

胫骨平台骨折手术治疗体会

曹鲁军 王俊 肖建华 杨翼众

(江西省宁都县人民医院 宁都 342800)

关键词: 胫骨平台骨折; 诊断; 治疗

中图分类号: R 683.42

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.04.055

胫骨平台骨折是临床常见的一种疾病,是膝关节内骨折的一种,常伴有血管、神经、韧带和半月板等软组织损伤,约占全身骨折 4%^[1]。如果不能及时正确地治疗,常造成膝关节功能损害,如引起创伤性关节炎、关节不稳等并发症。我院自 2008 年 6 月~2010 年 12 月采用手术治疗胫骨平台骨折 32 例,取得较满意的效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 32 例均为闭合性骨折,男 17 例,女 15 例;年龄 21~69 岁;左膝 19 例,右膝 13 例;高处坠落伤 7 例,交通事故伤 18 例,其他 7 例。骨折类型按 Schatzker^[2]分型:其中 I 型 6 例,II 型 8 例,III 型 7 例,IV 型 4 例,V 型 7 例。所有患者术前均摄胫腓骨中上段正侧位 X 线片,经行 CT 及 MRI 检查后排除侧副韧带、半月板及血管损伤。

1.2 治疗方法

1.2.1 手术治疗 全麻或硬膜外麻醉下进行手术,根据骨折类型及术前 CT 检查 DR 片所见,采用不同手术方式。Schatzker I 型、II 型、III 型骨折采用胫骨前外侧切口,IV 型骨折采用胫骨前内侧切口,V 型骨折采用胫骨双侧切口。切开皮肤后,直接切开皮下组织、深筋膜和肌群肌膜,牵引皮瓣,暴露骨膜,显露骨折端,切开关节囊。于半月板下方打开,显露塌陷的关节面,掀开骨折和皮质骨块,刮匙清除骨折端的血肿和肉芽组织,撬起塌陷骨块及关节面。首先是复位,复位的关键在于塌陷关节面的恢

胶、紫河车血肉有情之品,大补精血;血余炭、云南白药止血、祛瘀、生新;诸药协力,补先天精血之本。气血生化有源,则贫血、气短自除;血运如常,则不溢于脉外,衄血自止;气血充裕,内热自消,低热不作。此乃“甘温除大热”是也。

3 补脾益胃治胃痛

3.1 病例资料 刘某,男性,50 岁,2002 年 3 月初诊。患者胃脘疼痛十余年,时轻时重,痛连背部,喜温喜按,时有酸水上泛,面色无华,形体消瘦,舌淡苔白,脉细弱。胃镜检查为胃溃疡。证属脾胃虚弱,寒自内生;治宜补脾益胃,温中散寒;方用补中益气

复。侧方有骨折块的 II 型或 IV 型骨折,可将骨折块撬开,暴露关节面将关节面复位,恢复其平整,关节面下的松质骨缺损予以植骨填实。通常使用同种异体骨或取髂骨,经济条件好的可采用带成骨因子的异体骨,植骨量以将缺损处完全紧密填实为准。对于 III 型骨折可在侧方开骨窗,以顶起塌陷关节面并植骨。复位后使用钢板固定,通常有 T、L 及其他各型钢板,可根据 DR 片或术中所见具体选择。钢板置于胫骨踝的前外或前内侧,塑形后使其与骨面贴敷,近端使用松质骨螺钉加压固定,注意进钉方向及角度,骨干部用皮质骨螺钉固定。

1.2.2 术后处理 术后置引流管负压引流,棉垫加压包扎,患肢放于布朗氏架上抬高,预防使用抗生素 5~7 d,术后 5 d 行 CPM 机膝关节功能锻炼,2 周后扶拐下地非负重活动,6~8 周 X 线片示骨折线模糊,开始逐渐负重行走。

2 结果

本组 32 例,术后伤口 I 期愈合 29 例,延期愈合 3 例。病例全部随访,随访时间 1~2 年,平均 13 个月,骨折均愈合。按 Rasmussen^[3]膝关节功能评价标准评定,本组优 26 例,良 2 例,可 2 例,差 2 例,优良率为 87.5%。

3 讨论

胫骨平台骨折是常见的关节内骨折,常为高能量损伤所致,Schatzker V、VI 型是其中较为严重且复杂的类型,造成膝关节稳定装置的破坏。胫骨平台汤加生姜、吴茱萸。处方:生黄芪 30 g、党参 15 g、炒白术 15 g、当归 10 g、陈皮 10 g、升麻 6 g、北柴胡 6 g、鲜生姜 15 g、吴茱萸 6 g、炙甘草 10 g。服 3 剂后,胃痛若失。嘱病者注意饮食,不熬夜,戒烟酒,守原方服药 2 个月。后经胃镜复查,胃溃疡已愈合。

3.2 讨论 脾胃虚弱,后天之本受损,寒自内生,因虚而致病,当补虚止痛。补中益气汤直补脾胃,吴茱萸温中散寒,虚得补,寒得温,故胃痛自除,溃疡自愈。痛证以“不通则痛”为多见,但虚损致痛,临床上也不乏其例。正如《素问·藏气法时论》言:“……虚则胸中痛,大腹小腹痛。”

