维普资讯 http://www.cqvip.com

16-17

6

伸膝装置粘连手术疗效 21 例探讨

中国医科大学附属一院骨科 王禹祥 金成璧 谢 林

(辽宁沈阳,邮政编码 110001)

R687.4

提要 通过 21 例手术后膝关节伸膝装置粘连的再手术治疗,就其影响疗效的原因提出手术时机及注意事项;病因及预防;治疗方法的选择;术中及术后的注意事项等问题作以探讨。

关键词 伸膝装置;粘连;疗效。

膝关节是人体大关节中结构复杂、负重、活动量最大者之一,其功能的优劣甚为重要。一旦因外伤、疾病等诸因素而致膝关节遗有伸膝装置粘连,则严重影响其功能发挥,现对所收治的 21 例膝关节伸直位僵硬患者与疗效有关的问题进行探讨。

临床资料

病例来源:本组病人共 21 例,其中男 15 例、女 6 例。年龄 21～49 岁,平均 32.4 岁。病种:股骨下段骨折 11 例;股骨髁间骨折 4 例;髌骨骨折 3 例;膝部韧带损伤 3 例。均为手术后发生膝关节伸直位僵硬,原发病变基本治愈。21 例病人中膝关节屈曲小于 30 度者 16 例,其余小于 50 度。

手术方法:膝关节伸直位僵硬严重影响膝关节功能。为恢复其功能,根据膝部病变性质、骨与软骨变性、膝关节周围组织功能状态,尤其是股四头肌肌力而采取不同的手术方法,目的在于最大限度的恢复关节的活动度。最常采用的手术方法是股四头肌成形术,术中切除粘连的瘢痕组织,使健康部分的股四头肌恢复功能。本组病人中 4 例同时在股中间肌与股骨间置入硅胶膜;1 例应用髌骨上囊敷于股中间肌与股骨间。术后将患肢置于伸直位 17 例;过屈位石膏托固定者 4 例。术后当天开始肌肉等长舒缩,第 2～3 天开始主动和被动的屈曲活动,特别是肌肉的自主收缩和伸展。

疗效判定:患者膝关节屈曲 70 度以上即可维持正常功能。判断标准见表 1。

表 1 疗效判定

疗效判定	优	良	劣
膝关节屈曲角度	110 度以上	70～110 度	70 度以下

结果:21 例病人术后随访 2～11 年,平均 3 年 8 月。见表 2。

表 2 术后随访

项目	伸直位	例(%)		过屈位例(%)		总计
标准	成形术	硅胶膜	髌上囊	成形术	硅胶膜	髌上囊
优	4(19.0)	1(4.8)		2(9.5)		7(33.3)
良	5(23.8)	2(9.5)	1(4.8)	2(9.5)	1(4.8)	11(52.4)
劣	2(9.5)			1(4.8)		3(14.3)

讨 论

一、在 21 例股四头肌成形术中,5 例术中见股四头肌与股骨间不光滑而置入硅胶膜者 4 例、应用髌上囊敷于股四头肌与股骨间者 1 例,效果满意。疗效较差者中 2 例主要因为股骨髁部骨折术后一年在外院行螺钉取出后,伸膝装置粘连加重(术中未松解,膝关节屈曲角度由 30 度减少为 10 度左右)来诊。间隔三个月后二次手术,膝关节内、外粘连较重,术中经过困难,术后创伤性炎症较重,虽经最大努力,疗效不佳(屈曲角度恢复至 50 度左右)。1 例因术后感染而无法进行功能锻炼,效果较差。可见,手术能否达到满意疗效取决于:股直肌完整无损;股直肌分离出来后仍有滑动伸展功能;通过锻炼,股直肌仍能壮大起来;术后应及早开始活动,力争最大的活动度;病人要充分合作、克服疼痛、及早锻炼。

二、手术时机及准备:对术后膝关节伸直位僵硬的治疗主要通过伸膝装置粘连的松解、股四头肌成形术,所以术前应对其创伤的病理有正确的估计,同时考虑:患者对膝关节屈曲功能的要求,使患者正确认识手术目的,密切配合;一般来说,手术应选在骨折后一年左右,不宜过早进行。因为骨折后膝关节功能恢复需要一定的时间,在此期间可行体疗和理疗治疗,甚至可在麻醉下推拿,如仍无改进可考虑手术;另外,患者对已有的膝关节屈曲功能是否满意也需要一段时间来判断;术前加强肌力练习,增强肌力,术后在医护人员的指导下早期开始功能锻炼。

三、病因及预防:膝关节伸直位僵硬最常见的病因是股骨中下段骨折,主要是关节外因素所致。主要病理改变是由于创伤或手术所致股四头肌损伤,术后未能早期进行股四头肌及膝关节功能锻炼,膝关节长时间处于伸直位,以致股四头肌和骨折端间形成牢固的行纤维粘连,所以对骨折处理好坏直接关系到骨折愈合后膝关节的功能。首先切口最好选股外侧或前外侧切口,沿肌间隙进入,尽量减少对肌肉组织的破坏,彻底止血;在切口下段切勿破坏髌上囊;切开复位应严格按骨折治疗原则操作、手术轻柔、减少对骨膜的剥离。一般来说可以减少或避免此并发症的发生。

