

关节镜下治疗踝关节前外侧软组织撞击综合征 9 例

★ 褚小刚 余兆仲 万小明 (江西中医学院附属医院 南昌 330006)

关键词: 踝关节前外侧软组织撞击综合征; 关节镜; 手术疗法

中图分类号: R 274.32 **文献标识码:** B

内翻性踝关节损伤临床上非常常见, 扭伤后无骨折脱位, 但反复出现踝关节前外侧肿痛, 而无踝关节不稳定, 长期非手术治疗效果不佳。随着关节镜技术的发展, 发现其肿痛常因前下胫腓韧带、前距腓韧带损伤后瘢痕化, 滑膜炎症反应以及受到撞击所致, 也称为“踝关节前外侧软组织撞击综合征”, 关节镜下切除这些病变组织可缓解疼痛及肿胀。以下总结 2004 ~ 2008 年 9 例关节镜下治疗踝关节前外侧软组织撞击综合征的体会。

1 资料与方法

1.1 一般资料

对 12 例踝关节前外侧软组织撞击综合征临床诊断疑似病例者施行踝关节镜检查, 关节镜下确诊并治疗踝关节软组织撞击综合征 9 例, 男 6 例, 女 3 例; 左侧 4 例, 右侧 5 例; 年龄 19 ~ 52 岁, 平均 28 岁; 病程 3 ~ 15 个月 (平均 8 个月)。运动损伤 7 例, 下楼时扭伤 2 例, 均为内翻性损伤。

1.2 踝关节前外侧软组织撞击综合征临床诊断标准

本组对具有以下临床表现者进行关节镜检及镜下手术: (1) 踝关节一次或多次扭伤史; (2) 局限性踝关节前外侧疼痛、肿胀, 运动后加重, 休息后减轻; (3) 体征见踝关节前外侧的局限性压痛, 踝关节背伸和外翻时疼痛; (4) 保守治疗 3 个月以上无效;

中应注意, 松解后应尽量加强功能锻炼, 减少再粘连机会, 以期达到治愈的目的。

本研究进一步证实, 关节腔注射加手法治疗肩关节周围炎的有效性、安全性, 本疗法无论在肩部疼痛缓解还是肩关节功能活动度恢复方面都有显著的疗效, 值得临床推广。

参考文献

[1] 郭长发. 肩周炎的诊断与康复 [M]. 北京: 中国医学科技出版社,

(5) X 线检查无骨折脱位或骨折脱位已愈合纠正, 应力位 X 线片无踝关节不稳; (6) 化验检查未见异常。

1.3 关节镜检及关节镜下清理术

1.3.1 器械与设备 30°、410 mm、217 mm 关节镜系列。冷光源、摄像监视器、视频成像、冲洗、切割、修整关节内病损的器械、电动刨削系统等设备。

1.3.2 手术方法 常规硬膜外或腰麻, 在踝关节线前内、前外、后外方做三个标准入孔。(1) 穿刺: 2 枚 7 号针分别由前内、前外孔处刺入踝关节内, 从一针孔注入 30 ml 生理盐水, 由另一针孔流出, 证明两针均刺入关节内。(2) 拔出前内侧入孔的 7 号针, 沿针孔纵行切开皮肤 5 mm, 将小弯止血钳顺皮肤切口钝性刺入关节内, 关节套管将关节镜顺此通道引入关节内, 套管的进水接头连接装满林格氏液的吊瓶胶管, 水由关节镜套管进入关节内, 此时前外侧的针孔有水流出。(3) 镜检: 关节镜进入踝关节后, 首先在前方找到胫距间隙, 顺之观察胫骨远端前方, 距骨顶、颈、内、外踝软骨面; 再观察三角韧带深面、下胫腓联合韧带前方、外侧沟有无韧带撕裂、肥厚、滑膜增生, 有无骨折、骨赘、游离体。关节镜下诊断标准: (1) 踝关节下胫腓关节前方或外侧可见增生肥厚的软组织, 以“半月板”状改变为主要特征。(2) 踝关节下胫腓关节前方有不规则的撕裂韧带。(3)

1993. 36 - 37.

[2] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准 [S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 186 - 190.

[3] Yian EH, Ramappa AJ, Arneberg O, et al. The Constant score in normal shoulders [J]. J Shoulder Elbow Surg, 2005, 14(2): 128 - 133.

