

可吸收缝合线加分体式髌骨爪治疗髌骨骨折的体会

Experience of treating patella fracture by absorbable sutures plus split patella

吴治光

(重庆市大足区第二人民医院, 重庆, 402368)

中图分类号: R274.1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2012) 22-0112-02

【摘要】目的: 探讨髌骨骨折的治疗方法及其效果。方法: 用可吸收缝合线加分体式髌骨爪治疗髌骨骨折。结果: 本组病例随访 6~12 个月, 优 20 例, 良 2 例, 差 1 例, 优良率达 96.8%。结论: 可吸收缝合线加分体式髌骨爪治疗髌骨骨折, 疗效满意。

【关键词】髌骨骨折; 可吸收缝合线; 分体式髌骨爪

【Abstract】Objective: To investigate the treatment methods and effects of patella fractures. Methods: Using absorbable sutures plus split patella to treat patella fractures. Results: The patients were followed up for 6 to 12 months, excellent in 20 cases, good in 2 cases, poor in 1 case, excellent rate was 96.8%. Conclusion: The results of using absorbable sutures plus split patella to treat patella fractures were satisfactory.

【Keywords】Patella fracture; Absorbable sutures; Split patella

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2012.22.071

我科自 2009 年 9 月~2011 年 9 月, 共收治髌骨骨折 23 例, 用可吸收缝合线加分体式髌骨爪手术内固定, 取得了满意疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

23 例患者中横断型骨折 5 例, 上下极骨折 6 例, 粉碎性骨折 12 例。其中男 15 例, 女 8 例, 年龄 23~75 岁, 平均年龄 39 岁, 开放性骨折 6 例。手术间隔时间 2~5d。

1.2 方法

持硬膜外麻醉下, 气囊止血带止血。手术切口采用髌前横弧形切口。切开皮肤、皮下, 沿筋膜下剥离, 翻开皮瓣, 显露髌骨骨折线, 清除骨折端及关节内积血。伸直膝关节, 髌前加压推挤, 将髌骨骨折块整理、碎骨块填充于骨缺损区、对位整齐, 使髌前骨面恢复平整。巾钳夹持骨块, 或用细克氏针暂时固定。对于粉碎性骨折, 用 1~2 根可吸收线沿髌骨周缘基底部荷包缝合扎紧打结。若为横断或上下极骨折, 用 1 根可吸收线“O”形环扎打结固定, 1 根可吸收线于髌骨表面“8”字交叉后打结固定。用手指触摸髌骨关节面平整后, 修补髌旁内外两侧扩张部和髌前腱膜。安放分体式髌骨爪, 安装时选择大小型号合适, 上极和下极视粉碎情况选择 3 爪和 2 爪方向, 粉碎重的用 3 爪端, 使其尽可能钩抱髌骨上下极主要的骨块或最大的骨块, 上下挤压髌骨爪, 用复位钳钳夹髌骨爪使其螺纹对合好, 锁定螺母。完毕后一手按压髌骨, 一手徐徐伸膝 (0° ~ 80°) 数次, 磨复合位关节面, 使其平整。C 形臂下透视骨折复位满意后逐层缝合切口, 术后无需外固定, 2~3 周后逐渐负重行走。

2 疗效标准

其标准分为优、良、中、差 4 级。优: 骨折对位良好, 关节面平滑, 骨折愈合, 功能完全恢复, 活动无不适; 良: 骨折对位好, 关节面基本平滑, 骨折愈合, 膝关节屈伸活动范围在 150° 左右; 中: 骨折对位较好, 关节面基本平滑, 骨折愈合, 膝关节屈伸活动范围 $<120^{\circ}$, 活动稍感不适; 差: 骨折对位不

