

骨水泥整形修补颅骨 120 例手术配合体会

韩照芳 赵红

(山东省肥城市中医院手术室 肥城 271600)

关键词 颅骨缺损 ; 整形修补术 ; 骨水泥

中图分类号 R 628

文献标识码 B

文献编号: 1671-4040(2004)06-0055-02

1 术前准备

1.1 病人准备 手术前 3d 应用抗生素。做好思想解释工作, 解脱病人对手术的恐惧心理。手术前 2d 每日洗头 1 次, 确保头皮清洁。术前 6~12h 剃头, 备皮, 用 0.75 碘酊消毒头皮戴无菌帽。

1.2 修补材料准备 手术前 1d 根据骨缺损面积大小将所需要骨水泥的水剂安瓿, 密封袋装粉剂及 100mL 的玻璃器皿, 搅拌棒各 1 个, 用纱布包裹浸泡在 75%酒精中备用。

1.3 器械、敷料准备 开颅敷料包、器械包各 1 个, 外加骨钻、骨锉、骨凿、钻颅保护器各 1 把, 金属颅骨模型 1 个消毒备用。

1.4 药物准备 双氧水 200mL, 凝血酶 4 000~8 000U。

2 手术体位

额骨病变采用头略向健侧的仰卧位, 双侧缺损采用仰卧位。

2.3 术后处理 应用广谱抗生素 7d 预防感染, 术后第 2 天定期半坐卧位拍背护理, 嘱深呼吸, 增加肺活量, 主动咳嗽排痰, 防止肺部感染。A₁ 型骨折术后半月扶拐下地, A₂ 及 A₃ 型骨折术后 1 月床边站立, 8 周拍片有骨痂形成及内侧骨折线模糊者, 可逐步下地活动。

3 结果

46 例刀口均一期愈合, 平均随访 12 月, 骨折均愈合, 无钢板断裂及螺钉松动, 无髓内翻及外旋畸形, 无其他并发症, 1 例因高血压中风死亡。

4 讨论

股骨粗隆间骨折多发生在老年人, 以往多采用骨牵引等保守疗法, 患者卧床需要 2~3 个月的时间或更长, 虽然在部分病例中能达到愈合的目的, 但长期卧床引起的各种心肺并发症、泌尿系感染及褥疮等, 常危及患者生命。国外有报道死亡率高达 10%~20%, 即使存活者亦多遗留有髓内翻畸形。从这个意义上考虑, 股骨粗隆骨折在无明确的手术禁忌证的情况下, 均应积极手术治疗。手术治疗面临的两大要求是: 一为降低死亡率; 二为减少髓内翻的发生。采用简单的、创伤小的方法使患者恢复骨折的结构连续性以及转子部的功能完整性, 使患者尽早恢复行走功能是临床治疗的目标。在众多手术方法中, DHS 是一种简单而创伤小的方法, 其基本原理为将加压螺钉插入股骨头颈部以固定骨折近端, 在其尾部套入一侧方钢板以固定骨折远端^[1]。采用滑动连接, 使其具有动力及静力加压作用, 骨折端压缩时, 钉可向钉尾后退, 避免螺钉穿出股骨头的并发症, 而远端钢板附着于股骨外侧皮质,

3 麻醉方法

一般采用局部浸润麻醉, 不合作者采用静脉复合麻醉。

4 术中配合

4.1 沿颅骨缺损边缘外 0.5~1cm 为切口标志线。用龙胆紫棉棒划出弧形切口标志线。

4.2 常规用 2%碘酊、75%酒精消毒头皮手术部位, 铺无菌巾, 贴皮肤保护膜。(1) 局部浸润麻醉后, 沿标志线作弧形皮肤切口, 安放头皮夹止血, 沿骨膜下分离, 形成皮瓣, 充分显露骨缺损, 电灼止血, 用双氧水和生理盐水反复冲洗, 冲净手术野, 用湿纱布敷盖。(2) 在颅骨缺损边缘相对应等边 3 点颅骨上用骨钻各钻细孔 1 个各固定用。(3) 用 2 层干纱布覆盖在缺损部位上, 按其缺损和形态大小剪裁, 做成模片。(4) 将骨水泥的粉剂放在玻璃器皿中, 然后按 2:1 倒入水剂, 并用玻璃棒不断搅拌, 骨水泥将由砂粒状变成稀稠状, 然后成面团状。此时, 立即将面团状的骨水泥挤压成 0.4~0.5cm

