

手术治疗胫骨平台骨折

王斌

(江西省樟树市中医院 樟树 331200)

关键词:胫骨平台骨折;手术治疗;合并症;功能锻炼

中图分类号:R 681.8

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.03.046

通过对手术治疗 40 例胫骨平台骨折做回顾性总结分析,我们认为,不同类型的胫骨平台骨折采用不同的手术方法,对合并症的准确判断、处理和正确有效的功能锻炼,是提高手术效果的关键。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 40 例,男 30 例,女 10 例;年龄 18~65 岁,平均 34 岁;左侧 26 例,右侧 14 例;致伤原因:交通伤 24 例,高处坠落伤 10 例,重物砸伤 6 例;I 型骨折 14 例,II 型骨折 10 例,III 型骨折 6 例,IV 型骨折 7 例,V 型骨折 2 例,VI 型骨折 1 例。

腿保持原位,然后右脚向前踢出,足部尽量跖屈;右腿还原再向后踢,以脚跟触及臀部为度;右下肢抬起屈膝,右脚向里横踢,似踢毽子一样;右下肢抬起屈膝,右脚向外横踢。练完后换左下肢作同样动作。每个动作重复 12~24 下,每天做 2 次。(2)下蹲运动:患者两脚开立,距离与肩同宽,两手抱肘,脚尖着地,脚跟轻提,随后下蹲,尽可能臀部下触脚跟,两手放开,两臂伸直平举,起立恢复预备姿势。每天 2 次,每次重复 12~24 下。做此项锻炼要注意下蹲程度根据患者的具体情况而定,不可勉强,必要时可扶住桌椅进行。(3)蹬车活动:患者坐在一个特制的固定练功车或健身器上作蹬车活动,模拟踏自行车,重复动作 2~4 min,每天 2 次。

2 疗效观察

2.1 疗效标准^[1] 优:症状、体征完全消失,直腿抬高可达 80%以上,肌力恢复正常,恢复原工作。良:症状基本消失,仍残留有轻度的疼痛、麻木症状,直腿抬高达 60%以上,可基本恢复原工作。可:症状部分消失,腰部活动及直腿抬高试验明显改善。无效:症状、体征无明显改善。

2.2 治疗结果 经过 21 d 的治疗,60 例病例中,优 41 例,占 68.33%;良 9 例,占 15.00%;可 9 例,占 15.00%;无效 1 例,占 1.67%,总有效率为 98.33%。

2.3 随访 随访 6~18 个月,平均 10 个月,未见复发。

3 讨论

腰椎间盘突出所致腰腿痛病理机制较为复杂,目前认为主要有:突出物直接压迫硬膜囊及神经

受伤入院时间 6~8 h,均为新鲜骨折,无开放性伤口,21 例有皮肤擦伤,膝关节明显肿胀 12 例。手术时间 5~14 d,平均 8.5 d,用松质骨螺钉固定 6 例,支持钢板固定 34 例,自体骨植骨 12 例。

1.2 手术方法 连续硬膜外麻醉,仰卧位,根据不同类型的骨折及合并症采取不同的手术切口,多为前外侧弧形切口或前内侧弧形切口。I、II 型骨折行外侧弧形切口。I 型骨折整复骨折后上 1~2 枚松质骨螺钉内固定。II 型骨折在压缩区下方于干骨后端皮质骨处开窗,顶起塌陷骨块,使之复位,骨缺损根;局部微循环障碍;髓核刺激引起神经根水肿及无菌性炎症;脱出髓核的自身免疫反应。已有研究表明,化学性炎症机制在腰椎间盘突出症根性疼痛中发挥着可能比机械压迫更重要、更直接的作用。椎间盘突出压迫神经,患者往往出现感觉方面的异常,只有当神经根周围出现炎症、水肿时方可出现疼痛症状。

复方丹参注射液成分为丹参和降香,能有效改善微循环障碍及血液流变学状态,降低椎间盘内压力,并且阻断了椎间盘突出症的病理过程如缺血、再灌注损伤及微循环障碍等一系列恶性循环,最终延缓病情的发展,减轻患者的症状^[2]。地塞米松具有抗炎作用,能减轻炎性物质对细胞膜的损害,起到消肿、减少炎症渗出作用,使神经根水肿得到改善,缓解疼痛症状。卧床休息可去除体重对腰椎间盘的压力,解除肌肉收缩对椎间盘造成挤压,利于纤维环修复及突出髓核的回纳。功能锻炼是腰椎间盘突出症康复的主要措施,可增强腰背肌肌力和纠正不良姿势,改善腰背柔韧性和调整局部肌肉的张力,特别是对脊柱内外平衡起到较好的保护作用,有助于恢复脊柱的生理曲度,促进损伤组织的修复,改善肌肉萎缩、肌力下降等现象^[3],从而达到扶正祛邪、恢复健康的目的。

参考文献

[1]蒋协远,王大伟.骨科临床疗效评价标准[S].北京:人民卫生出版社,2005.101
[2]刘剑,方玲,许伟东,等.静滴复方丹参注射液对腰椎间盘突出症患者自由基代谢的影响[J].中国临床保健杂志,2004,7(4):272-274
[3]孙兰芬,翟英.手法治疗腰椎间盘突出症的康复锻炼[J].中医正骨,2009,21(3):74-75

