

关节镜下胸骨钢丝固定治疗前交叉韧带下止点撕脱骨折 23 例

★ 李洪波 陈宗和 龚飞鹏 (江西省人民医院骨一科 南昌 330006)

关键词:前交叉韧带;关节镜

中图分类号:R 274.12 文献标识码:B

对于前交叉韧带(Anterior crucial ligament, ACL)下止点撕脱骨折,以往采用保守石膏固定或切开复位内固定治疗。保守石膏固定术后恢复过程较长,发生膝关节粘连和僵硬并不少见,而切开复位手术创伤大。我们选用关节镜下胸骨钢丝固定治疗 23 例,现将结果报道如下。

1 临床资料

2003 年 2 月~2006 年 11 月,我们对 23 例 ACL 下止点撕脱骨折患者行关节镜下复位钢丝固定技术,其中男性 14 例,女性 9 例;年龄 17~49 岁,平均 32 岁;左侧 17 例,右侧 6 例;5 例合并内侧半月板损伤,4 例合并内侧副韧带损伤,2 例合并后交叉韧带损伤及内侧副韧带损伤。全部为新鲜骨折病例,因急性外伤入院,受伤至手术时间 2~9 天,平均 4.6 天;按 Meyers-McKeever-Zaricnyj 分型:Ⅰ型 3 例,Ⅱ型 7 例,Ⅲ型 10 例,Ⅳ型 3 例。

2 手术方法

以单纯下止点撕脱骨折为例说明。所有患者均取硬膜外麻醉,上止血带,膝关节自然下垂 90°悬垂于手术床旁,膝关节前内、外侧入路进入关节镜,冲洗清除积血,同时明确诊断,了解撕脱骨块的大小、移位程度、止点与外侧半月板前角的残余连接情况,是否粉碎及其程度,同时探查是否合并有半月板等损伤,清除骨折块与胫骨间血痂、纤维组织,行撕裂半月板部分切除术。在胫骨结节内侧切开 2 cm 长度的皮肤切口至骨膜,作为 2 个骨隧道的外口,使用刮匙经内侧关节入路进入关节腔,顶端压住撕脱骨块解剖复位,经内侧入路置入 ACL 重建胫骨定位器,在其引导下钻入 2 mm 克氏针制成第一个骨隧道,并需要保证克氏针出口在骨折块的边缘以保证后面的固定效果;同样的方法,在骨折块的另外一侧钻孔制成第二个骨隧道。将带内芯组件的 18 号腰穿针经第一骨隧道插入关节腔,拔除内芯组件,将胸骨钢丝穿入腰穿针,可顺利穿至关节腔内;同法经第二骨隧道应用腰穿针将双束细钢丝穿入关节腔,分别将胸骨钢丝与细钢丝从内侧关节入路拉出至关节外,作结,在血管钳的帮助下把钢丝结拉入第二骨隧道的腰穿针,最后把胸骨钢丝拉出第二骨隧道,再拔除腰穿针。胸骨钢丝在关节内的部分刚好可以压住下止点

的骨折块,用力收紧两个骨隧道外留置的胸骨钢丝,检验固定确切后才可以打结。胸骨钢丝结留于皮下,置关节内引流,缝合各个小切口^[1]。

术后康复。术后 5 天内常规预防感染治疗,禁止下地,但不需要外固定。术后 2~4 周禁止行走,但是可以伸直负重,可以在床上屈伸活动膝关节,练习直腿抬高,可以垂膝坐椅。术后 4~6 个月拍片复查,骨折愈合良好,可加强大腿肌力训练,但是禁止剧烈运动。术后 6 个月以后无限制。

3 结果

本组 23 例患者均获得随访,时间 7 个月~2 年,平均(13.43±4.8)个月,手术均可在 90 分钟内完成。所有手术病例均未发生感染、血管神经损伤、膝关节粘连、股骨髁间窝撞击症等并发症。切口愈合良好、美观。所有病例经 KD-1 000 检查均正常。术后 6 个月复查 X 片,骨折愈合良好,新鲜骨折病例术前急性外伤期间未行膝关节功能评分,术后 18 例得到 12 个月以上随访,评分为 95~100 分,平均 98.14 分。

4 讨论

ACL 下止点撕脱骨折行重建手术,要加重创伤、延长手术时间、增加医疗费用。其下止点多数与外侧半月板前角尚有部分连接,而内侧容易上翘并为内侧半月板前角形成的悬韧带阻挡,这是影响复位的主要因素。术中可以用探针弹拨前角,同时收紧固定钢丝来处理。

关于骨折端钢丝内固定点的选择,我们不推荐钢丝穿入韧带,因为这样容易切割损伤韧带纤维;也不推荐钢丝扣在韧带骨块结合部,因为这样骨折块不能解剖复位,并容易出现前上翘影响伸直以及骨愈合。我们一般选择钻孔出口在骨折块边缘,位置在骨折块的后 1/3 为最佳,方向与前交叉韧带的走行方向垂直,固定确切不容易滑脱。

在手术指征的选择上,因为 ACL 下止点撕脱骨折,上移的骨折块顶挤在髁间引起撞击,可影响膝关节的伸直活动;且由于前交叉韧带松弛,会出现前交叉韧带缺失的症状,表现为膝关节前向不稳定^[2]。一般的原则是按 2 分型,Ⅰ型不移位,可非手术治疗,功能位外固定 6 周即可;Ⅱ型、Ⅲ型、Ⅳ