有张力带作用, 可明显增加总体的稳定性, 使内固定确实有效。故骨折固定后, 大部分负荷由钉板承担, 而骨折部承受负荷很小。在钻入导针过程中, 应垫高患肢使稍向健侧卧, 以基本消除前倾角, 或用 1 枚克氏针插入股骨髓的前方, 以判断股骨髓的前倾角^[2], 使导针位置正位在头颈中央或偏下, 侧位在头颈中央。如果内侧有骨折块, 应尽量使之复位, 并以拉力螺钉固定。这样固定后股骨髓转角自然恢复, 骨折端特别是股骨距部分可产生加压力, 可避免股骨头颈、旋转^[3], 增强稳定性, 加速骨折的愈合。而且对于骨折部较碎者亦可使用, 但应适当推迟下地活动。动力髋螺钉 (DHS) 已成为我科股骨粗隆间骨折的常用标准固定方法, 其器械是配套装置, 结构坚固, 设计合理, 定位准确, 技术要求不高, 手术操作方便, 手术时间短, 出血少, 对患者恢复有利。而且, 在骨质疏松的情况下亦可有效固定^[4], 但对 A₃ 型亦应选用髓内钉。DHS 固定后可使患者早期下床, 减少卧床并发症, 是治疗老年股骨粗隆间骨折的理想内固定物, 可应用于大多数类型的股骨粗隆间骨折。

参考文献

[1] 王承武, 荣国威. 骨折[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2004.913
[2] 荣国威, 翟桂华, 刘沂, 等. 骨折内固定[M]. 第 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 2000.195
[3] 朱通伯, 戴克戎. 骨科手术学[M]. 第 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 1994.322
[4] 王亦璠. 骨与关节损伤[M]. 第 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 2003.869

(收稿日期: 2004-11-02)

肛肠外洗 I 号对痔瘘裂术后伤口愈合的临床观察

丁菁

(浙江省杭州市第三人民医院 杭州 310009)

关键词 :伤口愈合 ;痔瘘裂手术后 ;中医药疗法 ;肛肠外洗 I 号 ;中药熏洗

中图分类号 :R 657.1

文献标识码 :B

文献编号 :1671-4040(2004)06- 0056-01

肛肠外洗 I 号是我科主任集几十年临床经验制成的一种中药熏洗剂,近几年临床应用于痔瘘裂术后病人,效果优于其他外洗药物。现报告如下:

1 临床观察

观察组共 200 例,男 125 例,女 75 例;年龄 20~70 岁;痔术后 100 例,肛裂术后 40 例,肛瘘术后 60 例。对照组共 120 例,其性别、年龄、病种及临床表现具有可比性。术后伤口大小观察组和对照组间无显著差异,具有可比性 ($P>0.05$)。

2 治疗方法

治疗组:肛肠外洗 I 号 1 包(200mL)放入坐浴盆内,加水至 1 000mL,患者坐于盆上,先熏后洗,坐浴时间为 10~15min,每日便后 1 次。对照组:1 : 5 000 的高锰酸钾稀释液 1000mL 放入坐浴盆内,先熏后洗,坐浴时间为 10~15min,每日便后 1 次。

