

闭合复位螺钉内固定治疗股骨颈骨折

刘建水

(湖南省洞口县人民医院外二科 洞口 422300)

关键词 股骨颈骨折 闭合复位 骨折固定术

中图分类号 R 683.42

文献标识码 B

文献编号: 1671-4040(2004)01-0045-02

1998 年以来,我科在 C 臂机下闭合复位,应用松质骨螺钉内固定治疗成人股骨颈骨折 24 例,效果满意。现报告如下:

1 临床资料

本组 24 例中男 8 例,女 16 例;年龄 32~80 岁,平均 58 岁;跌伤 20 例,车祸 4 例;骨折基底型 7 例,颈中型 15 例,头下型 2 例;病程 1~20d,平均 5d。

2 治疗方法

采用硬膜外麻醉,取股骨上端外侧切口,以大粗隆为端点向下纵行切开长 5~6cm 分离软组织显露股骨干。在股骨干外侧大粗隆下 1~2cm 线上,前

2 治疗方法

整复时不需麻醉,术者面向患者,立患肢侧,一手扶持前臂,肘伸 150°左右,一手拇、食指捏住鹰嘴突(即撕脱之骨块)自远端推按,并稍加摇动至骨擦音消失,骨块有稳定感即已复位,按住已复位之骨块,在骨块的后上方放一梯形棉垫,在肘前方垫上厚棉垫,再根据患者肘臂宽度制作的夹板(长度以上臂中段至腕上)置肘前棉垫上方,用 1 块宽约 3cm 的胶布,一端贴于前臂中上段的夹板上,捏另一端绕肘后加压棉垫上,稍用力带紧再贴于对侧夹板上,依上呈交叉样再贴块胶布,然后用绷带自下而上包缠即可。合并内、外髁撕脱骨折者,复位后内、外侧各加一块小夹板固定。伴肘关节脱位者,先纠正脱位后整复骨折并固定,伴桡骨头骨折者同时整复骨折并按前述固定法固定。固定后 X 线透视或拍片观察骨折对位情况,如有移位及时纠正。

3 治疗结果

所有病人,随访 6 个月~1 年,根据肘关节功能将治疗结果分成 4 级。优:肘关节屈伸功能正常,无畸形 23 例,占 76.6%。良:肘关节功能受限小于 10°者 4 例,占 13.3%。可:肘关节功能受限时在 10~20°之间例,占 6.6%。差:肘关节屈伸功能受限大于 20°

后间距约 2cm 取 2 个点,再以 2 点连线中点向垂线约 3cm 处为 1 点,作一倒等腰三角形。三角形 3 个顶点为进针点。在 C 臂机透视下牵引患肢复位满意后,选 3 枚适当大小克氏针从 3 个进针点以约 135~145°角向股骨颈至股骨头方向分别钻入至股骨头下约 1cm 即可。C 臂机核对 3 枚克氏针位置正确,骨折复位满意,依次拔除克氏针,拧入松质骨螺钉。活动髋关节,证实螺钉在股骨颈内即缝合切口。术后 3 周开始活动髋关节。3 个月后扶双拐行走,4 个月后弃拐行走。

3 治疗结果

优(骨折愈合,无疼痛,无跛行,髋关节活动正 1 例,占 3.3%。本组总优良率 89.9%。

4 讨论

4.1 概说 尺骨鹰嘴骨折多由于直接暴力损伤所致,该骨折后肘背明显肿痛,肘关节伸直活动明显受限。传统的肘后伸直型固定往往效果不满意,现在也大多采用切开复位、克氏针钢丝内固定,但这会损伤组织,破坏血运,影响骨折愈合,同时术后还易造成粘连及疤痕,影响肘关节功能活动。

4.2 优势 我们采用前置夹板加胶布固定治疗尺骨鹰嘴闭合性骨折,整复时不用麻醉,操作比较简单,可避免手术切开,不加杉树皮性能好,有弹性,可根据伤肢形态配制,不加重损伤。压垫能使两骨折端紧密对合,固定牢靠,在纵轴上产生压力,促进骨折愈合。同时可早期活动,防止关节僵直和促进肘关节功能早期恢复。具有疗程短、费用少、效果好等优点,比较适用于基层医院。

4.3 固定与功能练习问题 患者固定后即行腕、指关节活动,待肿胀消退(4d 左右)重新调整夹板松紧度,固定时间根据骨折恢复情况,最长的 5 周,最短的 3 周,拆除夹板,逐渐加强肘关节屈伸功能的锻炼,活动度由小到大,同时辅予中草药,内服外用(中药熏洗,加快肘关节功能恢复)。

(收稿日期:2003-09-10)

分段齿形结扎法治疗环状混合痔体会

王长云

(江苏省兴化市戴南中心卫生院肛肠科 兴化 225721)