维普资讯 http://www.cqvip.com

四、术中及术后的注意事项：伸膝装置粘连松懈的手术应按步骤进行探查，以达到松解的目的。术前根据其病理改变选择手术入路，一般由骨折部位开始逐步被动屈曲，检查影响屈曲的部位和因素，由关节外向关节内逐步松解直至达到术中被动屈曲的最大范围。如术前估计病变主要在关节内，手术则由松解关节内粘连开始。因手术范围较广、剥离粘连出血及渗血较多、术后肿胀明显，所以术中应严密止血。为保持局部光滑平面、防止粘连，在膝关节松解后可将股内外侧肌在股直肌下直接缝合于股骨前面，也可置入硅胶膜以防粘连，股四头肌扩张部应尽可能在屈曲位缝合。术中不可切除髌骨和延长股直肌，以免术后影响伸膝力量和膝关节早期功能锻炼。术后将患肢置于 Thmas 架和 Pearson 副架上，并保持 60～70 度位，负压吸引最好使用 48 小时以减轻肿胀。功能锻炼可于术后当天即开始肌内等长舒缩，第 2～3 天开始主动和被动的屈曲活动，特别是肌肉的自主收缩和伸展，保证肌肉在骨面上最大范围的活动而不至粘连。随着创伤性炎症的消失可逐步增加活动次数和范围，主动活动配合被动活动，伤口愈合后可配合理疗和体疗，在练习屈膝的同时加强伸膝肌的锻炼，最大限度的恢复膝关节的功能。值得指出的是，功能锻炼应在医护人员的指导下进行，少数病人常因缺乏正确的指导而未能达到预期效果。

结论：伸膝装置粘连多由创伤或手术所致，可以观察、保守治疗一年。如仍不满意，屈曲小于 70 度，影响工作及生活，应考虑手术治疗。术式可行股四头肌成形术，并根据术中情况决定具体手术方式。术后指导病人加强膝关节功能锻炼，尤其是早期锻炼，并配合物理疗法以争取达到最佳效果。另外，在涉及可能引起伸膝装置粘连的疾病处理上，应引起我们的足够重视。

（收稿日期：1997—04—14）

巩膜瓣下单侧虹膜嵌顿的手术报告

河北省衡水市第二医院　董翠芬

河北省衡水市卫生学校　张彦贞

（河北衡水，邮政编码 053000）

闭角型青光眼主要是因为瞳孔阻滞虹膜根部引起的房角阻滞所致。不同患者，其眼压控制率高低不一。我们采取巩膜瓣下单侧虹膜嵌顿的方法，提高了控制眼压的效果，现报告如下：

临床资料：板层巩膜下虹膜单侧嵌顿手术，46 例（48 眼），其中男 14 人，女 25 人，年龄在 34～70 之间。急性闭角型青光眼 42 例，慢性闭角型 4 例，急性发作期 28 例，发作间歇期 14 例。46 名患者，入院时视力光感—0.9，眼压大于 4.21kPa。出院时视力 0.1～1.2，眼压均在 2.51kPa 以下。

手术方法：距角膜缘 8mm 处切开球结膜，作包括眼球筋膜的结膜瓣，并将它反转角膜上，作一以角膜缘达基底的 5.5×5mm，深 1/2 巩膜板层瓣，用刀背分离板层直达角巩膜缘透明区 1mm。巩膜瓣呈"门"形，在板层瓣的两角按预置线，此线从结膜瓣相应部位穿出，距角膜缘 0.5mm 处，沿着角膜缘切口，巩膜切口长约 4mm，持虹膜剪刀将脱出的虹膜平行切口剪开 4/5，将 4/5 游离的虹膜嵌于 1/5 未剪断一侧，复位巩膜，按摩切口，瞳孔呈圆形，虹膜缺损区 2×2mm，术终。结膜下注射庆大霉素 2 万单位，氟美松 2mg，口服消炎痛，5 天拆线。术后处理同其他滤过性手术。

讨论：青光眼滤过术的种类甚多，我们于 1994 年，对滤过手术加以改进，此手术是虹膜嵌顿和虹膜根切同时完成的术式，效果明显，至今应用于临床，对 46 例手术进行分析，眼压控制率为 90.1%，视力不变，增进者占 93.5%，前房次日恢复正常，白内障等并发率明显低于其他手术。对巩膜下虹膜单侧嵌顿术的降压机制，直接导致房水排出巩膜静脉窦，前房与房水静脉直接贯通。巩膜瓣的滤过枕作用，主要是由于房水沿着巩膜瓣小切口或者直接渗透过巩膜瓣所致。传统的抗青光眼手术方法结膜滤枕处菲薄，术后总不免存在磨破或感染的危险，如巩膜瓣间渗透说法是可信的，则巩膜下单侧嵌顿可以起到防止巩膜间粘连的作用，值得推荐。

小结：本文巩膜瓣下单侧嵌顿方法治疗闭角性青光眼，两年多来，共作 48 只眼，眼压控制在 2.51kPa 以下。经过对其中 19 名患者进行随访观察，除 1 眼滤枕不明显外，余皆有扁平滤枕，术前眼压大于 4.21kPa，一年后复查皆为 2.51kPa。

（收稿日期：1997—04—03）