丝外露段, 夹住并退出导丝。挤压膀胱, 有尿从双 J 管侧孔溢出, 证明置管成功。本组 36 例患者均采用上述方法, 置管时间 10~70min, 平均 21.3min。

腹腔镜输尿管切开取石可选择经腹腔途径和经腹膜后途径, 腹膜后途径与腹腔镜路相比更符合泌尿外科的手术原则, 入路直捷, 对肠道干扰小, 减少腹腔脏器损伤。但腹膜后径路也有局限性, 如术中缺乏明显的解剖标志, 工作空间狭小, 工作通道经常相互干扰, 治疗输尿管下段结石较困难。而经腹腔途径空间大, 解剖标志明显, 输尿管定位较容易, 可同时处理输尿管上、中、下段结石。本组除 3 例输尿管下段结石采用经腹腔途径外, 其余均经腹膜后途径。

总之, 腹腔镜输尿管切开取石术具有损伤小、恢复快、安全有效等优点, 是治疗输尿管结石一种可供选择的微创手术方式。

参考文献

[1]Gaur DD, Trivedi S, Prabhudesai MR, et al. Laparoscopic ureterolithotomy: technical considerations and long-term follow-up [J].BJU Int,2002,89(4): 339~343
[2]Skrepetis K, Doumas K, Siafakas I, et al.Laparoscopic versus open ureterolithotomy.A comparative study[J].Eur Urol,2001,40(1): 32~36
[3]Nualong C,Taweemonkongsap T. Laparoscopic ureterolithotomy for ureteric calculi[J].J Med Assoc Thai,1999,82(10): 1 028~1 033
[4]张旭,朱庆国,马鑫,等.后腹腔镜输尿管切开取石术 26 例[J].临床泌尿外科杂志,2003,18(6): 327~329

(收稿日期: 2007-01-09)

中药“玄知甘杏汤”对声带息肉摘除术后康复的疗效观察

钱国红 陈英武

(浙江省湖州市中心医院 湖州 313000)

摘要:目的:观察声带息肉摘除术后采用中药“玄知甘杏汤”泡饮的疗效。方法:我科 2004 年 10 月~2006 年 1 月收治的 180 例声带息肉患者,治疗组 90 例,声带息肉摘除术后予中药“玄知甘杏汤”泡饮,对照组 90 例,术后不予中药“玄知甘杏汤”泡饮,比较 2 组疗效。结果:治疗组的痊愈率和总有效率均明显高于对照组。结论:中药“玄知甘杏汤”对声带息肉摘除术后患者的康复具有较好疗效。

关键词:声带息肉;手术;术后康复;玄知甘杏汤;中西医结合疗法

中图分类号:R 767.4

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)04-0052-02

声带息肉是耳鼻喉科常见病之一,主要采取手术治疗^[1],但单纯手术与西药治疗后,仍有部分病例存在不同程度的声音嘶哑、声带充血肿胀等。为此,我科自 2004 年 10 月~2006 年 1 月,采用声带息肉摘除术后予泡饮中药“玄知甘杏汤”治疗声带息肉,并与术后不予中药泡饮组进行对照观察。现报道如下:

1 资料和方法

1.1 临床资料 全部病例均为本院住院病人,共 180 例,男 79 例,女 101 例;年龄 19~65 岁,平均 37.1 岁;病程 1 月~4 年;首次发病 176 例,复发病例 4 例;息肉位于双侧声带 75 例,单侧 105 例;职业以教师及经商人员为多,其次为工人、农民等。临床症状表现为不同程度的声音嘶哑、发音粗糙、低

2 讨论

2.1 髌骨功能 髌骨是全身最大的籽骨,其主要作用:(1)传导并增强股四头肌的作用。(2)协助维持膝关节的稳定。(3)增加与股骨髁的接触面,使作用于股骨的应力得到合理的分布。治疗髌骨骨折的根本目标是恢复髌骨的生物力学功能,也是髌骨骨折治疗的关键,而绝非简单地恢复伸膝装置的连续性。曾昭浚等^[2]总结了髌骨的三个重要生物力学功能:第一,加大股四头肌力臂,增大其作用力矩,加强其机械效益。第二,增加髌股关节面使股骨承受的压缩力得到较合理的分布。第三,与股骨滑车面吻合,负重时对膝关节有稳定作用。

