



关节镜下治疗盘状半月板损伤临床观察

刘晓杰, 孙卫平^{通讯作者}, 王善超, 李中军, 王海波 (解放军四零四医院骨一科, 山东威海 264200)

摘要: **目的** 探讨关节镜手术治疗膝关节盘状半月板损伤的手术方法和临床疗效。**方法** 回顾性分析2006年12月至2011年12月我院膝关节盘状半月板损伤病例68例的临床资料, 对其治疗情况进行回顾性分析, 并采用Lysholm膝关节功能评分对患者取得的效果进行评定。**结果** 优51例, 良11例, 可5例, 差1例, 优良率90%。按照Lysholm评分术前和术后比较有显著性差异($P < 0.01$)。**结论** 关节镜下治疗盘状半月板具有视野好、微创、恢复快、并发症少等优势, 能够精确切除损伤失稳及破裂的盘状半月板, 是一种理想的治疗方法, 可以广泛展开。

关键词: 膝关节 盘状半月板 临床疗效

中图分类号: R687.4 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2016) 09-135-01

盘状半月板又称盘状软骨, 是机体早期形成的一种先天畸形, 形态呈盘状, 易发生撕裂和囊肿, 并可引起软骨磨损或剥脱性骨关节炎。盘状半月板易损伤, 引起一系列临床症状及机能变化。由于关节镜手术具有不会损伤滑膜、术后滑膜炎反应轻、手术创伤小、手术时间短, 有利于术后膝关节功能恢复及康复训练以及术后并发症发生率低、患者心理负担小等优点, 其已成为临床骨科治疗盘状半月板的主要方法^[1]。现对2006年12月—2011年12月69例膝关节盘状半月板行关节镜下手术治疗进行观察评价, 报告如下

1 临床资料

1.1 病例资料

本组患者68例, 其中男17例, 女51例, 年龄9—73岁, 平均31.5岁; 右侧31例, 左侧38例; 外侧盘状半月板损伤67例, 只有1例为内侧盘状半月板。根据Watanable分型其中完全型60例, 不完全型8例; 临床表现: 所有患者都有患膝疼痛, 其中58例有股四头肌萎缩, 50例有交锁征, 68例McMurray征外侧阳性, 62例膝关节外侧压痛, 52例打软腿, 18例有明显外伤史, 6例存在关节积液, 48例存在伸屈受限。术前X线光片显示40例患者膝关节外侧间隙均增宽。其中68例患者术前行膝关节MRI检查考虑为盘状半月板损伤。

1.2 手术方法

所有患者均采用持续硬膜外麻醉, 术中未绑止血带; 在髌韧带外、内侧关节间隙处分别用尖刀作一长约0.6cm的切口, 分别置入关节镜和手术器械。手术开始首先全面检查关节腔内诸结构, 了解有无其他损伤及病变, 用探针探查半月板损伤情况。若合并关节内游离体, 一般情况下先取游离体, 根据半月板损伤类型, 决定半月板切除的多少和手术方法。改变膝关节使之处于“4”字位, 经前内侧入口用蓝钳从半月板内缘开始切除和修整。将拟保留部与切除部分分开, 然后顺正常外侧半月板走行, 由前向后、由内向外在盘状半月板中央部做部分切除; 确认后部盘状半月板及保留部分半月板边缘的形态, 并根据其情形作适当的修边处理成形。前角用旋转90°蓝钳配合关节镜剪刀进行切除, 后角和体部用直蓝钳切除。用刨削器切吸半月板碎片, 修整保留的半月板游离缘使其光滑。如果用上述标准切口切除困难加用辅助切口进行手术, 最后用刨削器修整残留半月板的边缘。尽量保持边缘的圆润性、连续性。对广泛爆破型撕裂无法修剪者可以采取半月板完全切除术。对合并症进行相应术式的处理。术中根据半月板损伤情况选择不同的术式, 其中行部分切除术11例, 次切除术16例, 完全切除术41例。

1.3 术后处理

术毕弹力绷带包扎患膝, 术中临时应用一次抗生素, 术后24小时开始行直腿抬高锻炼及股四头肌锻炼, 第3天、第4天练习膝、踝关节屈伸活动, 术后3~7d下地行走, 后14天拆线。2~3周内暂不能负重, 可恢复生活活动和轻工作。

1.4 疗效评定标准

按Lysholm膝关节功能评分系统评定, 100分为完全正常, 91—

99分为优, 75—90分为良, 50—74分为可, <50分为差。Ikeuchi膝关节评价等级对患者疗效进行评定。优: 关节无弹响、交锁和疼痛, 活动不受限。良: 关节无弹响、交锁, 偶有运动时轻微疼痛, 活动不受限; 可: 关节有弹响, 运动时轻中度疼痛, 活动不受限; 差: 关节有弹响或交锁, 运动时中重度疼痛, 活动受限。

1.5 统计学分析

采用SPSS10.0统计软件, 计数资料用率表示, 率的比较用 χ^2 检验。Lysholm膝关节功能评分比较用配对t检验, 用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示, $P < 0.01$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

术后无关节感染病例, 亦无其他并发症发生。随访68例, 随访时间2—16个月, 平均10个月。随访时Lysholm膝关节评分系统评定, 优51例, 良11例, 可5例, 差1例, 优良率90%。Lysholm评分(97 ± 3.21)分, 术前(36 ± 4.23)分, 比较差异有统计学意义($P < 0.01$)。

3 讨论

盘状半月板易损伤, 引起一系列临床症状及机能变化。多数情况, 对于此类患者多选择手术这种方式进行治疗。我科在临床工作中根据半月板分型及损伤情况定术式。原则为: ①不完全型尽量进行成形术, 保留相对健康的半月板组织, 其外形、厚度接近正常, 半月板光滑、具有自然弧度, 边缘稳定; ②对于完全型中损伤较轻者亦行成形术; 较广泛的复杂损伤及后角纵行撕裂达周缘者, 应采用全切除术。切割线应充分利用裂口使之能保留足够的边缘; 对于累及体部和后角周缘的纵行撕裂及广泛和复杂损伤达周缘者, 采用全切除术; ③对于Wfberg韧带型盘状半月板或者术中未发现为半月板高度增厚、高度活动、高度退变时, 应行全切除术。总之, 在治疗中我们应最大限度的保留半月板。

此外, 手术切除方法及切除范围必须严格掌握, 并需在今后的工作中进一步探索、研究和总结。盘状半月板损伤, 应尽早手术, 不可坚持保守治疗而延误良好的手术机会, 避免病变长期反复累积造成的膝关节继发病变。由于应用关节镜手术可达到最大限度保留半月板, 创伤小、疗效佳, 而且诊断准确性高, 膝关节镜下手术治疗盘状半月板损伤已成为一种“金标准”^[2]。

本组研究中优51例, 良11例, 可5例, 差1例, 优良率90%。按照Lysholm评分术前和术后比较有显著性差异($P < 0.01$)。

综上所述, 关节镜下是一种理想的治疗方法, 可以在盘状半月板治疗中广泛展开。

参考文献

- [1] 马武强, 赵力, 李显. 关节镜下手术治疗盘状半月板损伤的效果观察[J]. 山东医药, 2013(12):85—87.
- [2] 黄献功. 关节镜下治疗盘状半月板损伤的疗效观察[J]. 中国医药科学, 2012(05):241—244.