

# 双钢板内固定加自体植骨治疗胫骨平台塌陷骨折 38 例

龚健 吴月坚 张可立 唐钊 冯永顺

(广东省四会市万隆医院 四会 526200)

关键词: 双钢板内固定治疗; 胫骨平台塌陷骨折; 自体骨移植

中图分类号: R 687.3

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.09.046

胫骨平台塌陷骨折(fracture of tibial plateau)是比较常见的膝关节创伤性疾病,一般因比较强大的内/外翻作用或者坠落跌伤等导致<sup>[1]</sup>。其治疗包括非手术治疗与手术治疗,对于关节塌陷小于 2 mm、劈裂错位不超过 5 mm 的患者采用非手术治疗;对于关节塌陷大于 2 mm、劈裂错位超过 5 mm 的患者采用手术治疗。根据胫骨平台塌陷骨折的具体临床骨损现象可以将其分为以下几种类型: I 型: 外侧平台单纯楔形骨折或劈裂骨折; II 型: 外侧平台劈裂压缩性骨折; III 型: 外侧平台单纯压缩性骨折; IV 型: 内侧平台骨折; V 型: 包括内侧平台与外侧平台劈裂的双髁骨折; VI 型: 骨干 - 干骺端分离<sup>[2]</sup>。关于胫骨平台的临床并发症大致可以分为创伤后关节炎、畸形愈合及膝关节僵硬三种基本类型<sup>[3]</sup>。而对于胫骨平台塌陷骨折的诊断一般采用 CT 扫描检测,对于伴有韧带损伤则可采用 MRI 检查<sup>[4]</sup>。为进一步了解胫骨平台塌陷骨折的治疗方法,本文回顾性分析我院收治的 38 例患者临床资料,对其术后恢复情况

进行分析。现报告如下:

## 1 临床资料

1.1 一般资料 选取我院 2008 年 5 月~2011 年 2 月收治的 38 例胫骨平台塌陷骨折患者,其中男 26 例,女 12 例;年龄 22~56 岁,平均年龄(34.1±5.7)岁。具体病因:高空坠落 15 例,物品砸伤 9 例,交通事故 8 例,摔伤 6 例。Schatzker 分类: II 型 12 例, III 型 17 例, IV 型 9 例。

## 1.2 方法

1.2.1 治疗方法 所有患者均行双钢板内固定加自体植骨治疗。先行腰硬联合麻醉,患肢大腿中上段给予气囊止血带,并根据患者胫骨平台的塌陷骨折情况采用外侧或外侧联合内后方切口,切开后直视下复位胫骨平台骨折,保持关节面良好,抬升塌陷关节面,下方空腔植入自体髂骨骨条,多根克氏针临时固定,C 臂 X 光机透视骨折复位满意,胫骨关节面平整,下肢力线恢复后在外侧上入高尔夫钢板,内后方上入直型重建板或短 T 型钢板。对骨折的骨关节炎之一<sup>[3]</sup>。现代医学研究,膝骨性关节炎是生物学因素以及遗传学因素等共同作用下导致细胞外基质、软骨细胞等质和量失衡的结果,而软骨基质中主要成分的改变是导致膝骨性关节炎的直接原因<sup>[4]</sup>。现代医学证明,针灸治疗可通过抑制痛觉中枢,发挥镇痛效应,并且能够促进软骨的修复以及软骨细胞的生长。

本研究结果显示,针灸治疗和手法治疗膝骨性关节炎均能改善患者的总体症状,但针灸治疗在该改善患者日常活动、总体症状方面效果更为明显,疗效优于手法治疗,值得在临床上推广。

1.4 统计学方法 本实验所有数据均采用 SPSS 13.0 统计软件处理,计量资料采用 *t* 检验;计数资料采用  $\chi^2$  检验。 $P < 0.05$  为差异有显著性意义。

## 2 结果

2.1 两组患者治疗前后骨关节炎指数评分比较 治疗 2 周、4 周、6 周后,两组患者的疼痛、日常活动功能积分、总体症状较治疗前均明显减轻,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表 1。

表 1 两组患者治疗前后骨关节炎指数评分比较 ( $\bar{X} \pm S$ ) 分

组别	n	治疗前	治疗 2 周	治疗 4 周	治疗 6 周
针灸治疗组	34	82.76±12.76	53.63±9.85	36.64±8.76	1.59±7.75
手法治疗组	34	83.13±13.83	60.16±10.43	44.37±8.95	8.28±9.63

2.2 两组治疗前后骨关节炎指数评分改善率比较 针灸治疗组的骨关节炎指数评分改善率为 73.53%,手法治疗组的骨关节炎指数评分改善率为 52.94%。针灸治疗组骨关节炎指数评分改善率明显高于手法治疗组,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。

## 3 讨论

膝骨性关节炎是一种退行性病变,该病变的主要临床表现是疼痛、关节功能受限,是临床最常见

## 参考文献

[1] 库秀娟,杨松滨,褚立希,等.电针和推拿手法治疗膝骨性关节炎临床疗效比较研究[J].上海中医药杂志,2009,43(8):19-21  
 [2] 李英杰.针灸推拿治疗膝骨性关节炎 56 例临床分析[J].中国药物经济学,2013,5(1):255-256  
 [3] Felton DT,Zhang Y.An update on the epidemiology of knee and hiposteoarthritis with a view to prevention [J].Arthritis Rheum, 2008,359(11):1 097-1 107  
 [4] Poole AR,Nelson F,Dahlberg L,et al.Proteolysis of the collagen fibril in osteoarthritis[J].Biochem Soc Symp,2003,70(1):115-123

