

胞器的稳定性,有效防止胰腺分泌;稳定腺泡内多种消化酶的释放,阻止胰腺溶解及破坏;抑制多种外源性与内源性刺激引起的胰腺分泌;稳定腺泡内溶酶体膜,抑制细胞内胰酶激活;抑制血小板聚集和 TXA₂ 合成,防止血栓形成;舒血管作用,缓解胰腺损伤小血管痉挛,改善胰腺血流;调整 PGI₂/TXA₂ 比例,使其恢复正常比例,减轻或中止对胰腺的病理损害^[6,7]。

氟尿嘧啶通过抑制 DNA 和 RNA 的合成,阻断胰酶的合成,使胰腺分泌细胞中的酶蛋白合成受抑制,胰液合成减少,胰酶分泌量下降,防止胰腺“自身消化”^[8],缩短了胰腺炎的病程。本文观察前列地尔和氟尿嘧啶治疗重症胰腺炎 38 例,无论是腹痛缓解时间或消失时间均优于传统治疗方法。两药合用既可改善胰腺循环,又能抑制胰腺分泌,作用协同,疗效可靠,方法简便,副作用少,作为目前治疗重症

胰腺炎改善胰腺微循环、抗胰酶可选用的疗法,可在临床上推广应用。

[参 考 文 献]

- [1] 张顺财. 消化系统疾病诊断与鉴别诊断学[M]. 北京: 科学出版社, 2004: 425~426.
- [2] 袁耀宗, 吴云林, 江石湖. 消化系统疾病临床新技术[M]. 北京: 人民军医出版社, 2002: 197~199.
- [3] 沈志祥, 陈喜兰, 谭诗云, 等. 消化系统疾病诊断与治疗学[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2004: 611~612.
- [4] 李永红. 重症胰腺炎 38 例外科治疗[J]. 蚌埠医学院学报, 2004, 29(5): 450~451.
- [5] 巫协宁. 重症胰腺炎的发病机制[J]. 中华消化杂志, 1999, 19(5): 335~338.
- [6] 张圣道, 雷若庆. 当前重症胰腺炎治疗中应注意的几个问题[J]. 中华消化杂志, 2001, 21(4): 240~241.
- [7] 王兴鹏. 加强重症急性胰腺炎临床若干问题的研究[J]. 中华消化杂志, 2003, 23(12): 709~710.
- [8] 袁耀宗. 当今胰腺疾病研究的热点[J]. 中华消化杂志, 2004, 24(3): 129~130.

[文章编号] 1000-2200(2005)05-0451-02

·临床医学·

胫骨平台骨折 36 例治疗分析

朱成润, 金卫国, 刘立明, 曹燕庆

[摘要] 目的: 观察 AO“T”或“L”型支持钢板治疗胫骨平台骨折的疗效。方法: 36 例胫骨平台骨折, 术前行 X 线正侧位片、CT 检查, 并于骨牵引后复查 X 线片, 采用 AO“T”或“L”型支持钢板内固定、植骨。结果: 随访 8 个月~2 年, 按 Hohl 膝关节功能评分标准, 优良率 83%。结论: AO“T”或“L”型支持钢板治疗胫骨平台骨折疗效满意。

[关键词] 胫骨骨折; 骨折固定术, 内

[中国图书资料分类法分类号] R 683.42 [文献标识码] A

胫骨平台骨折为关节内骨折, 易造成创伤性关节炎。1998 年 1 月~2004 年 4 月, 我院采用切开复位、AO“T”或“L”型支持钢板内固定治疗胫骨平台骨折 36 例, 术后辅以下肢关节功能康复器(CPM 机)功能锻炼, 取得满意效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 36 例, 男 24 例, 女 12 例; 年龄 20~75 岁, 其中 20~40 岁 24 例。左侧 12 例, 右侧 24 例。开放性骨折 6 例。致伤原因: 交通事故伤 24 例, 坠落伤 9 例, 摔伤 3 例。合并症: 颅脑外伤 3 例(颅骨骨折 2 例, 硬膜外血肿 1 例), 腓骨骨折 7 例, 跟骨骨折 1 例。前交叉韧带止点撕脱骨折 2 例, 半月板损伤 2 例, 均未合并有血管、神经损伤。按 Hohl 分型: II 型 11 例, III 型 16 例, IV 型 6 例, V

