

# 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,磨合复位关节面,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°,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°。

### 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<sup>[1]</sup>。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<sup>[2]</sup>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<sup>[3]</sup>。

### 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<sup>[4]</sup>。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].中国医院药学杂志,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].中国医院药学杂志,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)