[4] 王晶青, 葛京华, 侯宝兴, 等. 液压扩张加手法治疗肩关节周围炎疗效观察 [J]. 上海中医药杂志, 2007, 41(10): 60 - 61.

(收稿日期: 2009-07-14 责任编辑: 曹征)

克氏针撬拨技术在闭合复位股骨颈骨折中的运用

★ 万明智 刘建兵 侯新聚 (江西省南昌市洪都中医院 南昌 330008)

关键词: 股骨颈骨折; 闭合复位; 克氏针; 撬拨技术

中图分类号: R 681.8 **文献标识码:** B

目前,我国股骨颈骨折患者呈高发化、高龄化、高风险化。传统治疗股骨颈骨折的方案丰富,但实际操作中存在很多疑难和矛盾。经皮克氏针撬拨技术复位股骨颈骨折,既避免了切开复位进一步损伤股骨颈血运的风险,又利用杠杆原理,简单,实用,有效的复位了近远端骨折块。它有利于短斜形、螺旋型骨折,闭合徒手复位失败需配合经皮内固定手术, Garden III, IV 型骨折本应行人工关节置换术,而因冠

滑膜增生肥厚,滑膜炎,纤维粘连。

1.3.3 镜下手术 常规于关节镜下切除增生的滑膜和受到撞击的软组织团块,在前外侧入孔处纵行切开皮肤 5 mm,将小弯止血钳戳入踝关节内,有水流流出。然后根据情况可进入各种手术器械,修切下胫腓前、外或胫内侧的撕裂韧带,“半月板”样肥厚瘢痕及修正并发的软骨损伤。手术期间连续冲洗以保持关节通畅,后外侧孔刺入硬膜外针排水。术后各入孔缝合一针,厚敷料加压包扎。

1.4 评价

采用 Ogilvie - Harris 评分标准^[2],通过术前术后随访对比来评价踝关节镜下手术效果。

2 结果

12 例踝关节前外侧软组织撞击综合征临床诊断疑似病例者,经关节镜检查确诊并行关节镜下清理术者 9 例,术前确诊率为 75%,全部患者均获随访,随访时间平均 12 个月(3~16 个月),9 例中优 5 例,良 2 例,可 2 例,优良率 78%。

3 讨论

诊断踝关节前外侧软组织撞击综合征,多数学者认为最终须靠关节镜检查确诊。患者有一次或多次踝关节扭伤史,大部分患者是在体育运动中扭伤,

心病、糖尿病、脑梗死、恶性肿瘤、血液性疾病而仅能给予微创手术患者的辅助复位。

1 股骨颈骨折临床表现

股骨颈骨折占全部骨折总数的 3.58%。老年女性患者多见。且多伴有冠心病、糖尿病、脑梗死、恶性肿瘤、血液性疾病等高风险慢性疾病。多数患者有明显的外伤史,患髋疼痛伴活动障碍。体检患侧下肢外旋畸形,腹股沟中点触压痛,下肢纵向扣击

均有局限性踝关节前外侧疼痛,持续行走、跑步或运动后加重,并有该部位间歇性肿胀。查体均有踝关节前外侧的局限性压痛,主要在前距腓韧带、前下胫腓韧带和关节隙处,踝关节背伸活动可正常或轻度受限,但疼痛加重; Liu SH 等总结的临床表现有 6 种,认为至少有 5 种出现时可考虑诊断为踝关节前外侧撞击综合征,这 6 种临床表现为:(1)踝关节前外侧压痛;(2)踝关节前外侧肿胀;(3)踝关节背伸和外翻时疼痛;(4)患踝单腿下蹲疼痛;(5)踝关节活动痛;(6)无踝关节不稳。软骨损伤为原发或继发不能确定。X 线片主要用于排除其他疾患,有无踝关节不稳和骨折脱位。MRI 对评价有无关节软骨损伤及对前距腓韧带肥厚和外侧沟内软组织填充的诊断有一定意义。

踝关节前外侧软组织撞击综合征的最后确诊靠关节镜,关节镜手术既有确诊又有治疗作用。关节镜手术治疗主要是行关节清理术,切除增生滑膜和受到撞击的软组织团块。手术采用常规踝关节镜入路,徒手牵引。本组 12 例关节镜检确诊 9 例。关节清理术后优良率 78%,无关节感染、血管神经损伤等并发症。

(收稿日期:2009-06-08 责任编辑:周茂福)