中药结合耳尖放血治疗复发性霰粒肿 45 例

★ 戎志斌¹ 指导:郑曙光² (1. 贵阳中医学院 2006 级硕士研究生 贵阳 550002; 2. 贵阳中医学院 贵阳 550002)

关键词: 中医药疗法; 放血疗法; 霰粒肿

中图分类号: R 24 文献标识码: B

笔者自 2002~2007 年采取中药结合耳尖放血治疗复发性霰粒肿 45 例,取得了很好疗效,现介绍如下。

1 临床资料

45 例中男性 28 例,女性 17 例;年龄 5~52 岁,其中 18 岁以下 31 例,19 岁以上 14 例;病程最短者手术后 5 天复发,病程长者 6 个月后复发;霰粒肿长在上眼睑者 43 例,长在下眼睑者 2 例,其中较硬者 28 例,较软者 17 例。

2 治疗方法

2.1 中药治疗 丹栀逍遥散合温胆汤加减:柴胡 6 g,当归 10 g,赤芍 10 g,茯苓 10 g,白术 9 g,丹皮 10 g,栀子 10 g,法半夏 7 g,竹茹 10 g,橘红 10 g,枳壳 9 g,蒲公英 20 g,陈皮 9 g,连翘 10 g,黄芩 9 g,薏苡仁 15 g,甘草 6 g,白花蛇舌草 18 g。舌苔黄腻者去白术加苍术 7 g;霰粒肿较硬者加生牡蛎 20 g,莪术 10 g;肝火旺者加夏枯草 12 g。儿童减量。水煎服,每日 1 剂,早晚各 1 次,饭前空腹服用,有胃病史者饭后半小时服用。7 天为一疗程,较硬者可多服几个疗程。

2.2 耳尖放血疗法 取霰粒肿同侧耳尖,按摩使其充血,常规消毒后用三棱针放血,一般挤出 10 滴左右,每日 1 次,7 天为一疗程。

3 治疗结果

治愈(肿粒完全消失)40 例,有效(肿粒较治疗前缩小 1/2 以上)3 例,无效(肿粒无明显缩小)2 例,总有效率为 95.56%。

4 讨论

型应采取手术治疗。基于关节镜下治疗下止点撕脱骨折的优势明显,我们认为以上类型都可以采取手术治疗。但是对于以肌腱撕裂为主附带少量骨折片的病例,以 ACL 重建为佳^[3]。

术后康复中,我们认为应根据术中的固定牢固程度,Ⅳ型骨折石膏伸直位固定 4 周,其他均不需要石膏外固定,可以不负重屈伸活动或者站立负重。我们的要求很简单:术后 1 个月内禁止下床走路,术后 2 个月禁止上下楼梯,佩戴膝关节活动支具保护 3 个月。但是部分患者擅自下床上厕所等少量活动,并未发现骨折块滑脱问题,这也间接说明了固

霰粒肿属中医学的胞生痰核,本病名见于《眼科易知》,但对其记载甚为详尽的当是《目经大成·痰核》,书中说:“良廓内生一核,大如芡实,按之坚而不痛,只外观不雅,间亦有生于下睑者……翻转眼胞,必有行迹,一圆一点,色紫色黄。”《审视瑶函·脾生痰核症》曰:“凡是脾生痰核,痰火结滞所成。”《素问·金匱真言论》曰:“东方青色,入通于肝,开窍于目,藏精于肝。”说明肝与目的联系,并且肝开窍于目。综合以上说明霰粒肿的病因病机是有脾失健运,湿痰内聚,上阻胞睑于脉络,痰火结滞所成,如果因为情志不舒,肝郁化火,木郁克土,可以加重脾虚生痰,再加上肝郁化火,这样会加重胞生痰核的机会,所以会造成霰粒肿易复发。在临床中观察复发性霰粒肿都有情志不舒的症状,这就为我们治疗复发性霰粒肿从肝脾治疗提供了依据。配方中柴胡舒肝,当归、赤芍、莪术活血散瘀,茯苓、白术、法半夏、竹茹、陈皮、橘红、薏苡仁健脾利湿化痰,丹皮、栀子、蒲公英、连翘、黄芩、白花蛇舌草清解郁热,夏枯草、生牡蛎软坚散结。上药组合共奏舒肝解郁、祛火化痰散结之功。

根据“五轮学说”理论,胞睑为肉轮,属脾,脾胃积热,上攻胞睑,酿成疮疖。耳与脏腑经络关系密切,“耳者,宗脉之所聚也。”《厘正按摩要术》曰:“耳轮属脾”。针刺耳尖放血,能疏泄经脉之郁滞。手足三阳经皆系于耳,手足三阴经则可通过其经别而合于阳经,故局部取穴点刺放血,具有疏风清热,调理脾胃,泻火解毒之功效。

以上两种方法相结合治疗复发性霰粒肿取得了很好的疗效,是值得推广的治疗方法。

(收稿日期:2007-11-27)

定的可靠性,早期活动使得我们的病例均未出现关节粘连。

参考文献

- [1]张羽飞,王立德,孙康.介绍一种经膝上入路关节镜下治疗髌间嵴骨折[J].中国矫形外科杂志,2000,7(6):100.
- [2]薛庆云,黄公怡,张耀南.股骨髌间窝前交叉韧带撞击现象[J].中华骨科杂志,1996,16:775-777.
- [3]Howell SM, Taylor MA. Failure of reconstruction of the anterior cruciate ligament by the intercondylar roof[J]. J. Bone joint surg(Am), 1993,75:1 044-1 055.

(收稿日期:2007-10-23)