良, 关节面不平滑, 膝关节屈伸活动范围 $<90^{\circ}$ 。

3 结果

本组病例随访 6~12 月, 均正常愈合。本组术后随访优 20 例, 良 2 例, 差 1 例, 优良率达 96.8%。

4 讨论

髌骨是人体最大的籽骨, 髌骨骨折是临床上常见的骨折之一。髌骨与其周围的韧带, 腱膜共同形成伸膝装置, 维护膝关节的稳定, 是下肢活动中十分重要的结构。髌骨骨折为关节内骨折, 尤其是粉碎骨折, 处理不当, 易发生创伤性关节炎、关节粘连僵硬等不良后果。其治疗原则是: ①尽可能保留髌骨; ②充分恢复其后关节面的平整; ③恢复股四头肌扩张部分的横形裂伤; ④早期锻炼股四头肌; ⑤在可能条件下, 早期练习膝关节伸展活动, 以期通过模造, 使髌股关节恢复吻合^[1]。而克氏针张力带内固定治疗髌骨粉碎性骨折, 可能因骨块较小克氏针穿针困难, 不能有效固定, 有时可造成新的骨折, 导致内固定松动不稳定, 若术中遗留钢丝尾过长, 克氏针尾或钢丝于皮下慢性刺激致滑囊炎, 克氏针过短致钢丝易于滑脱等弊病, 影响治疗效果; 记忆合金聚髌器术中需用冰盐水反复塑形、调整困难、取出不易; 其他还有钢丝环扎、拉力螺钉固定等。但每种方法都有其局限性, 没有一种手术方法能够适用于所有类型的髌骨骨折。切除髌骨则可能发生膝关节不稳定, 股四头肌萎缩肌力减弱, 髌韧带钙化等不良后果。

分体式髌骨爪固定治疗髌骨骨折, 其爪支连接的腰部位于髌骨表面, 其固定以纵向聚合为主, 固定在髌骨的张力侧, 符合张力带原则, 5 个方向把持髌骨固定可靠, 其形状符合髌骨的解剖学形态, 可吸收缝合线起到了临时复位对合关节面作用, 使分体式髌骨爪上下牵拉固定能更好的对抗肌肉的牵拉, 两者互相补充使复位与固定得以完美结合, 术后可早期活动, 它既符合西医的骨折治疗原则, 又体现了中医骨折的“动静结合, 筋骨并重”的原则, 尤其适合治疗粉碎性骨折和横断型骨

(下转 115 页)

2 中药 ADR 情况分析

ADR 定义: 指合格药品在正常的用法和用量情况下, 出现的与用药目的无关的或意外的有害反应。所有药品都可能出现 ADR, 中药也不例外, 中医用药还讲究君、臣、佐、使的配伍, 讲究相辅相成, 相反相助, 以最大限度地发挥疗效和降低毒性。违反了辨证论治准则和药物配伍规律, 就很容易发生不良反应, 中药制剂也同样要求个体化给药。

2.1 ADR 多发于静脉滴注

611 例 ADR 报告中, 449 例是由注射剂引起的, 占不同剂型的 73.49%, 临床应用多为静脉滴注。文献报道^[2]中药注射剂对大输液的澄明度、微粒、稳定性有很大的影响。常见的有: 微粒的变化, 热原反应的增加, 发生配伍禁忌等。这主要是由于药物的加入改变了药液的 pH 值, 而溶媒的改变亦使中药注射剂中的有效成分及杂质析出, 操作中致热原的累积等。另外, 该给药方式本身存在注射部位刺激、输液反应等 ADR; 不合理的滴注速度, 用药剂量选择药品说明书中的高限剂量等, 导致体内药物瞬时或持续浓度偏高而引发 ADR。

2.2 ADR 多发于当天

611 例 ADR 中, 有 336 例 (54.99%) 是在 24h 内发生的, 且大多是在首次用药 2h 内发生的, 以过敏反应为主。这就提示医、护人员在用药当天应严密观察患者, 备齐抢救药品, 以尽量避免 ADR 的发生或将其损害减小到最低限度。消化类药物的 ADR 大多发生在口服药物 1~2d 后, 药师应在发药时做好用药交待, 提醒患者对胃肠道有刺激的药物应饭后服用。

2.3 皮肤及附件损害最为常见

中药 ADR 涉及人体的各个组织器官, 其中以皮肤及附件损害最常见, 占总数的 54.17%, 其可能与两个因素有关: ①皮肤反应的临床表现易于观察和诊断, 而且不易与其它疾病相混淆。②各种药疹主要为变态反应所致, 而且目前临床上常用的药物有的本身即为全抗原, 有的则是半抗原, 进入人体后较易引起变态反应^[3]。

