

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

9 例,人工全髌翻修 4 例;骨水泥固定 3 例,生物固定型 10 例。下肢深静脉血栓发生部位:胫前静脉 5 例,胫后静脉 4 例,胫前、胫后静脉同时发病 4 例。

1.2 围手术期处理措施 13 例患者入院当日、术前 1d、术后第 7 天均行下肢深静脉彩超检查,检测血液流变相关指标、PT 四项。治疗方案:低分子肝素钙 4 100U,腹部脐周皮下注射,每日 1 次,同时静脉滴注低分子右旋糖酐 500mL+ 香丹注射液 30mL,术后视切口引流量、凝血酶原时间调整抗凝治疗。术前、术后常规指导进行患肢肌肉等长收缩、关节功能锻炼,运用弹力绷带自足部缠绕患肢 1~2 次/d,每次 30~60min。麻醉选用硬膜外麻,所有病例均由同一组骨科医师进行手术,手术选用后外侧入路进行全髌置换或翻修。

2 结果

以上 13 例患者围手术期均未出现肺梗塞现象。术前、术后彩超证实下肢深静脉血栓形成部位部分再通,血液通畅,无继发性血栓形成,无自发性出血现象,血液流变学指标明显改善,安全度过围手术期。术后随访最长 4 年 7 个月,最短 3 个月,患者置换关节功能良好,未发生肺梗塞现象。手术前后血液流变学指标变化见表 1。

表 1 治疗前后血液流变指标变化 ($\bar{X} \pm S$)			
检验项目	入院当日	术前 1d	术后 7d
血沉/mm·h ⁻¹	49±7	17±8*	15±4 [△]
红细胞压积/%	0.48±0.17	0.34±0.08*	0.32±0.08 [△]
全血黏度低切/mPa·s	17.84±6.58	11.56±4.06*	11.62±4.03 [△]
全血黏度高切/mPa·s	3.72±0.98	3.12±0.84*	3.14±0.78 [△]
凝血酶原时间/s	11.53±1.82	12.98±2.82*	13.02±2.43 [△]
部分凝血活酶时间/s	28.83±5.28	35.05±4.02*	36.13±4.78 [△]

注:与入院当日比较,*P<0.05;与术前 1d 比较,[△]P>0.05。

3 典型病例

赵某,女,64 岁,江西横峰县青板乡人。主诉:左髌置换术后疼痛 15 年,加剧 1 年。于 1985 年在外医院行全髌置换,术后轻度疼痛跛行,近一年加剧。查体:左下肢肌肉明显萎缩,较健侧 <2cm。左髌外侧见长约 25cm 切口疤痕。关节活动度:外展 25°、内收 10°;屈髌 90°、伸 0°;内旋 0°、外旋 20°。左小腿内侧可见约 5cm×10cm 皮肤发红,肤温不高,局部压痛。足背动脉搏动正常。X 线片示:左髌全髌置换术后 15 年,髌臼假体向上向内移位,周缘骨质疏松缺损,股骨侧假体松动,股骨干骨质疏松菲薄,假体下沉,股骨距吸收,假体周围见透亮区。彩超示:左下肢局部(胫前、胫后静脉)血栓形成,血液瘀滞,左大腿静脉小腿段局部静脉曲张。入院后即指导病人进行患肢肌肉等长收缩、关节屈伸功能锻炼,并行弹力绷带缠绕患肢 1~2 次/d,30~60min/次。低分子肝素钙 4 100U,皮下注射,每日 1 次。香丹注射液 30mL 加低分子右旋糖酐 500mL 静滴,每

日 1 次。服药后 10d 彩超示:左下肢胫前、胫后静脉血栓形成部位再通,血流通畅,较前明显改善。隔日在硬膜外麻下行人工全髌翻修术,术后第 2 天复行间断皮下注射低分子肝素钙,香丹注射液静滴。术后如期拆线。患肢功能恢复良好,摄片复查:左髌翻修术后,人工关节位置良好。