型 3 例。受伤至入院时间 1~72 h, 入院至手术时间 4~8 天。

1.2 术前准备 闭合性胫骨平台骨折 30 例直接行跟骨骨牵引。开放性骨折急诊行清创缝合, 跟骨骨牵引, 待伤口愈合后行二期手术治疗, 术前根据 X 线片和 CT 检查结果仔细分析骨折移位。关节面塌陷程度和皮肤损伤情况, 制订手术方案和选择内固定方法。牵引复位后 X 线检查, 并选择合适的内置物及手术入路。

1.3 手术方法 采用连续硬膜外麻醉, 患者取仰卧位, 大腿上气囊止血带, 腘窝下垫高, 采用胫骨上段前内侧切口 15 例, 前外侧切口 21 例, 必要时加对侧切口。通过切口向上沿至关节腔, 清除关节内积血, 探查半月板和韧带损伤情况, 在胫骨上段行骨膜下剥离显露关节软骨面, 仔细探查关节面塌陷、骨折碎块的情况。于关节面下 3~5 cm 胫骨开窗 1 cm×2 cm, 通过骨窗把塌陷关节面顶起并整复骨折块, 并在“C”型臂 X 光机透视监控下修复关节面, 骨折片用克氏针临时固定, 大骨折块用拉力螺钉固定, 按照

[收稿日期] 2005-03-07

[作者单位] 安徽省安庆市立医院 骨科, 246003

[作者简介] 朱成润(1957—), 男, 安徽安庆人, 副主任医师。

AO 内固定技术, 置入“T”或“L”型钢板。根据关节面下骨缺损情况, 采取植骨充填。本组取髂骨植骨 13 例, 人工骨植骨 3 例(今世植骨灵)。术中见半月板破裂 2 例, 难以修复均行半月板切除。前交叉韧带止点撕脱骨折 2 例, 用可吸收缝线(微桥缝线)行前交叉韧带止点骨折块固定, 术毕用 1:1 碘附稀释液冲洗关节腔, 置管引流。

1.4 术后处理 常规预防使用抗生素, 24~48 h 拔除引流管, 术后第 2 天进行患肢股四头肌舒张、收缩功能锻炼, 并逐渐进行膝关节主动和被动伸、屈功能锻炼, 并辅以 CPM 机功能锻炼, 从 30° 开始逐渐增加角度, 每天 2 次, 每次 60 min。

1.5 术后判断依据 根据 Hohl 膝关节功能评分方法^[1] 评定疗效。优: 膝关节活动 > 120°, 伸膝受限 0°, 内外翻角 < 5°, 行走距离 > 3 km, 关节活动不痛; 良: 膝关节活动 < 90°, 伸膝受限 > 0°, 内外翻角 > 5°, 行走距离 < 1 km, 关节活动时痛; 一般: 膝关节活动 < 75°, 伸膝受限 > 10°, 内外翻角 > 5°, 行走距离 < 100 m, 关节活动、休息时痛; 差: 膝关节活动 < 45°, 伸膝受限 > 30°, 内外翻角 > 10°, 行走距离 < 100 m, 持续性疼痛, 活动时加重。

2 结果

36 例经 8 个月~2 年随访, 骨折愈合时间为 12~16 周, 术后第 3 天复查 X 线片骨折复位满意, 随访时关节面基本维持复位, 未见骨折不愈合, 畸形愈合 1 例。根据 Hohl 评分方法, 本组膝关节功能恢复优 20 例, 良 10 例, 一般 4 例, 差 2 例, 优良率 83%。

