

## 《现代医院》杂志栏目

现代化纵论	专业技术篇
学科进展	论著·论述
实验与应用研究	临床经验
传统医学	医技诊疗
临床药学	护理技术
心理医学	医改实践
质量管理	应急管理
文化建设	人力资源
后勤支持	信息服务
社区卫生服务	预防保健
医师手记	港澳台链接
科技新知	辞海查新
院刊集锦	医院采撷篇

## 杂志社服务电话

020—83310901  
83310902

## 历年期刊

更多>>

- 2010年9月第10卷第9期
- 2010年8月第10卷第8期
- 2010年7月第10卷第7期
- 2010年6月第10卷第6期
- 2010年5月第10卷第5期
- 2010年04月第10卷第4期



## 文章检索

文章标题  所有栏目  关键字

## 重建钢板塑形在髌前上棘撕脱骨折内固定中的应用

[ 作者: 广东省台山市中医院骨二科 容伟雄 ] 来源: 本站原创 阅读数: 224

**摘要** 目的: 探讨髌前上棘撕脱骨折内固定物的合理选择。方法: 对2007年至2009年12月间我院18例青少年髌前上棘撕脱骨折用重建钢板塑形内固定治疗结果进行回顾性分析, 从而证明对髌前上棘撕脱骨折使用重建钢板塑形内固定有明显的优势。结果: 临床结果证明髌前上棘撕脱骨折以重建钢板塑形内固定治疗, 效果良好, 能显著缩短治疗时间及康复时间, 在治疗髌前上棘撕脱骨折上具有很明显的优势。

髌前上棘撕脱骨折很多时候见于少年, 一般发生在运动前, 由于准备工作做得不够, 热身准备不足所致。髌前上棘撕脱骨折在临床上治疗方法多种多样。大体上可分为保守治疗和手术治疗。保守治疗主要就是对患者进行适当的制动; 手术治疗就切开复位并行内固定治疗。很多的学者都认为保守治疗方法很简单, 骨折痊愈后髌关节功能也恢复得很好, 基本不会受到什么影响, 还可以免除切开复位的麻醉之苦和手术之苦, 是一种较好的治疗方法[1]。而另一些学者则认为应该行切开复位内固定治疗, 理由是切开复位内固定手术操作很简单, 可以达到比较满意的解剖复位, 术后的疗效肯定, 而且手术治疗后, 患者的卧床休息时间明显缩短, 可以早期下地活动而进行功能恢复。而保守治疗不能达到满意的解剖复位, 从而可能会影响到外形和美观, 并且保守治疗的卧床时间相对手术治疗长, 下地活动, 行功能锻炼的时间也相对较晚。[2]随着社会的发展, 人们对外形和美观的要求越来越高, 保守治疗方法往往很难满足患者对外形美观的需求, 所以接受手术治疗的患者越来越多。在手术治疗上, 传统多采用克氏针或钢丝张力带固定或者就是单单用螺丝钉行固定。用此方法进行固定, 术后患者还是无法早期下地负重活动, 因为这类方法存在内固定容易松脱的缺点, 多要在术后3周到4周才能下地行功能锻炼, 很明显, 这是很不利于患者的康复的。我科尝试开展了用重建钢板塑形来作内固定, 通过对临床疗效的观察, 发现该固定方法术后疗效很显著, 手术后第3天患者即可以下地行早期功能锻炼, 而且经过对患者随访, 无一例钢板松动、骨折发生移位的情况发生。回顾先后遇到的18例此种病例, 现总结如下:

### 1 材料与方法

1.1 病例资料 本组 18例, 男性 14, 女性4例, 年龄 介于14~18岁。均为跑步引起。临床表现为: 伤后髌前部疼痛、少许肿胀, 部分患者瘀斑, 患膝和患髌关节处于被动屈曲位, 被动或主动伸直膝关节和髌关节时疼痛明显会加重, 经过休息后多能自行缓解。X线片提示: 髌前上棘撕脱骨折。

1.2 手术方法 在硬膜外麻醉下, 手术切口是以髌前上棘骨折部位为中心取一切口, 沿切口切开皮肤, 皮下组织, 筋膜, 向切口两侧牵拉开软组织, 暴露髌前上棘骨折部位, 术中可以见到撕脱的骨块会被缝匠肌拉向较远方。术中先清理血肿, 作骨膜下剥离, 较清楚地暴露骨折块, 使骨折块达到良好的解剖复位后。使用布巾钳对骨折块行暂时的固定, 取一块长度适中的重建钢板来根据髌骨的弧度来进行塑形, 根据髌骨本身的弧度塑成大致U形, 钢板从骨块前方置入(注意不要过分分离骨块上的软组织), 使钢板嵌住髌骨内外侧缘。检查见钢板紧贴髌骨后, 从钢板二侧旋入螺丝钉把钢板固定在髌骨上, 再从骨块前方拧入一枚螺丝钉固定。完成后活动髌关节, 见骨折块固定牢靠, 无分离移位后, 冲洗术腔, 逐层缝合, 必要时放置胶片条引流片。

