

肱骨髁上骨折手法整复失败原因及处理

郭学兵

(江西省德安县中医院 德安 330400)

关键词: 肱骨髁上骨折; 手法整复; 失败原因分析

中图分类号: R 683.41

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2009)03-0073-02

我院自 2004 年采用手法整复石膏外固定治疗无神经血管损伤的肱骨髁上骨折 150 例, 取得较好疗效。现总结如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 150 例中男 95 例, 女 55 例; 后 1 个月每周复查 1 次, 1 个月后每 2 周复查 1 次。复查时需以庆大霉素、地塞米松稀释后冲洗泪道, 内镜下清理鼻腔内尤其造口周围血痂、分泌物及肉芽组织等。根据创面愈合及泪道冲洗情况, 硅胶管放置 3~6 个月后拔除。

1.5 术后评价标准 治愈: 鼻内镜下观察中鼻甲前端鼻腔外侧壁泪囊造孔形成, 上皮化、流脓、溢泪等症状消失, 泪道冲洗通畅; 好转: 鼻内镜下观察中鼻甲前端鼻腔外侧壁泪囊造孔形成, 上皮化、流脓、溢泪等症状减轻, 泪道冲洗基本通畅或加压后通畅; 无效: 症状无缓解, 冲洗泪道不通或加压后仍不通, 造孔闭锁。

2 结果

19 眼术中、术后均未见明显并发症。随访时间为 8 个月~2 年, 平均 13 个月。治愈 16 例(16 眼), 占 84.2%, 好转 2 例(2 眼), 占 10.5%, 无效 1 例(1 眼), 占 5.3%, 总有效率 94.7%。其中好转 2 眼患者由于术中使造孔尽量加大, 且长时间放置硅胶管, 术后症状明显改善, 效果基本满意。1 例无效者为术后复诊次数过少、处理不及时、肉芽组织增生致造口闭锁, 经内镜下清除肉芽组织、重新扩张造口、放置抗代谢药物丝裂毒素 C 后大量 NS 冲洗, 鼻腔喷用曲安奈德 3 个月 after 好转。

3 讨论

传统的经皮鼻腔泪囊吻合术是切开皮肤及皮下组织后咬除部分泪骨和上颌骨额突形成 10~15mm 的椭圆形骨窗, 然后将泪囊及鼻黏膜切开并做吻合从而使泪囊与鼻腔相通。由于该手术对泪囊及鼻黏膜损伤大, 术后极易出现瘢痕粘连及肉芽组织增生, 尤其在同时患有鼻科疾病的情况下。通过鼻内镜探查发现 19 眼的复发原因有: (1) 泪囊鼻腔黏膜吻合口瘢痕闭塞, 占 73.7%。患者大多伴有鼻腔结构不良综合征, 是复发的重要原因。(2) 泪囊与鼻黏膜吻合口偏小或位置偏高, 占 10.5%。可能是手

年龄 2~12 岁, 平均 7.5 岁。伸直型 120 例, 屈曲型 30 例; 尺偏型 110 例, 桡偏型 25 例, 中间型 15 例。

1.2 治疗方法 本组 150 例均经手法整复石膏外固定, 分别整复 1~4 次, 平均 1.8 次, 后用石膏外固定 2~3 周。整复后全部病例于 1~3d 内拍 1 次 X 线术时“工”形切口过小、位置偏高或缝合对位不好造成的, 使泪液引流不畅, 在下方形成盲袋造成泪液潴留进而继发感染。(3) 泪囊腔过小且填满增生组织和血凝块, 占 15.8%。

笔者通过采用鼻内镜下泪囊鼻腔造口术治疗复发性泪囊炎有以下几点体会: (1) 尽量同时将鼻腔结构不良综合征(如鼻中隔偏曲、钩突和中鼻甲肥大等) 根治, 因为它们引起复发的直接或潜在因素, 术腔上皮化是手术成功的重要标志, 曲安奈德喷鼻剂和中药(四物祛瘀方)滴鼻可促进术腔黏膜上皮化。(2) 术前控制鼻内炎症, 充分收缩鼻腔黏膜, 减少术中出血及术后粘连感染, 保持术野清晰。(3) 充分清理泪囊腔、放置抗代谢药物丝裂毒素 C 能有效防止泪囊鼻腔造口处因肉芽组织形成疤痕增生以及膜形成导致吻合口闭合^[5]。(4) 从上下泪小点导入带芯的有数个边孔的硅胶管, 可以防止造口黏膜修复时瘢痕挛缩导致造孔口闭锁, 同时可从上下泪小点之间的一个边孔作泪道冲洗, 冲洗液可渗透到术腔, 硅胶管一般留置 3 个月以上。(5) 术后定期鼻内镜下清理鼻腔内结痂、肉芽组织、血凝块及鼻腔粘连等, 还要观察调整硅胶管的放置情况, 对保持造孔开放有重要作用。随访时间不少于半年。

总之, 鼻内镜下泪囊鼻腔造口术治疗复发性泪囊炎不仅损伤小、有利于面部美观, 还能从根本上解决泪囊炎的复发原因, 是一种操作比较简单且疗效满意的手术方法。

参考文献

[1] 况光仪, 谭业农, 易惠民. 鼻腔结构不良综合征及其对策[J]. 中国耳鼻喉颅底外科杂志, 2005, 11(5): 344-345
[2] 周兵, 黄谦, 唐忻. 鼻内窥镜下经鼻泪囊鼻腔造孔术治疗复发性泪囊炎[J]. 北京医学, 1995, 17(6): 338-340
[3] 祝灵春, 孙立, 赵宏茹. 复发性泪囊炎经鼻内窥镜泪囊鼻腔造孔术[J]. 耳鼻喉 - 头颈外科, 2003, 10(5): 273-274
[4] 周兵, 唐忻. 鼻内窥镜下鼻内泪囊鼻腔造孔术(附 35 例疗效分析)[J]. 耳鼻喉 - 头颈外科, 1994, 1(2): 80-83
[5] 游选安, 方春庭. 丝裂毒素 C 在泪囊鼻腔吻合术中应用的远期疗效观察[J]. 中国实用眼科杂志, 2003, 21(3): 139-142