(收稿日期:2011-02-12)

褥疮膏治疗重度褥疮 96 例

张爱斌 范朝晖

(江西省丰城市中医院 丰城 331100)

关键词:褥疮;治疗;中医药疗法

中图分类号:R 632.1

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.03.047

褥疮(又名压迫性溃疡)是由于营养血供与机体组织发生血流障碍的末期结果,为骨骼隆突与长期硬面之间压迫软组织时,渐渐产生局部性区域内的细胞坏死。昏迷及瘫痪病人由于长期卧床,局部组织受压,血液循环不良,导致软组织局限性缺血缺氧,这时受压组织细胞仍在进行代谢,但是其产生的毒性物质却积聚于局部,加速了该部位细胞的死亡。当持久性的压迫解除时,受压的血管扩张水肿,血细胞即从损伤的血管漏出形成褥疮。皮肤经常受潮湿摩擦也是褥疮发生的原因。褥疮多发生在区自体骨移植填充,再根据楔形骨折或压缩骨折的程度选用加压螺钉或“L、T”型支持钢板内固定。III型骨折前外侧弧形切口,压缩骨折处理同II型骨折,但均采用支持钢板内固定。IV型骨折采用内侧弧形切口,骨折整复后先用克氏针暂时固定,前内侧放置合适的“T”或“L”型钢板,钢板顶端孔上2~3枚松质骨螺钉,一枚平行于胫骨平台关节面至外踝,另外一枚垂直于骨折线。V、VI型骨折要充分暴露,在选择外侧弧形切口或内侧弧形切口为主要切口的同时,往往要加小切口,为防止皮肤坏死,切口间距离要长,一般要超过6 cm,皮肤剥离在深筋膜层。在内固定时,可借助C臂X光机,对多个骨折应按由里到外、由后到前方法逐一整复,克氏针、尖嘴复位钳暂时固定再用支持钢板内固定。

1.3 结果 本组随访40例,随访时间6~24个月,平均12个月,骨折均骨性愈合。优、良者32例(80%)可、差者8例(20%)。

2 讨论

2.1 术前检查 胫骨平台骨折是通过关节面极其严重复杂的骨折,手术前对损伤程度、类型及合并症诊断应尽可能准确。我们采用X光片及CT相结合的方法。X光片提供了胫骨平台骨折类型、整体移位的方向,CT检查通过多层面扫描将骨折的粉碎程度、碎骨块的位置、骨缺损损伤情况等图像上清晰的显示出来,为手术方案的选择、术中准确的复位、牢固固定提供了可贵的客观资料,保证了手术的成功。

身体受压和缺乏肌肉、脂肪保护的骨骼隆起处。

1 临床资料

1.1 一般资料 收集1998年8月~2010年10月门诊和住院的患者96例,依据褥疮分期全部属于IV°褥疮,其中男性58例,女性38例,年龄23~82岁,平均67岁,治疗时间22~61 d。

1.2 诊断标准 依据褥疮分期^[1]。I°褥疮(瘀血红肿期):局部皮肤有急性炎症反应,伴有不规则、界限不清的软组织肿胀、硬结及发热。这些改变限于表皮、呈可逆性。II°褥疮(炎性浸润期):局部红肿

2.2 手术时间 近年来随着手术及内固定物的进步,对移位骨折多主张手术复位,本组病例手术时间均在5~14 d,平均8.5 d。原因:(1)胫骨平台骨折病人往往有膝部及周围软组织损伤、皮肤擦挫伤,术前应先行石膏托或跟骨牵引外固定,待软组织条件允许再行手术;(2)平台骨折多为高能量损伤,除膝关节及周围软组织有损伤外,在此时间内可观察发现其它损伤,便于确定手术方案。

2.3 手术方法的选择 对不同的骨折类型采取不同的手术方法,手术的关键是尽可能达到解剖复位,恢复胫骨平台的完整性,重建关节相互吻合的关系,恢复胫骨的对位。对于I型骨折整复后1~2枚松质骨螺钉固定,对II、III型有塌陷性骨折的,在其塌陷骨块的下方开窗,将压缩骨部软骨连同松质骨顶起,在开窗口植骨,上支撑钢板内固定。

2.4 功能锻炼 平台骨折是关节面的骨折,膝关节又是负重关节,术后宜早活动、晚负重。关节活动有利于加速关节滑液的循环,有利于营养物质扩散到软骨最深层,同时机械的应力可促进骨祖母细胞向软骨组织细胞的转化,有利于肉芽转变为透明软骨,术后2~3 d伤口出血基本停止,引流已拔除,除嘱患者行股四头肌收缩外,可行CPM锻炼。绝对禁止过早下地负重行走,骨折愈合后也不宜立即负重行走,一般骨折不严重、固定牢固者不应少于3个月,严重者在6个月后,这样可使骨痂由编织骨状态向排列有序的骨小梁转化,避免骨小梁压缩使关节面塌陷,造成创伤性关节炎的严重后果。

(收稿日期:2011-02-12)