1.3 术后处理 术后1周常规应用抗生素, 以防止切口发生感染, 术后对患者不要求制动, 术后第3天即可以让患者扶着拐下地行走, 逐渐负重, 嘱患者加强行功能锻炼。术后2周即可叫患者弃拐负重行走。

### 2 结果

本组随访 6个月 ~1年, 平均 9个月。复查X光片示3个月内基本上就能达到骨性愈合, 术后切口无一例发生感染, 无一例发生钢板松动以及骨折移位的情况, 无一例发生延迟愈合, 功能均恢复良好, 行走时不觉疼痛, 膝、髌关节屈伸功能活动范围正常。

### 3 讨论

3.1 髌前上棘撕脱骨折大多数为少年患者, 男性居多, 这以男性活动范围较大, 活动较剧烈有很大关系, 且一般是间接暴力所致, 比如跳跃跑步等剧烈活动后, 由缝匠肌强烈收缩引起。缝匠肌强烈收缩造成髌前上棘撕脱骨折并发生分离移位。

3.2 对髌前上棘撕脱骨折的诊断并不会十分困难, 根据患者的受伤史、一些典型的临床症状、体征, 例如压痛, 骨擦音等以及根据X线片检查结果, 可以做出明确诊断。本组表现均如上述, 多以疼痛为明显, 严重者甚至不能行走, 经过休息后疼痛多可以缓解。

3.3 对于髌前上棘撕脱骨折的治疗, 应给予有效的复位并给予坚固的固定, 以利骨折愈合及功能恢复。虽然闭合复位并不困难, 但是要固定骨折块于解剖位置则相当困难, 就算用石膏外固定骨折块于良好位置, 也可能在护理的过程中出现骨折块被再次拉开的情况, 石膏外固定无疑是难以护理的, 而且长期的石膏外固定极大地导致髌及膝关节僵直的可能性, 这是不利于患者早日康复的。切开复位内固定时, 若选用目前常用的内固定物如螺钉、克氏针钢丝张力带等, 虽较石膏外固定有一定的优势, 但也其明显的局限性。比如螺钉内固定虽然可以直接

固定骨块，但因螺钉是固定在松质骨上，这就容易出现滑脱，如果骨折块较小的时候还容易出现骨折块碎裂，难于固定，容易导致手术失败。克氏针及钢丝张力带对固定小骨块有利，但这种固定方缺点是不能对骨折块进行加压，固定效果不牢靠，可能会导致患者在术后的活动中出现骨折块滑移，造成手术失败。而且行钢丝捆绑固定，这种固定方法因应力过于集中，很容易引起骨折块粉碎，从而再次发生移位。综上这三种治疗方法均不能使患者早期活动，延长了患者的恢复时间。而本组所采用的重建钢板塑形内固定，既能达到满意的解剖复位，并且固定牢靠，还可以放心地让患者早期下地活动行功能锻炼。

据上所述，重建钢板塑形在髌前上棘骨折的固定上有着理想的疗效，该方法简便易行，对技术要求要求也不高，经济低廉，患者也易于接受，在疗效及减轻患者负担，创造社会效益上都是很值得推广的。

#### 参考文献:

- [1]利云峰, 郭星, 庄洪, 等. 青少年髌前上棘撕脱骨折36例治疗回顾[J]. 实用医学杂志, 200, 20 (4): 433-434
- [2]苏建军, 魏建路, 杨国英. 儿童髌前上棘撕脱骨折[J]. 中华创伤杂志, 2003, 19 (2): 120-121
- [2]苏建军, 魏建路, 杨国英. 儿童髌前上棘撕脱骨折[J]. 中华创伤杂志, 2003, 19 (2): 120-121

[关于我们](#) | [版权信息](#) | [免责声明](#) | [合作](#) | [招聘](#) | [友情链接](#) | [网站导航](#)

Copyright© 2010《现代医院》杂志社 | 粤ICP05105826号

地址: 广州市惠福西路进步里2号之一1楼 邮编 510180

电话: 020-83310901 83310902 传真: 020-83308884

E-mail: xxddy@163.com