(收稿日期: 2011-04-14)

点按解溪穴并弹拨足三里穴治疗脑卒中患者踝关节主动背屈障碍 20 例体会

杜振峰

(河南省郑州市人民医院 郑州 450003)

关键词: 踝关节; 背屈障碍; 足三里穴; 解溪穴

中图分类号: R 743.3

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.04.056

踝关节主动背屈障碍是脑卒中患者常见的一种功能障碍,踝关节的主动背屈功能在人的站立与步行时有着至关重要的作用,正常步态中踝关节有 0~20° 的背屈变化以完成摆动相的足廓清,如踝关节不能主动背屈,则会严重影响脑卒中患者的平衡与步行功能。在目前脑卒中患者的康复治疗中,对改善踝关节主动背屈功能障碍的治疗方法效果多不理想。笔者应用点按解溪穴并弹拨足三里穴治疗脑卒中患者踝关节主动背屈障碍,取得较好效果。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 20 例患者,男 12 例,女 8 例,年龄 40~75 岁,平均年龄 58.40 岁,病程 10~60 d,平均病程 27.36 d,均具有踝关节主动背屈功能障碍,其中迟缓期 8 例,痉挛期 12 例。

1.2 治疗方法 患者仰卧位,屈膝 30° 左右,首先被动活动踝关节至最大角度 20~30 次,然后点按患者解溪穴 20~30 次,并在每次点按的同时令患者努力主动背屈踝关节,最后弹拨患者足三里穴 1 min 左右,在弹拨的同时也令患者努力主动背屈踝关节,如此为一个循环,每次治疗反复 3~5 个循环。治疗同时配合使用毛刷刺激患者足背外侧、用手指快速叩击患者足背外侧、冰刺激患者足背侧等神经促骨折的治疗原则是使骨折关节面得到解剖复位、恢复胫骨的力线、坚强内固定的支撑稳定性。

胫骨平台骨折手术成功的关键在于:(1) 合理选择适应证:胫骨平台骨折关节面塌陷超 5 mm,侧向移位超过 2 mm,均为手术适应证。(2) 植骨的重要性:撬拨整复塌陷关节面后留下的骨缺陷,要用髂骨块充分填充植骨,否则日后关节面有再塌陷的可能。(3) 术后积极进行功能锻炼:早期功能锻炼可以有效防止创伤性关节炎、骨化性肌炎和关节僵硬等严重并发症的出现。术后患者早期行患肢肌肉等长收缩锻炼,以促进下肢静脉回流及早日恢复肌力。术后 2 周切口愈合拆线后,指导患者行膝关节主、被动屈伸功能锻炼,以主动锻炼为主,被动锻炼

通技术^[1]。4 周为 1 个疗程,第一次治疗前进行一次踝关节主动背屈活动度评价,疗程结束后进行一次评价^[2],两次评价结果对比,进行分析。

1.3 注意事项 无论是在卧床期间还是治疗时,应尽量避免对踝关节跖曲肌的一切刺激,如患足前脚掌(尤其跖趾交接处)垫物支撑等。

1.4 评定方法 其中踝关节主动背屈改善在 15° 以上为效果优秀,改善在 5~15° 者为效果良好,改善在 5° 以下为效果一般,无明显改善者为无效。

2 结果分析

20 例患者踝关节主动活动度具有不同程度改善,其中优秀 6 例,良好 8 例,一般 4 例,无效 2 例。其中迟缓期 8 例踝关节主动背屈均改善在 5° 以上,2 例无效者均为痉挛期患者,总体上,迟缓期患者的治疗效果优于痉挛期患者。

3 讨论

踝关节是人体重要的关节之一,由胫骨和腓骨的下端与距骨滑车构成,主要有背屈、跖屈、内翻、外翻四个方向的关节活动,背屈肌群相对较弱,主要由胫骨前肌、拇长伸肌、趾长伸肌组成,跖屈的肌群强而有力,主要由腓肠肌、比目鱼肌、胫骨后肌、拇长屈肌、趾长屈肌等^[3]组成。脑卒中后由于背屈肌肌力减弱和(或)跖屈肌张力增高等各种原因,会造为辅,逐渐加大活动范围,不应追求过度的功能锻炼,以免加重损伤。要求骨折骨性愈合后患肢才能完全负重,过早负重会造成关节面的再塌陷,引起创伤性关节炎。

综上所述,笔者认为,胫骨平台骨折手术治疗必须全面考虑,选择合理的手术方法,尽可能使胫骨平台骨折达到解剖复位、充分植骨、合适的钢板螺丝钉坚强固定及早期膝关节功能训练。

参考文献

- [1] 荣国威,王承武.骨折[M].北京:人民卫生出版社,2004.906-908
- [2] Schatzker J,McBroom R, Bruce D.The tibial plateau fracture,the tor into experience[J].Clinic Orthop,1979,138: 94-104
- [3] Rasmussen PS.Tibial condylar fractures impairment of knee joint stability as an indicator for surgical treatment [J].J Bone Joint Surg, 1973,55:1 331-1 350

(收稿日期: 2011-03-29)