

复方烧伤宁油纱包扎治疗指端损伤 18 例报告

程伟 王少青 刘合相
(江西省德安县人民医院 德安 330400)

关键词:指端外伤;复方烧伤宁;油纱包扎

中图分类号:R 658.2

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2006)05-0033-02

手指外伤后形成残端创面的病例在外科临床中非常常见,治疗方法也较多,如果治疗方法选择不当,将造成患指感觉及运动功能进一步丧失,增加伤残程度。目前临床上主要有手术治疗及开放冲洗疗法。手术治疗较普遍,有直接缝合、游离植皮、局部皮瓣、邻指皮瓣、岛状皮瓣、自体游离组织移植、异体组织移植等^[1]。其早期并发症为血肿、感染、伤口延期愈合、植皮或皮瓣失败,晚期并发症为残端痛、神经瘤、关节僵硬等^[2]。开放冲洗疗法的优点是无需特殊技术,操作简单,但只限于无骨外露之小创面,且有 27%病例晚期发生指甲畸形,40%病例指端怕冷^[3]。2004 年 1 月以来,我科共收治手指残端创面患者 18 例 22 指,均采用本院制剂复方烧伤宁油纱包扎治疗,取得了满意的疗效。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组共 18 例 22 指,男 9 例 12 指,女 9 例 10 指;4~12 岁 3 例 3 指,13~25 岁 2 例 2 指,26~50 岁 12 例 16 指,50 岁以上 1 例 1 指;以劳动活跃的中青年为主。本组 22 指中,食指 5 个,中指 8 个,环指 7 个,小指 2 个:食、中、环指占到 90.9%。本组 18 例中在伤后 8h 以内入院者 15 例,伤后 8~24h 入院者 2 例,超过 24h 入院者 1 例。入院时手指残端创面均无明显感染、坏死。

1.2 手指残端创面的分类 伤因分类:切割伤 10 例 12 指,挤压伤 3 例 3 指,机器绞轧伤 5 例 7 指。根据患指残端有无残留指甲分类:指甲完整的手指残端创面 2 指,残留部分指甲的手指残端创面 14 指,无残留指甲的手指残端创面 6 指。创伤解剖分类:I 类:指端皮肤或指甲裂伤而无缺损 2 指,II 类:指端横断缺损 9 指,III 类:指端倾斜缺损 6 指,IV 类:指端背侧缺损 3 指,V 类:指腹缺损 2 指。指端缺损程度分类:1 类:仅软组织缺损而无指骨缺损、外露 8 指,2 类:指骨有缺损但与周围软组织齐 9 指,3 类:指骨有缺损、外露且超出周围软组织 2mm 以内 5 指。

1.3 治疗方法 伤员来院后均急诊拍片,排除近节骨折及指骨坏死,如有骨折予以适当固定,如有指骨明显感染或坏死,予以剔除。用大量生理盐水冲洗创面,清除异物及坏死组织,再用双氧水冲洗,后再用生理盐水冲尽,用无菌干棉球拭干,伤指尽可能保留挫伤而有生机的甲床和周围软组织及骨质,并尽可能按解剖层次排列,用复方烧伤宁油纱包裹止血,创面填压适量棉球,消除死腔,使油纱与创面充分接触,外层再包扎 0.5~1.0cm 厚的无菌棉敷料,最后用纸胶布缠绕固定,适当抬高患肢。每日剪开棉敷料,观察患指及创面上油纱情况。如患指皮肤温度、颜色无明显异常,且创面干燥,则直接再加一层油纱,更换外敷料;如创面有部分渗出、部分干燥,为了保护干燥之创面,可剪去浸湿的油纱或用无菌干棉球尽量拭去

分泌物,再加上一层油纱,更换外敷料;如创面分泌物较多,创面上油纱均浸湿,则更换油纱,且用无菌生理盐水冲洗创面并拭干,更换外敷料。以后均以此为原则,每日或隔日换药 1 次,中途如油纱易揭除则更换油纱,继续换药直到创面愈合。根据患者创面污染情况及损伤程度酌情使用抗生素 3~5d (在门诊进行)。

2 治疗结果

18 例病人 22 指伤经治疗后创面全部愈合,指端愈合后皮肤质地、感觉、指纹、指端造型及关节活动均近于正常。甲床损伤或部分缺损者能长出正常指甲,无畸形,1/2 以上愈合后指端比原指稍细,少许瘢痕印,不影响美观及指端活动。22 指均无感染发生,创面愈合顺利。创面愈合在 2~6 周,大多在 3~4 周的时间内完全愈合。