(收稿日期:2013-07-11)

# 尼松超前镇痛对四肢骨科术后镇痛的临床分析

杜胜冰

(江西省安远县人民医院 安远 342100)

关键词: 四肢骨科术后; 尼松; 超前镇痛

中图分类号: R 614

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.09.047

骨科四肢手术患者不仅伴有严重的切口疼痛现象,同时还伴有不同程度的患肢肿胀、骨筋膜张力增高、骨膜刺激等症状。此外,术后加压包扎、外固定等均会导致疼痛现象发生<sup>[1]</sup>。由于人体的四肢神经较为丰富,受到刺激后极易导致痛觉中枢敏化,导致患者出现严重的术后疼痛现象,严重影响着患者的身心健康,因此,给予患者行之有效的术后镇痛治疗就显得尤为重要。我院为降低患者的疼痛症状,对收治的 94 例四肢骨科术患者行不同的镇痛方式,并对其临床效果进行分析。现报告如下:

## 1 资料与方法

1.1 临床资料 选取我院 2012 年 4 月~2013 年 4 月收治的 94 例四肢骨科术患者,其中男 58 例,女 36 例;年龄 23~78 岁,平均 44.5 岁;体重 44~78 kg,平均 57.5 kg;上肢手术 41 例,下肢手术 53 例。所有

合并有其他损伤,如交叉韧带或半月板等,予以相应处理。

1.2.2 术后处理 术后对患者进行负压引流管治疗,进行相应的包扎处理,术后 2~3 d 可进行小范围的关节活动,股四头肌锻炼,膝关节的 CPM 功能性锻炼,数周之后就可进行承受能力以内的行走活动,2 个月后可进行适当的负重行走。

1.3 疗效判断 根据 Merchant 评判标准<sup>[2]</sup>,优秀:行走正常,无疼痛感,膝关节的活动功能正常;良好:可以进行正常的行走,基本无疼痛感,膝关节的活动比较正常;不佳:正常行走不便,时常有疼痛感,膝关节的活动欠灵活。

1.4 结果 所有患者均随访 2 年以上,其中优秀 21 例,良好 13 例,不佳 4 例,优良率为 89.5%。

## 2 讨论

胫骨平台塌陷骨折作为比较常见的膝关节骨折疾病,高空坠落、交通事故、跌伤等外在创伤都是导致其致病的因素,且其极易引发膝关节僵硬、创伤性膝关节炎、畸形愈合等并发症。胫骨平台塌陷骨折的临床手术治疗、后期处理及康复治疗对其预后有着十分重要的作用。对于胫骨平台塌陷骨折的诊治常因医师们对于 X 线的认识不足,会忽视已经

患者均排除有消化道溃疡史、非类固醇消炎药过敏史、凝血功能障碍。94 例患者随机分为观察组和对照组各 47 例,两组患者临床资料比较无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

1.2 方法 依据患者的手术部位分别给予患者全身麻醉、臂丛神经阻滞麻醉、椎管内麻醉。其中全身麻醉 11 例,臂丛神经阻滞麻醉 33 例,椎管内麻醉 50 例。手术结束前 30 min,观察组患者给予 30 mg 尼松配合 5 mL 生理盐水静注治疗;对照组患者给予 0.05 mg 芬太尼配合 5 mL 生理盐水静注治疗。两组患者在术毕缝皮时均开启相同的 PCIA 泵,其中包含有 5 mL 托烷司琼、1 mg 芬太尼,并用生理盐水稀释到 150 mL。PCIA 背景输注为 3 mL/h,每次自控量为 2 mL,锁定时间为 15 min,术后以患者的疼痛视觉模拟评分为依据进行自行调控。

存在的平台压缩现象,若不清楚骨折的类型及程度,可先一步进行重建 CT 扫描或者 MRI 检查<sup>[3]</sup>。胫骨平台塌陷骨折的早发现与提早治疗是成功治愈的关键,术后的早期康复锻炼对于胫骨平台骨折的恢复也有着十分重要的作用。其中 CPM 对于膝关节的细胞组织发育以及关节的新陈代谢起到比较明显的促进作用。

本文研究结果显示,双钢板固定结合自体骨移植术的方法治疗胫骨平台塌陷骨折具有固定稳定、可靠的特点,避免了术后胫骨平台再次塌陷、创伤性膝关节炎、畸形愈合及膝关节僵硬等并发症的发生,治疗效果显著。

## 参考文献

- [1]王荣波,周国万,郑自然,等.双钢板内固定加植骨治疗胫骨平台 Schatzker V、VI 型骨折 11 例分析 [J]. 现代实用医学,2012,24(7):770-771
- [2]李文任,刘建华,邹伟民,等.内固定治疗胫骨平台塌陷性骨折 [J]. 现代临床医学生物工程学杂志,2003,9(2):119-120
- [3]温宁生,肖进.锁定加压钢板内固定治疗胫骨平台骨折 38 例分析 [J]. 现代实用医学,2012,24(4):465-466
- [4]杨金辉.解剖型钢板内固定治疗胫骨平台骨折 60 例疗效分析 [J]. 中国医药指南,2012,10(18):609-610
- [5]邓许勇,杨风云,万军,等.植骨加钢板内固定治疗胫骨平台骨折 56 例 [J]. 中国中医骨伤科杂志,2006,14(6):34-36
- [6]刘佩全,王颖.应用解剖钢板治疗胫骨平台骨折 38 例疗效分析 [J]. 哈尔滨医药,2009,29(6):29

(收稿日期: 2013-07-22)