

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 例锁骨中段缺损达 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)

改良术式治疗复杂性肛瘘临床观察

胡晓阳 赵昂之

(江西中医学院附属医院 南昌 330006)

关键词:复杂性肛瘘;挂线疗法;改良术式;临床观察

中图分类号:R 657.16

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2006)05-0035-02

复杂性肛瘘由于病变范围广,管道多弯曲复杂,常有支管、深部死腔,在治疗上难度较大,故有难治性肛瘘之称。若手术方法选择不当,不仅会引起肛门失禁、肛门畸形,甚至经久不愈。多年来的临床实践已证明,挂线疗法对复杂性肛瘘的治疗是行之有效的,并已被普遍接受,但术后肛门畸形、黏膜下移不可避免。若创口引流不畅或创口皮缘过早会合形成假道、肉芽过度生长高出皮面均会影响创面愈合。我科自 2002~2005 年采用改良术式治疗复杂性肛瘘,取得了较满意的效果。现报告如下:

1 资料和方法

1.1 临床资料 参照 1972 年中华全国肛肠外科会议制订的“肛瘘统一标准分类法”,确诊为复杂性肛瘘(高位、低位)200 例,病程均为 3 个月~22 年。治疗组 100 例,男性 71 例,女性 29 例;年龄 19~60 岁,平均 40 岁;其中高位复杂性肛瘘 60 例,低位复杂性肛瘘 40 例。对照组 100 例,男性 70 例,女性 30 例;年龄 18~63 岁,平均 40.5 岁;其中高位复杂性肛瘘 55 例,低位复杂性肛瘘 45 例。2 组资料经统计学处理,无显著统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法

1.2.1 治疗组 局麻或腰俞麻醉后,以直肠指诊、探针、美蓝着色等方法查清内口、主管及支管的走向、数目和位置。(1)术者右手持球形探针从外口穿入,通过管道至内口探出,并以此探针为标志,在内口相对应的外口边缘作一弧形切口,逐层分离管道组织,在内口处切断管道,弯头血管钳两把分别钳夹内口的两边黏膜组织,7 号丝线“8”字形贯穿结扎之,修切肛外创面呈勺状开放,留置标志线;(2)对同一内口、两条不同的管道,需结扎两条管道间的黏膜组织;对不同内口的两条或两条以上管道的肛瘘患者应在切开内口的基础上,

3.2 内固定方式选择 本组 90 例中 60 例用钢板内固定,占 66.7%,且该固定方式无出现松动、畸形、骨不连及钢板两端再骨折等并发症。我们认为钢板特别适用于:(1)粉碎性骨折,钢板起桥梁作用;(2)骨缺损植骨术;(3)锁骨远端骨折,因锁骨远端呈弧形,克氏针无法适应其弧度弯度作固定。克氏针适用于中段单纯性骨折,以横断者较优,但稳定性较差,如为斜形骨折或存在单一较大碎骨片之粉碎性骨折,可在钢丝配合下使用,而单纯钢丝捆扎只适用于长斜形无碎骨片之骨折。

3.3 术中注意事项 (1)注意作骨膜下剥离及掌握好操作深度,勿伤及锁骨后血管、神经、胸膜等重要组织;(2)钢板常需预弯,以适应锁骨表面弯度,达到解剖复位目的,钢板常置于较平坦之锁骨前上方;(3)克氏针穿透近侧骨皮质是针向内

分别在其管道两边斜形结扎两边组织,内口与内口之间应保留一部分组织,防止人为狭窄环形成;(3)距肛缘 10cm 以上的瘘道在剥离切除管道后,在距肛缘 2cm 处分界远端创面搔刮清除管壁硬结及腐肉组织后,可以缝合关闭,近端瘘管创面则开放引流;(4)对涉及外括约肌深部和耻骨直肠肌以上的管道及齿线上方肌间管道,以两把小弯曲血管钳在内口以下分别钳夹,钳间切开内口,内口切开后,并用 3-0 肠线纵形将切口上缘黏膜下移缝合关闭内口,同时结扎多余黏膜组织。术后以 0.5% 甲硝唑液消毒创面,藻酸钙创口敷料与中性油纱布固定压迫止血,术毕。术后控制排便 1~2d,常规运用抗生素,便后换药用生理盐水冲洗创面,术后 3d 内用生肌玉红膏外敷,其后用白玉膏至创面痊愈。

1.2.2 对照组 麻醉、体位、美蓝染色同上,沿瘘管方向垂直切开瘘管皮肤、皮下组织、肌肉,至内口扩创或至直肠环上,探针探至内口,挂橡皮筋扎紧(根据内口数目,橡皮筋或紧或松),切除瘘管,并适当扩创,使之呈勺状开放,其余支管一次全部切开扩创引流,充分止血,敷料固定包扎,术后处理同治疗组。

2 疗效观察

2.1 疗效判定 痊愈:症状与体征消失,肛瘘内外口完全闭合,开放创面完全修复;随访半年无复发。未愈:症状与体征无变化,内外口未闭合,管道内仍有分泌物溢出或术后随访复发。

2.2 结果 见表 1~表 3。治疗组与对照组有效率无显著差异,但在平均创面愈合时间方面,2 组有显著差异($P<0.05$)。2 组术后均未出现不完全性或完全性肛门失禁,但其他的术后并发症如术后便血、溢液、肛管变形、并发痔病方面治疗组明显少于对照组。

移的原因之一,术中应避免,以防伤及胸腔脏器,针尾折弯有利于防止内外滑移及术后针尖痛;(4)对锁骨远端骨折,钢板固定时应将 1 螺钉固定在远侧骨折端,另 1 螺钉固定在肩峰,近侧 2 螺钉固定在骨折近端,术后三角巾悬吊患肢于胸前 3 周。

综上所述,锁骨骨折内固定效果确切,固定可靠,住院时间短,痛苦少,术后 3d 可作不同程度活动。患侧肢体早期活动对患肢周围关节早期恢复是有益的,对多发伤者内固定术后方便了护理开展。本组资料显示,锁骨骨折切开复位内固定可以达到良好复位,牢固固定,对骨折愈合提供了良好条件,避免了外固定给患者带来的痛苦及并发症。

(收稿日期: 2006-03-14)