2.2 疗效比较 本组髌骨全切 6 例,满意率 33.3%,髌骨切除后,股四头肌的伸膝作用及控制膝关节的能力不充分,尤其在负重屈膝时明显。股四头肌萎缩,肌力减弱,严重影响伸膝和膝关节的稳定性。髌骨存在时髌骨增加了髌腱与股骨髁间的接触区,使股骨髁承受的压力得以较好分布,髌股关节间摩擦力很小,而切除后股四头肌腱与髌股关节面之间摩擦力很大,肌腱在股骨的滑车上摩擦,将导致股骨髁软骨的磨损^[3],髌韧带更贴近膝的活动中心,使伸膝的杠杆臂缩短,这样,股四头肌伸膝时,必须用比正常情况下多 30%的肌力^[4],多数病人,尤其是老年人不能承受这种力,长此以往,可使股四头肌腱断裂,并产生股骨的髌关节面创伤性关节炎。髌骨部分切除 6 例,满意率 66.7%,髌韧带与保留的上半髌骨缝合后,造成髌骨下移,髌骨下移后,髌股关节必然出现“错格”,双方关节互不适应吻合,不能正常分布和传导髌股关节的载荷。部分切除较全切疗效好,笔者认为是因为髌骨的 2/3 或更多得以保留,但仍存在疼痛和屈膝受限。而髌骨保留组满意率达 85.7%,证明了充分保留髌骨的完整,能恢复其解剖关

沉,所有病例术前纤维喉镜检查示声带有息肉生长。

1.2 分组及治疗方法 180 例患者全部采用静吸复合麻醉,在显微支撑喉镜下摘除病变组织,病检报告为息肉形成。随机分为对照组和治疗组各 90 例,对照组术后予静脉滴注头孢拉定 5.0g,每天 1 次,连用 3d;并予普米克令舒一支雾化吸入,每天 2 次,每次 15min,连用 5d。治疗组除头孢拉定静脉滴注和普米克令舒雾化吸入外,加“玄知甘杏汤”中药泡饮,处方:玄参、知母、杏仁、玉蝴蝶各 10g,甘草、射干各 5g,沸水冲服,代茶饮用,每日 1 剂,14 剂为 1 个疗程。治疗期间,嘱 2 组患者均注意声带休息,忌烟酒及辛辣刺激性食物,半月后复查,观察疗效。

1.3 疗效判断标准 (1)治愈:声嘶消失,发音正常,声带无系,以维持其原有功能。通过本组 40 例三种方法比较,显示髌骨的治疗原则应为:(1)尽量保留髌骨;(2)充分恢复其后关节面的平整;(3)早期锻炼股四头肌;(4)在可能条件下早期锻炼膝关节屈伸活动,以尽可能使髌骨恢复应用吻合,恢复其正常生物力学特性,防止由于髌股关节“错格”不吻合所致的载荷传导紊乱。

2.3 髌骨骨折后膝关节功能障碍的原因 髌骨骨折最常见的并发症是膝关节活动障碍。本组 40 例,达骨折愈合后,都出现不同程度的膝关节活动障碍,主要表现为屈膝受限,关节功能康复严重滞后于骨折愈合。笔者认为,原因是外固定时间过长,关节内血肿机化、粘连、挛缩,髌骨的生物力学功能遭到破坏。术后长时间的石膏固定,使髌韧带长期处于松弛状态,而发生挛缩、变短,从而造成髌骨下移^[5]。预防髌骨骨折后膝关节功能障碍,其根本措施是在治疗中尽可能选择外固定时间短的方法,术中注意髌骨稳定结构的修复加强,术后早期屈伸锻炼,预防膝关节粘连、强直,把功能康复作为治疗目标。

参考文献

[1]吴阶平,裘法祖.黄家驷外科学[M].第 5 版.北京:人民卫生出版社,1996.2 186
[2]曾昭浚,王金水.髌骨部分切除对膝关节的影响[J].骨与关节损伤杂志,1998,13(2):106~107
[3]Amis AA,Fafahmand F.Biomechanics of the knee extensor mechanism[J].Knee,1996,3:73~80
[4]吴在德,吴肇汉.外科学[M].第 6 版.北京:人民卫生出版社,2003.806
[5]王振海.髌骨骨折的远期随访观察[J].中华骨科杂志,1985,5(5):278

(收稿日期:2006-07-11)