3 典型病例

患者,男,49 岁,因挤压伤使左手中指末节部分缺如、指骨外露 12h 入院。查体:左手中指末节缺损约 1.5cm,无指甲残留,残端手指背侧部分皮肤缺损,截面软组织不齐,末节指骨外露约 2mm,残端不光滑。左中指正侧位片示:(1)左中指远节局部缺如,(2)左中指远节残端骨折。给予生理盐水、双氧水反复冲洗残端创面,按解剖层次理顺残端组织,予复方烧伤宁油纱包扎残端,残端填压适量无菌干棉球,外裹无菌棉敷料,用纸胶布缠绕固定,每天换药一次,换药时根据创面情况决定内层油纱去留。同时在门诊行抗生素治疗 5d。经换药 36d,残端创面完全愈合,外露指骨完全被包裹,末端软组织光滑,有正常指甲长出,感觉稍迟钝,有色素沉着,与原指相比短约 0.5cm,稍细。后期继续换药 2 个月(3~5d 1 次),指端外形满意,感觉、皮色接近正常,指甲无畸形,功能恢复好。

4 讨论

4.1 指端生理解剖与治疗方法的选择 指端由指甲、甲床、末端指骨和指腹组成,有极丰富的血液供应和大量神经末梢,指端有独特皮肤结构和复杂甲根结构。对于指端损伤,以往的治疗方法很难收到满意效果,而且有一些并发症^[4]。如直接缝合,因手指皮肤尤其是指腹皮肤与深层组织相连紧密,移动度差,往往需要截除部分指骨才能直接缝合,造成伤残程度增加;而各种植皮或皮瓣移植,由于存在早期或晚期并发症,限制了其广泛应用。基于上述指端特殊解剖结构、丰富的血液供应和再生能力,我们用自制复方烧伤宁油纱包扎治疗,可以变开放创面为闭合创面待其自然修复,这样可基本达到以下治疗标准:(1)尽可能保留手指长度,特别是示、中、环指;(2)良好而无痛软组织覆盖;(3)感觉接近正常;(4)指间关节活动不受限制;(5)指端美观并尽快恢复劳动。

4.2 复方烧伤宁油纱包扎法的作用基础 我院自制的复

内固定治疗锁骨骨折 90 例分析

吴 烨

(河南省驻马店市中心医院 驻马店 463000)

关键词:锁骨骨折;手术疗法;内固定

中图分类号:R 683.41

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2006)05-0034-02

锁骨细长,部位表浅,易受暴力发生骨折,其发生率占全身骨折 5.98%,既往常作保守治疗,皆因复位容易,固定困难,影响了疗效。我院自 2002 年 5 月~2005 年 12 月,对 108 例锁骨骨折进行了手术治疗,随访 90 例。现总结报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 90 例,男 70 例,女 20 例;年龄 6~60 岁,平均 23.3 岁;受伤后入院时间 30min~31d。骨折部位:左侧 32 例,右侧 58 例;外侧 1/3 骨折 68 例,内侧 1/3 骨折 22 例;闭合伤 86 例,开放伤 4 例。其中 1 例锁骨段缺损达 2cm,单纯横断 12 例,粉碎性 77 例,多发伤 7 例。致伤原因:车祸伤 70 例,生活伤 13 例,重物压伤 7 例。

1.2 手术情况 平卧垫高患侧肩背部,消毒包扎患肢,采用颈丛或基础麻醉加局麻,于骨折处上缘作横形或弧形 3~8cm 切口,暴露骨折端。根据骨折部位及粉碎情况选用克氏针、钢丝或钢板螺钉作内固定。如用克氏针固定,选用 2~2.5mm 克氏针由远骨折端逆行向外穿入,通过锁骨远端穿出皮肤,复位骨折,再将克氏针穿入近骨折端髓腔内,克氏针尾剪断后折弯,埋于皮下。若选用钢板螺钉固定则将骨折端复位后,选用适当长度钢板螺钉,先预弯钢板再将其固定于骨折线两侧。本组钢板螺钉固定 60 例(其中 20 例加钢丝捆扎),单纯钢丝 6 例,克氏针 15 例,克氏针加钢丝 9 例。