2.4 老年人是 ADR 的高发人群

从年龄分布看, ADR 可发生在任何年龄组人群。根据统计结果, 60 岁以上的老年患者的 ADR 发生率较高, 占 50.08%。这主要是因为老年人用药较多, 有 80% 以上的老人常年需要药物维持。老年人药动学参数的改变使血药浓度常保持在较高水平, 体内的自我稳定功能减弱, 药物效应相应增强, 各系统尤其是中枢神经系统对多种药物敏感性增高, 而机体免疫功能退化易出现变态反应。有学者认为老年人的 ADR 发生率为中青年的 2.5 倍^[4]。其次为 51~60 岁中年人群发生 ADR 频率较高。这主要是进入中年以后肝、肾功能都有不同程度的减退, 工作生活压力较大, 身体处于疲惫状态, 机体对药物的代谢、排泄功能随之降低, 发生 ADR 的机会增加。

(上接 112 页)

折, 操作方法的简单, 疗效可靠, 术后可早期活动, 骨折愈合快, 膝关节功能恢复较好, 并发症少, 适合于基层医院开展推广。

参考文献:

[1]王亦璠主编.骨与关节损伤[M].北京:人民卫生出版社,1999:684

3 预防策略

ADR 的发生有着诸多的影响因素, 如药品本身质量引起, 或药品使用不当引起。而大部分的 ADR 都在医疗机构中发生, 那么医疗机构在 ADR 发生的这个过程中是有着非常重要关系的。医疗机构对于药品质量的控制也许只能保证药物存储环境, 药物使用期限, 药物厂家生产资质等。对于医疗机构来说, 提高药物合理使用率, 对于降低 ADR 的发生才是最关键有效的途径。

3.1 规范医生临床用药

中药 ADR 可发生于人体的各个组织器官, 为患者治疗时, 医师应详细辨析患者的年龄、性别、重要器官的功能状态等因素; 还要注意药物的相互作用, 了解其药物组成, 针对病情合理确定用药。用药时, 具有相同疗效的情况下, 选择安全性能较高的剂型。选用注射剂, 应充分注意选择适宜的给药剂量、药液浓度, 注意用药过程监护, 及时发现 ADR, 确保用药安全。

3.2 加强药师用药监督

中药师应严格把好处方质量关, 加强对临床用药的监督, 加大合理应用中药、中成药的宣传力度, 提高患者用药安全及自我保护意识, 努力改变人们普遍认为的“中药无害论和无毒论”的错误观念, 避免错误及盲目和不按剂量用药, 减少中成药的不良反应发生。

3.3 提高患者服药依从性

患者应相信医生的判断, 听医生的嘱咐按时、按量、按方法服用。特别是特殊人群, 如老年人患者、儿童患者、妊娠和哺乳期患者、肝肾功能不全者等, 应遵医嘱做到科学合理的用药。

4 结 语

正确认识中药及其不良反应, 医疗机构提高中药的合理使用, 降低因不合理使用中药引起的药物不良反应。这就要求临床使用中药, 应熟练掌握和遵循中药的配伍禁忌、正确地辨证论治、重视中药典籍中治病经验教训, 在严格掌握药物炮制方法和毒副作用用量, 才能做到防止因使用不当而引起的中药不良反应, 使中药更加安全有效。

参考文献:

- [1]李凤玲,杨杰,等.简述中药的不良反应[J].时珍国医药,2006,17(1):130
[2]吴民,朱春梅,宋乙平.中药注射剂对输液微粒的影响[J].中国医院药杂志,1999,19(5):277
[3]张爱琴,白玉国,刘翎.我院 2004 年药品不良反应分析[J].中国医院药杂志,2006,26(5):617
[4]谢惠民.合理用药[M].北京:人民卫生出版社,2004:853-859

编辑: 赵玉娟 编号: EA-120829223 (修回: 2012-11-21)

作者简介:

吴治光 (1963-), 男, 大专学历, 主治医师。

编辑: 赵玉娟 编号: EC-120811124 (修回: 2012-11-20)