(收稿日期: 2008-11-18)

伴下肢深静脉血栓全髋置换或翻修围手术期治疗

涂宏 杨风云 陈岗 王丽华
(江西中医学院附属医院 南昌 330006)

关键词:全髋置换;下肢深静脉血栓;围手术期

中图分类号:R 681.6

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2009)03-0074-03

随着人工关节置换的广泛开展,对于合并下肢深静脉血栓高危病人的手术治疗,日渐受到重视。我院自 2003 年 3 月~2008 年 10 月对伴下肢深静脉血栓共 13 例全髋置换或翻修病例,经充分围手术期准备进行手术,疗效良好。现将体会报告如下:

1.3 整复成功标准 错位不超过一个皮质,约 2~3mm,骨折远端无旋转表现,即无“鱼尾征”、“月食征”,正位片肱骨干纵轴线与肱骨外髁骺板线夹角,即 Baumann 角不大于 75°,侧位片肱骨下端前倾角即肱骺角在 25°~45°之间。

1.4 治疗结果 本组 150 例均获得随访,根据其最终治疗情况分三组:非手术组 122 例,手术组 25 例,拒绝继续治疗组 3 例。随访时间 1~3.5 年。非手术组有 11 例肘内翻,角度 0°~30°,有 3 例屈曲受限 20°~30°,有 2 例伸直受限 10°~20°;手术组有 2 例肘内翻 0°~20°,无 1 例屈伸受限超过 10°;拒绝继续治疗组 3 例全部出现肘内翻,角度 20°~40°,并出现屈曲受限 20°~30°。在定期随访中发现,屈伸受限随着时间的推移和功能练习,其受限程度逐渐减小,部分年龄小、创伤不严重者屈伸受限经 1~3 年基本恢复正常,而肘内翻没有恢复,部分患者逐渐加重。后期行肘内翻矫形手术 8 例。

2 讨论

2.1 手法整复失败原因 (1)骨折本身原因:本组失败病例骨折移位明显,此类骨折往往伴有严重骨膜、肌肉撕裂,复位后失去软组织保护,即使复位也不稳定。部分病例断端嵌入肌肉,使复位困难。骨折粉碎,尤其是内侧有碎片或内侧皮质塌陷,失去支撑,或骨折线斜向内侧,复位后由于肌肉牵拉,远端向内上侧移位、倾斜,使 Baumann 角增大,出现肘内翻、肿胀,部分患儿创伤严重,淤血多,伤后未予任何固定反复整复,使肿胀加重。复位时助手用力牵拉,使肘部皮肤等软组织更加紧张,整复时触摸不清。(2)复位后体位不当:前臂旋前时肱桡肌群及外侧韧带结构紧张,使远端和近端紧密接触,不发生

术期准备进行手术,疗效良好。现将体会报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 13 例病人均为单侧全髋置换或翻修。其中男 8 例,女 5 例,年龄 60~73 岁。全髋置换向内成角。复位后患者卧位应保持前臂与水平垂直,坐立位维持前臂矢状轴位,不会因前臂重量影响而造成移位或内偏成角。(3)复位后一般 2~4d 肿胀明显,5~7d 后肿胀消退,此时石膏松动,再加儿童自制力差,易造成再错位或成角。

2.2 关于再次整复问题 再次或多次整复使骨折断面揉搓光滑,反而减少了复位后的稳定性,并使局部淤血增多,肿胀加重,整复更加困难,后期血肿机化粘连,关节屈伸受限。儿童有较强的塑型能力,只要能达到整复成功标准,后果一般较满意,不一定要解剖复位^[1]。但对那些整复后骨折远端仍有明显内移、内偏者应慎重对待,以防肘内翻畸形的发生。本组整复失败改在 X 线透视下整复一次成功率明显高于非透视下一次成功率。在有条件的医院,建议在 X 线透视下整复,以减少反复整复之痛苦。

2.3 关于手术切开复位 如整复过程中出现神经血管症状则需立即切开复位。切开复位内固定,一般能达到解剖复位,同时还能处理血管神经损伤,吻合断裂肌肉,清除淤血块,减少血肿机化粘连所致的关节活动受限,一般术后 2 周就可以去除外固定,活动肘关节,4 周拔除克氏针,进行功能练习。

2.4 晚期矫形手术 随访发现肘内翻畸形一般不能自行矫正,且有部分患儿逐渐加重。虽然屈伸活动好,但一般伴有前臂旋前畸形,旋后受限,外观畸形较严重,宜早期施行肱骨髁上外翻截骨矫形术,同时矫正远端的旋前畸形。拒绝继续治疗组 3 例均后遗严重肘内翻,伤后 2~3 年行截骨矫形,术后畸形尚满意。屈肘功能障碍特别是由于骨折远端向后上移位造成的屈曲受限,一般切除妨碍屈肘的肱骨下端骨突即可。同时伴有肘内翻和因骨折畸形愈合造成屈伸障碍者,可在矫正肘内翻同时,矫正屈伸受限畸形。

参考文献

[1]徐华梓,李也白,池水龙,等.儿童肱骨髁上骨折切开复位术后肘内翻畸形[J].中华小儿外科杂志,1995,16(1):28