关键词 :分段齿形结扎法 ;环状混合痔 ;中西医结合疗法

中图分类号 :R 657.1*8

文献标识码 :B

文献编号 : 1671-4040(2004)01-0046-01

分段齿形结扎法^[1],系丁泽民教授创制的治疗晚期内痔及环状混合痔的手术方法。笔者应用此法治疗环状混合痔,疗效满意。现将资料完整的 82 例报告如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组病例,男 49 例,女 33 例;年龄 31~72 岁,平均 46.8 岁;病程 0.5~30 年,平均 9.8 年;所有病例均有便血及痔核脱出史。

1.2 治疗方法 术前一日下午口服 5% 甘露醇 1 000mL 以清洁肠道。术时患者取侧卧位,消毒铺巾,局麻,扩肛。根据痔核形态,设计好痔核分段和保留肛管皮桥、粘膜桥的数目及宽度,至少保留 3 条皮桥和粘膜桥,宽度分别在 0.5cm 和 0.2cm 以上,并尽可能保留于痔核凹陷处,且平行于肛管,较均匀分布。将设计好的一个痔核用组织钳提起,沿外痔部分边缘作尖端朝外之“V”形切口,剥离痔核至齿线上 0.5cm 左右,用弯血管钳夹住内痔部分基底,以圆针 7 号丝线贯穿结扎内痔顶端的直肠上血管,并以此线在钳下将痔核结扎,剪去结扎后的大部分痔组织。同法处理其它痔核,并使痔核下端分离及结扎顶点不在同一平面。肛外切口应足够长,约 2.0cm 左右,以利引流,并摘除皮桥下曲张静脉丛,将皮桥修理平整。对肛门紧缩病例,选择一处切口,从中挑出内括约肌下缘切断。术毕将痔核残端复位,肛内填塞小块止血海绵油纱条,并放置排气管,塔形敷料压迫,宽胶布加压固定。术后常规肌注 TAT 1 500u,服用清热解毒、润肠通便中药;便后以硝矾冰片洗剂坐浴,消炎膏换药,至创面愈合。

2 结果

本组病例,结扎线脱落时间 8d 左右;创面愈合时间 12~25d,平均 17.8d;术后疼痛多为 I 度,仅 1 例(常,恢复工作)19 例,良(骨折愈合,髋关节活动基本正常,但有轻痛或跛行)4 例,一般(生活基本正常,骨折错位愈合,髋部疼痛和跛行)1 例,经 1~3 年随访,优良率 96.6%,骨折愈合率 100%。

4 讨论

由于解剖特点,股骨颈骨折极易出现骨折不愈合、股骨头缺血坏死等并发症,人工关节置换有一定的局限性,并非适合大多数病人,因此,有效的内固定仍是临床医生优先选择的方法^[1]。

闭合复位创伤小,对股骨头血运影响小,有利

例需用杜冷丁止痛;未见出血病例;少数病例有排尿困难,经热敷小腹或肌注新斯的明后解除。半年后复查,治愈 79 例(症状消失,痔核消失),好转 3 例,治愈率 96.34%,无肛门狭窄、失禁、粘膜外翻等后遗症。

3 体会

本法精心设计分段,保留了足够的皮桥、粘膜桥,保留了齿线区部分感受器,符合生理要求^[2];保留之皮桥、粘膜桥与肛管平行,且痔核下端分离及结扎顶点不在同一平面,痔核脱落后创面呈齿形曲线,避免了环状疤痕狭窄;术前扩肛,肛门紧缩者切断内括约肌下缘,更好地避免了术后肛门狭窄,显著减轻了肛门水肿及肛门括约肌痉挛引起的疼痛;肛内放置排气管大大降低了尿潴留发生率,协同减轻了肛门疼痛;结扎痔核前先将直肠上动脉区贯穿结扎 1 针,避免了术后大出血的发生,并能延缓痔的复发;本法以线代刀,缓慢切割痔核,较易保留粘膜桥,对组织破坏少,不损害肛门支架结构,有效地防止了术后肛门松弛、粘膜外翻的发生。

术前清洁肠道,术后肌注 TAT,服用清热解毒、润肠通便中药,便后以硝矾冰片洗剂坐浴、消炎膏换药,减少了感染机会,促进了创面愈合。

总之,本疗法具有操作简便、疗程短、疗效高、无需分次手术、术后并发症少等优点,为治疗环状混合痔的理想术式。

参考文献

[1] 丁泽民,丁义江,王业皇.丁氏痔科学[M].上海:上海科学技术出版社,1989.201~208

[2] 胡伯虎,李宁汉.实用痔瘡学[M].北京:科学技术文献出版社,1988.23~25

(收稿日期:2003 - 07 - 21)

于骨折愈合和减少股骨头坏死的发生。3 枚螺钉成三角形排列,构成稳固的三维力学分布,形成股骨头稳定所需的最大拉应力^[2],具有较强的抗旋转作用,能有效防止股骨头旋转、下沉和松脱。

参考文献

[1]陈世强,姚伦龙.多根加压螺丝钉治疗股骨颈骨折[J].中国矫形外科杂志,1997,4(2): 174

[2]张爱平,齐振熙,陈日齐.股骨颈骨折三维模型生物力学实验研究[J].中国骨伤,1997,10(3): 18

(收稿日期:2003 - 11 - 18)