3 讨论

胫骨平台骨折属于关节内骨折, 呈多平面的骨折, 这种损伤对膝关节的稳定性和功能都会造成影响, 传统的治疗(如骨牵引、石膏固定易造成膝内、外翻畸形)后关节不稳定、关节面不平整, 继发创伤性关节炎, 且不能早期进行膝关节功能锻炼, 导致关节僵硬。随着手术技术和内固定物改进, 王亦璠^[2] 指出对移位骨折多主张手术复位内固定, 在解剖复位的基础上最大限度的恢复膝关节功能。张殿英等^[3] 分析胫骨平台生物力学特点指出准确对合关节面, 牢固固定骨折, 早期活动, 才能最大限度地减少创伤后关节炎的发生, 使关节达到最佳功能。Hohl II~V 型为不稳定型骨折, 在“C”型臂 X 光机透视下撬拨复位, 行克氏针、骨栓固定, 难以使塌陷的骨折块复位满意, 术后行石膏固定时间长, 导致术后关节功能恢复不满意。刘一等^[4] 指出手术的关

键是确保关节面平整及恢复膝关节正常的外翻角, 并指出胫骨平台骨折治疗方法的选择与预后有关。本组 36 例通过手术恢复关节面平整和膝关节的解剖形态, 增强骨折的稳定性, 采用 AO“T”或“L”型支持钢板内固定, 防止关节面重建后的再次移位, 增强骨折的稳定性, 有利于膝关节早期功能锻炼, 使膝关节功能得到最大程度的恢复^[5]。通过 X 线片、CT 扫描可以明确骨折塌陷的范围和程度, 避免 X 线片的术前判断不足^[6]。不同程度的损伤应采用不同的手术方式, 对合并症的处理和有效的膝关节功能锻炼是提高手术疗效的关键。

胫骨平台髌部为海绵状骨, 受到高能量损伤和内、外翻应力造成骨折, 且多为粉碎、移位的骨折, 易导致关节面塌陷。张秋林等^[7] 探讨了胫骨平台骨折的最佳治疗方法, 采用切开复位支持钢板内固定, 原则上塌陷 > 0.5 cm 者一律采用自体髂骨植骨。手术复位的目的是为了恢复关节的解剖结构, 撬起关节面后的骨缺损部位必需采取植骨充填, 有利于恢复关节面的解剖形态, 增加骨折的稳定性, 促进骨折愈合。术中整复胫骨平台骨折后, 与胫骨前面开窗处植骨, 植骨时防止不实和过多的充填, 防止拉力螺钉过度固定骨折块, 以免影响植骨效果。骨缺损的修复通常取自体骨或同种异体骨作为修复材料, 近年来新型材料人工骨在骨科的广泛应用, 减少了患者取骨的创伤。术后辅以 CPM 机功能锻炼关节活动度应循序渐进, 患肢主、被动活动相结合, CPM 机可以增加关节软组织的营养代谢, 刺激多能间质细胞分化成关节软骨, 加速软骨及周围组织愈合, 加快血肿吸收, 减少关节积液, 对防止膝关节伸膝装置粘连起到十分重要的作用^[8]。

[参 考 文 献]

- [1] Hohl M. Tibial condylar fractures[J]. *J Bone Joint Surg (Am)*, 1967, 49: 1 455.
- [2] 王亦璠. 骨与关节损伤[M]. 第 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 1 037.
- [3] 张殿英, 姜宝国, 傅中国, 等. AO 技术治疗胫骨平台骨折疗效探讨[J]. *中国矫形外科杂志*, 2001, 8(3): 253~255.
- [4] 刘一, 徐莘香, 张新, 等. 胫骨平台复杂骨折的治疗[J]. *中华骨科杂志*, 1997, 7(6): 364~366.
- [5] 董新明. T 型或 L 型钢板治疗胫骨平台骨折 18 例分析[J]. *蚌埠医学院学报*, 2004, 29(2): 143~144.
- [6] 张峻, 侯筱魁, 王以友, 等. 三维 CT 重建在胫骨平台骨折中的应用[J]. *中华骨科杂志*, 1998, 18(7): 387~390.
- [7] 张秋林, 王秋根, 王家林, 等. 胫骨平台骨折的手术治疗[J]. *第二军医大学学报*, 2001, 22(10): 985~987.
- [8] 缪国平, 于桂泉, 张驰, 等. 胫骨平台双髌骨折 22 例临床治疗体会[J]. *实用临床医药杂志*, 2004, 8(6): 90~91.