2 结果

本组病人随访 10~30 个月,切口均甲级愈合,无血管神经损伤,无血气胸。4 例因克氏针尾未折弯出现克氏针轻微滑移,但骨折无移位,其中 1 例滑向胸骨方向,另 3 例滑向皮下,1 例出现局部疼痛及针口轻微感染,经换药消炎,8 周取方烧伤宁油纱为纯中药制剂,系由数十种中药材提取有效成分,借用医用纱布为载体制成的油纱剂,具有消炎止痛、止血生肌的作用。主要用于烧伤创面的治疗,我们应用于临床,证明其对各种原因导致的烧伤及各种深度的烧伤均有较好的疗效。我们试用于指端损伤的治疗是基于指端损伤后创面属于正常生理组织(有坏死组织则清除到正常生理组织部位),比之烧伤创面具有更好的组织基础,更易愈合,且指端损伤需要止血、止痛、抗菌、促进肉芽(血管和结缔组织)与上皮的生长,这些均是复方烧伤宁所具有的作用。另外借助纱布为载体可以延缓药物的释放,为组织生长提供支架的作用,并防止手术及一般换药等人为因素对创面的进一步损伤,从而使之自然修复。在外加用无菌敷料包扎,具有透气、保湿、防止干性坏死并及时吸取创面分泌物、防止外来细菌入侵的作用,从而形成一个有利于创面修复的最佳生理环境。

4.3 复方烧伤宁油纱包扎疗法的应用前景 我县(德安县)乃至九江地区,农村人口占绝大多数,农民使用饲料粉碎机

出克氏针,12 周出现骨性愈合。1 例锁骨远端粉碎骨折经克氏针固定后出现松动。2 例中段粉碎性骨折,单纯用钢丝捆扎出现松动,骨折移位,均经再次手术改用钢板螺钉内固定后 12 周骨性愈合。根据骨折复位质量、骨折愈合时间和肩关节功能标准评定疗效。优:骨折达解剖复位,骨折 2~3 个月骨性愈合,局部无疼痛,上肢及肩关节活动正常;良:复位达解剖位置 80%,骨愈合在 3~4 个月,骨折周围基本无疼痛,患肢比较有力,肩关节活动接近正常;尚可:复位达解剖位置 50%左右,骨愈合 4~5 个月,提重物时或剧烈活动后周围关节酸痛,肩关节活动受限;差:内固定不牢靠,骨折端不稳,需再次手术。结果本组优 76 例,良 9 例,尚可 2 例,差 3 例,优良率 94.4%;住院天数 5~15d,平均 9.3d;内固定取出时间 56~280d,平均 121d。

3 讨论

既往锁骨骨折复位后往往因固定不牢靠需进行多次整复,手法愈多,损伤愈多,易产生碎骨,降低了稳定性,易产生不愈合及畸形愈合,残留局部畸形,使锁骨失去应有功能,胸锁关节和肩锁关节正常关系改变,日久可出现创伤性关节炎。部分患者因固定太紧出现腋部血管神经压迫,局部皮炎、溃破、感染,外固定时间长,患者痛苦大,对日常生活影响大(特别在炎热潮湿的南方)。内固定治疗锁骨骨折手术简单易行,不需特殊器械,各基层医院均可施行。

3.1 手术指征 (1)开放性骨折;(2)骨折合并有血管神经损伤;(3)骨折明显移位;(4)骨折端有穿破皮肤危险;(5)锁骨外端完全性骨折并移位;(6)骨折不愈合并疼痛;(7)对闭合复位固定不合作者;(8)合并多处损伤。

及木工工人使用木工机较多,这两种机器伤及手指的情况时有发生。一般患者由于经济原因及对手术本身的恐惧感,伤后多不愿意接受手术治疗。而我们用自制的复方烧伤宁油纱包扎治疗,跨出烧伤的界限,用于指端损伤,具有以下优点:(1)能保留指端长度,外观好,功能不受影响,减少伤残程度。(2)方法简单,适用于各种类型的指端损伤,且不需要住院治疗。(3)符合患者要求,减轻痛苦。(4)能节省大量人力物力,减少医疗费用。不失为基层医院的一种理想选择。

参考文献

[1]王绍天,余恩旭.手指指端创面的分类及治疗方法的选择[J].海军医学杂志,2002,23(4):330~331
[2]Chow sp.Open treatment of finger tip injuries in adults [J].T Hand Surg,1982,7:470
[3]Kiein H W.Finger tip injuries in Chapman operative orthopaedics[J].Philadelphia Lipincott,1988:1 070

(收稿日期:2006-03-14)