

关节镜下采用缝线桥技术双排缝合治疗冈上肌腱全层撕裂的临床疗效观察

谭志超 黄祖辉 李征 谢尚能 袁胜超

(广东省东莞市中医院 东莞 523000)

摘要:目的:观察关节镜下采用缝线桥技术双排缝合治疗冈上肌腱全层撕裂的临床疗效。方法:选取在我院进行诊治的冈上肌腱全层撕裂患者 40 例,随机分为实验组和对照组,每组各 20 例。对照组在关节镜下采用单排缝合技术进行治疗,实验组在关节镜下采用缝线桥技术双排缝合进行治疗,对两组患者治疗前后的疼痛(VAS)评分、肩关节 UCLA 评分、Constant-Murley 肩关节功能评分和 MRI 检查愈合情况进行对比分析。结果:治疗 6 个月后,实验组的 VAS 评分、UCLA 评分明显优于对照组,差异有统计学意义, $P < 0.05$;两组 Constant 功能恢复评分相比较,差异无统计学意义, $P > 0.05$ 。结论:在关节镜下采用缝线桥技术双排缝合治疗冈上肌腱全层撕裂患者的临床疗效显著,不仅能让缝合的肌腱止点从点状固定变为面状固定,肌腱表面还更加光滑,固定更加牢靠,愈合率更高。

关键词:冈上肌腱全层撕裂;关节镜;缝线桥技术;双排缝合

中图分类号:R686.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.06.046

冈上肌腱撕裂是一类十分常见的致残性极高的肩关节退行性病变,主要是由于撞击机制联合退变外伤性机制所引起^[1]。冈上肌腱撕裂除主要发病人群为以上肢运动为主的运动员和 60 岁以上的老年人外,患病率会随着年龄的增加而增长。冈上肌腱撕裂的治疗历史经过了切开重建、关节镜下辅助小切口切开重建和全关节镜下重建这三个过程,而随着固定器材的发展和关节镜器械及关节镜下手术操作技术等的不断完善,关节镜下肩袖重建已经取得了非常满意的效果^[2]。本研究探讨了关节镜下采用缝线桥技术双排缝合治疗冈上肌腱全层撕裂的临床疗效。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 12 月~2016 年 1 月我院骨科收治的冈上肌腱撕裂患者 40 例,随机分为实验组和对照组各 20 例。实验组男 17 例,女 3 例;年龄 45~65 岁,平均年龄(47.16 ± 2.01)。对照组男 18 例,女 2 例;年龄 44~66 岁,平均年龄(46.86 ± 2.11)。两组一般资料相比较,差异无统计学意义, $P > 0.05$,具有可比性。

1.2 纳入标准 经核磁共振诊断为外伤或退变性单纯冈上肌腱全层撕裂者;撕裂范围 1~3 cm;无合并盂唇、肱二头肌长头肌腱及其他肩袖肌腱损伤。

1.3 排除标准 (1) 体质极度虚弱不能手术者或有严重的心肺疾病不能耐受手术者;(2) 骨质疏松症患者,骨密度检测结果绝对值大于 2 个标准差者;(3) 冈上肌肌腹萎缩和脂肪化程度超过 50%者;(4) 有出血倾向者;(5) 患有骨关节炎、关节结核和类风湿性关节炎等骨关节相关疾病者;(6) 患有帕金森病、癫痫、中风后遗症等不能配合术后功能康复治疗的患者;(7) 不符合纳入标准者。

1.4 手术方法

1.4.1 实验组 常规检查后选用臂丛加全麻,术前将肩关节的骨性标志及关节镜入口用记号标出。采用沙滩椅位,在 3 000 ml 的 0.9% 氯化钠注射液中加入 1 mg 盐酸肾上腺素术中灌注以保持手术视野清晰;肩峰后外缘向下 20 mm,向内 10 mm 处是肩关节后方的“软点”处,在此处用 12 号尖刀将皮肤切开,并将套筒和钝性穿刺锥插入关节腔,置入关节镜,以肱二头肌腱作为解剖标志,按顺序进行系统检查,如盂肱关节内无病损存在,推关节镜进入肩峰下间隙;在喙突与肩峰前外侧角连线中上 1/3 处切开皮肤,建立前上方入口,在肩峰前外侧角外后 1 cm 处建立前外入路,将套筒插入建立工作通道,前方和后方入路作为器械和操作通道,外侧入路作为观察通道;清理肩峰下滑囊,行肩峰成形,在确定撕裂方向后,用射频汽化进行骨面清理,再用磨钻将足印区骨面新鲜化,在骨-软骨交接处置入合适数量内排锚钉,所有缝线穿过肌腱缝合打结固定,再将缝线分为两组分别交叉,通过两枚外排锚钉将肌腱固定在大结节外侧向下 1.5~2.0 cm 处形成缝线桥,用适当且力量均匀的缝线压盖撕裂肩袖,完成缝合。

1.4.2 对照组 行常规检查和处理后,将合适数量的 4.5 mm 的带线锚钉植入软骨缘外侧 5~10 mm 处,再用缝合钩将缝线穿过肌腱,拉紧、打结并固定,尽量保持缝线间距相等。两组患者术后均采用外展支具悬吊,术后第 2 天行被动关节活动度锻炼,术后 3 个月进行上臂主动抬举功能练习。