3 结果

肛肠外洗 I 号对缓解术后伤口疼痛、防止创面水肿及缩短伤口愈合的时间明显优于对照组,2 组比较有显著差异。见表 1。

表 1 2 组病例疗效比较表 (依%) d

分组	n	术后疼痛	创面水肿(例)	手术愈合时间
观察组	200	3依	20依	15依
对照组	120	5依	60依	20依

4 讨论

痔科术后伤口多为开放伤口,因创伤刺激及肠内细菌所造成的伤口炎症的影响,存在着伤口愈合时间长、创面易感染、疼痛、瘙痒、渗液等症状。此药具有良好的缓解症状,加速创口愈合的作用。肛肠外洗 I 号由虎杖、蒲公英、黄柏、苦参等中药组成,具有清热解毒、活血化瘀、消肿止痛等功效。方中黄柏具有清热利湿、泻火解毒的作用,药理证实对多种致病细菌均有抑制作用;虎杖具有清热解毒、活血化瘀之功,有止血、止痛功效,药理证实对多种致病细菌均有抑制作用;蒲公英有清热解毒的作用,外用可使创面渗出减少,疼痛减轻;苦参具有清热燥湿的作用,药理证实有抗炎、抗过敏的作用;诸药合用,共奏消肿止痛、收敛生肌之功。

该药为纯中药制剂,具有携带和使用方便、奏效快、疗效好、副作用小、价格低等优点,值得推广应用。

(收稿日期: 2004 -04-29)

厚的薄饼状软片,然后,按缺损模片的形态、大小剪裁,将剪裁后的骨水泥软片放在颅骨模型相应部位初步成形。取下骨水泥软片放入颅骨缺损处进一步成形,待固化变硬。在固化过程中要不断地用冷盐水冲洗降温。(5)取下固化变硬的骨水泥片,用骨钻在相适应部位钻孔数十个,再用骨锉修整后放入缺损处,用 10 号尼龙线 3 点固定。(6)冲洗手术野,皮下放置引流条 1 枚。在切口旁 2cm 用尖刀戳孔引出,皮瓣复位,逐层缝合,加压包扎。

5 体会

5.1 无菌手术后遗留颅骨缺损应在术后 1~2 个月进行修补,时间过长可引起缺损处脑组织软化坏死;感染的手术,应在控制感染后 3~6 个月进行整形修补。

5.2 颅骨缺损修补术大多是二次手术,预防感染是此种手术的成败关键。手术前应给予抗生素。本组 1 例因抗生素使用不当引起刀口感染而行二次手术取出修补片。术中手术野应用双氧水、生理盐水反复充洗,既可消毒,又可止血。

5.3 骨水泥易塑形,坚固抗冲击抗压,固化体性质稳定,无毒对人体无不良反应,但其单体(水剂)有细胞毒性作用。砂浆状和稀稠状骨水剂均含有大量单体,此时期绝不可使用,以免

引起毒性反应。本组 1 例就是将稀稠状骨水泥误入颅内引起毒性反应,发生严重脑水肿。

5.4 缺损部位为双侧大面积颅骨缺损整形修补时,应采取仰卧位,以免在手术过程中造成脑受压。本组 1 例双侧额颞部缺损取左侧卧位进行整形修补,因右侧颅骨缺损处长时间受压,手术后右侧肢体瘫痪较前加重。

5.5 常温下,骨水泥从面团状到固化成形的时间只有 5~6min,在调合前要把手术野准备就序,使骨水泥在可塑时间内完成塑形。

5.6 骨水泥从面团状到固化体,其过程放出大量的热,局部温度可高达 700益。在固化过程中要不断地用冷盐水冲洗降温,以免引起不良反应。

5.7 骨水泥片复位固定要牢固,以免术后骨片松动滑脱。本组 2 例因固定不牢,术后修补片松动,需行 2 次手术固定。

5.8 手术结束后一定要加压包扎,术后 12~24h 拔出引流条再次加压包扎,拆线后第 3 次加压包扎,可避免皮下积液。本组 5 例因手术后未实行加压包扎而造成皮下积液。

(收稿日期: 2004 -03-31)