

参考文献

- [1] 卓大宏.中国康复医学[M].北京:华夏出版社,1990.298,808—809
- [2] 武瑞臣,康少英.综合康复治疗创伤后屈膝功能障碍的疗效观察[J].中国康复医学杂志,2006,21(18):735.
- [3] 倪国新.粘弹性理论在挛缩关节康复矫形装置中的应用[J].中国康复理论与实践,1996,16:150—152.
- [4] 燕铁斌,编著.现代康复治疗技术[M].合肥:安徽科学技术出版社,1994. 59—68,98—104.

·短篇论著·

关节镜下松解结合康复训练治疗膝关节僵硬的疗效研究

李森田¹ 单淑兰¹ 张达夫¹ 赵秀泉¹

膝关节僵硬是膝关节及其周围创伤和手术的常见并发症,严重影响患者的工作和生活。以往对于康复治疗效果不佳的病例多采取关节切开松解及股四头肌成形术等。但往往因为手术创伤大,患者难以忍受剧痛导致术后效果不佳,容易造成骨折、软骨损伤、术后再粘连等并发症^[1]。自2002年4月—2006年12月我们采用关节镜下松解结合康复训练治疗膝关节僵硬42例,效果满意,现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

采用关节镜下松解结合康复训练治疗膝关节僵硬42例,其中男性28例,女性14例;年龄17—56岁,平均36.4岁。僵硬程度:屈伸活动范围>60°12例,<60°30例。屈曲畸形0°—30°。

1.2 手术方法

常规髌骨上内、外侧入路,钝性剥离粘连,增加髌骨活动度。置入关节镜直视下切除粘连带及瘢痕组织。术中尽可能使膝关节被动屈膝超过110°,重力屈膝超过90°,被动伸膝达0°。

1.3 术后处理

术后患肢棉花腿加压包扎,膝关节冰敷,麻醉消退后开始练习股四头肌等长收缩。术后24h应用肢体关节康复器(CPM)开始被动功能锻炼,每日两次,每次60min。CPM运动角度逐渐增加。间歇期间继续冰敷、练习股四头肌肌力,压腿练习每日2次,每次60min。术后第4天开始手法被动屈膝功能锻炼,要求手法轻柔,患者能耐受疼痛无明显抗拒,屈膝角度达到或接近术中被动屈膝角度,每日2次。间歇期间重复以前各项康复治疗,鼓励患者下地并主动功能锻炼^[2]。

2 结果

本组42例术后均得到6—12个月随访,平均8.4个月。关节活动范围较术前明显改善,屈膝活动范围<90°1例,占2.4%,90°—120°14例,占33.3%,120°以上27例,占64.3%。术后3个月随访36例伸膝达0°或过伸,占85.7%。术后6个月随访全部达伸膝0°或过伸且无反弹,无需压腿训练。

3 讨论

3.1 术后手法康复的重要性

术后早期肢体关节康复器的使用不仅可有效防止再粘连,而且对关节软骨的再生与修复有重要作用。但目前使用的CPM机最大真实角度在100°左右,达不到松解术后的角度要求(120°—130°),同时由于肢体放置及固定所存在的问题,还要有一定的角度丢失。因此术后的手法康复训练是十分必要的^[3]。我们的体会是术后第4天患者关节周围的水肿基本消退,股四头肌力量基本恢复,膝关节被动活动接近90°。此时给与手法推拿每日2次,至术后2周。每次不限定时间,以患者能够耐受疼痛的速度达到术中松解角度。本组病例术后两周出院时均能达到主动屈膝90°,被动屈膝达术中松解水平,与手法康复训练有直接关系。

3.2 注意事项

①压腿训练:膝关节僵硬患者多数术前有程度不同的屈曲挛缩,术中麻醉下必须纠正。术后由于疼痛影响膝关节易屈曲位放置、患者对伸膝训练不重视等因素致使长时间膝关节不能伸直,屈膝无力,影响主动屈膝活动。我们的做法是每日压腿训练1次,每次60min,同时练习股四头肌、腘绳肌等长收缩。压腿15min不能完全伸直者增加沙袋压直。②循序渐进:每日进行手法康复前检查膝关节周围皮肤的柔韧性,发现皮肤及软组织水肿、硬韧应减少手法康复次数,必要时暂停手法康复。术后3个月内锻炼后角度反弹是正常现象,鼓励患者积极康复锻炼。

参考文献

- [1] 蔡道章,戎利民,金文涛,等.关节镜直视下松解治疗膝关节术后粘连[J].中国内镜杂志,2000,6:14—15.
- [2] 黄东辉,张中南,余夏林.关节镜下松解结合康复训练治疗膝关节粘连[J].中国康复,2007,2:14—15.
- [3] 董纪元,卢世璧,王继芳,等.小切口膝关节松解术后及连续被动活动治疗膝关节僵直[J].中华骨科杂志,1997,11:675—677.

1 河北省沧州中西医结合医院骨科,061000

作者介绍:李森田,男,主任医师

收稿日期:2007-07-17