1.5 评价指标 用 VAS 疼痛评分法(0~10 分表示患者疼痛程度,“0 分”代表无痛,“10 分”代表最剧烈的疼痛,评分值越高,表示疼痛程度越重)、肩关节 UCLA 评分、Constant-Murley 肩关节功能评分评估

患者治疗后的情况。

1.6 统计学分析 数据处理采用 SPSS13.0 统计学软件,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 *t* 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

治疗 6 个月后,实验组 VAS 疼痛评分、UCLA 评分均明显优于对照组,差异有统计学意义, $P < 0.05$; 两组 Constant-Murley 功能恢复评分相比较,差异无统计学意义, $P > 0.05$ 。见表 1。

表 1 两组患者的手术治疗情况评估比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	VAS	UCLA	Constant-Murley
实验组	20	1.69±1.01	31.92±4.13	83.49±7.13
对照组	20	3.79±1.95	18.19±4.82	82.41±7.43
<i>t</i>		4.28	9.67	0.47
<i>P</i>		<0.05	<0.05	>0.05

3 讨论

许多研究证明^[3],手术是治疗冈上肌腱撕裂的重要手段。但开放式肩袖修补术损伤大,并发症发生率高,影响术后康复。随着关节镜技术的发展,全关节镜下冈上肌腱锚钉缝合固定术,从单排锚钉缝合发

展到双排锚钉缝合,再发展到缝线桥技术的双排锚钉缝合^[4]。研究中,将在关节镜下采用缝合桥技术双排缝合进行治疗的 20 例患者的临床效果与在关节镜下采用单排缝合技术进行治疗的 20 例患者的临床效果进行了对比,结果发现在关节镜下采用缝合桥技术双排缝合的临床效果明显优于单排缝合。

综上所述,在关节镜下采用缝合桥技术双排缝合治疗冈上肌腱全层撕裂效果显著,不仅能让缝合的肌腱止点从点状固定变为面状固定,肌腱表面还更加光滑,固定更加牢靠,愈合率更高。

参考文献

- [1]裴杰,王青.肩袖撕裂双排缝合技术与缝线桥技术的疗效对比分析[J].中国运动医学杂志,2017,36(1):9-13
- [2]潘海乐,张一翀,吕松岑,等.使用单排缝合技术和缝线桥技术修补中度肩袖撕裂的结果比较[J].中华肩肘外科电子杂志,2014,2(2):85-90
- [3]任江涛,徐丛.关节镜下缝线桥技术修复肩袖撕裂的缝合及固定方式研究进展[J].中华骨科杂志,2016,36(7):443-448
- [4]王明新,刘玉杰,何蔚,等.同种异体皮质骨锚钉结合缝线桥技术修复肩袖损伤[J].中华医学杂志,2012,92(25):1747-1750

(收稿日期:2017-04-04)

后路病灶清除一期内固定治疗腰椎结核对患者植骨融合率、VAS 评分及损伤神经恢复的影响

范志丹 李青 梁道臣

(广东省中山市人民医院骨二科 中山 528400)

摘要:目的:探究后路病灶清除一期内固定治疗腰椎结核对患者植骨融合率、VAS 评分及损伤神经恢复的影响。方法:选取 2008 年 12 月~2015 年 12 月我院接诊的 20 例腰椎结核患者为研究对象,对所有患者实施后路病灶清除一期内固定治疗,随访 1 年。分析患者治疗前后植骨融合率、VAS 评分及损伤神经恢复情况。结果:与治疗前相比,治疗后患者 VAS 评分显著降低、损伤神经恢复明显($P < 0.05$);随访 1 年,患者植骨融合率为 100.00%,平均植骨融合时间为(6.68±2.32)个月。结论:后路病灶清除一期内固定治疗腰椎结核患者,疗效确切,可有效缓解患者疼痛,促进植骨融合及损伤神经恢复。

关键词:腰椎结核;后路病灶清除;一期内固定;影响

中图分类号:R529.2

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.06.047

腰椎结核是临床常见的全身骨关节结核病之一,主要临床表现为疼痛和功能障碍,给患者生活带来一定的负面影响,因此,及时、有效的治疗,对提高患者生存质量具有积极作用^[1-3]。本研究对腰椎结核患者实施后路病灶清除一期内固定治疗,治疗效果较显著。现报道如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料 选取 2008 年 12 月~2015 年 12 月我院收治的 20 例腰椎结核患者为研究对象。其中,男 12 例,女 8 例;年龄 23~65 岁,平均年龄(42.75±7.26)岁;患病时间 2 个月~3 年,平均患病时间(12.65±2.61)个月;第 2~3 腰椎结核 4 例,第 3~4 腰

椎结核 12 例,第 4~5 腰椎结核 4 例。结合脊髓神经功能 ASIA 分级:B 级 1 例,C 级 2 例,D 级 5 例,E 级 12 例。所有患者均经 X 线、CT 或 MRI 检查诊断为腰椎结核,且均经术后病理检查确诊。患者及其家属均签署知情同意书。

1.2 方法 所有患者均实施后路病灶清除一期内固定治疗。(1)术前准备:术前给予患者四联抗结核治疗,异烟肼片 0.3 g、乙胺丁醇片 0.75 g、吡嗪酰胺片 0.75 g、利福平胶囊 0.45 g,1 次/d,口服,连续治疗 2~4 周。同时给予纠正贫血、低蛋白血症,当患者白蛋白>35 g/L、血红蛋白>100 g/L、结核中毒症状减轻、血沉<60 mm/h 时可实施手术治疗。(2)手术