4 讨论

下肢深静脉血栓栓塞性疾病(DVT)可继发致命性肺梗塞(PE),对人工关节置换患者的围手术期生命安全构成最为严重的威胁。有研究证实:长期卧床制动,使周围静脉舒张,血流滞缓;术中进行股骨侧操作,手术体位造成股静脉扭曲,引起局部血管内膜损伤;扩髓时栓塞物质在血管内聚集,可引起血液高凝。静脉壁损伤、静脉血流缓慢、血液高凝状态三者是形成 DVT 的主要因素^[1,2]。据国外文献报道:DVT 继发性肺梗塞发生率为 4.6%~19.7%,回顾性尸解发现,肺梗塞者 83%存在 DVT。如不采取积极的防治措施,0.3%~1.2%肺梗塞病人有致死的危险^[3]。

4.1 抗凝治疗 抗凝治疗是 DVT 围手术期治疗的关键所在。虽不能溶解已形成的血栓,但可通过延长凝血时间来预防血栓的滋长、繁衍和再发,促进早期血栓自溶。但不恰当使用,则有引起自发性出血之弊。低分子右旋糖酐可减少血小板粘附作用,使已形成的纤维蛋白聚合物对纤维蛋白溶解酶更为敏感;可附着于受损血管内壁,阻止血栓形成;但每日用量不超过 1 000mL,不宜长时间使用(7~10d)。低分子肝素是由普通肝素经控制解聚而得的肝素黏多糖短链,具有显著抗 Xa 和抗凝血酶 IIIa 的作用,效果优于普通肝素及低分子右旋糖酐,为防治 DVT 首选药物。预防性治疗剂量安全可靠,不易干扰血小板功能和血管通透性,术后合并出血倾向的风险明显降低^[4]。

4.2 术时麻醉的选择 国外有文献报道,硬膜外麻对静脉血栓形成的预防有益。硬膜外麻交感神经阻滞作用可增加下肢血流,减轻血液瘀滞的副作用。和全麻相比,它可以降低 DVT 发生率^[5]。

4.3 机械性辅助预防作用 使用弹力绷带自足部缠绕患肢,术后麻醉清醒后,即行患肢踝、膝早期主动屈伸活动,可以增加静脉回流,减少血流瘀滞。

4.4 中药制剂在防治 DVT 中的作用 香丹注射液的有效成分丹参素和丹参酮可降低红细胞压积,调节红细胞电泳率,抑制由 ATP 诱导的血小板聚集及激活纤溶酶原,产生纤溶作用从而抗血栓形成^[6],与

四逆散合二陈汤加味治疗急性乳腺炎体会

徐迎涛 宫少波
(山东中医药高等专科学校 莱阳 265200)

关键词:急性乳腺炎;四逆散;二陈汤
中图分类号:R 655.8 文献标识码:B 文献编号: 1671-4040(2009)03-0076-02

笔者近年来用四逆散合二陈汤加味治疗急性乳腺炎 20 例,取得了较好的疗效。现报告如下:

1 临床资料

诊断标准依据《中医病证诊断疗效标准》^[1],20 例均为门诊病例、初产妇、单侧发病,无乳头破碎、畸形、内陷现象。年龄 22~36 岁,平均 28.5 岁;病程 1~5d;产后 1 周内发病 2 例,2 周内发病 4 例,3 周内发病 8 例,4 周内发病 6 例;情志内伤所致 8 例,哺乳不当所致 6 例,外感所致 4 例,外伤所致 1 例,饮食不节所致 1 例。乳房肿痛为主要症状,按之发硬,压痛明显,皮肤微红或不红,肿块或有或无,均表现乳汁排泄不畅,随情志不畅、精神忧虑、紧张而疼痛加重,痛时可放射至乳头或腋下。伴有头痛、恶寒、发热、食欲减退、四肢关节疼痛等全身中毒症状者 12 例,体温升高者 15 例(最低 37.2℃,最高 38.6℃),血常规白细胞增高、中性粒细胞数增高者 11 例,患侧淋巴结肿大者 9 例。

2 治疗方法

2.1 调护 让患者保持心情舒畅,忌抑郁愤怒;饮食有节,切忌过食膏粱厚味、鱼腥鲜发、醇酒辛辣、生冷之品;注意身体,避风寒侵袭,防感冒等病的发生;养成定时哺乳习惯,如乳汁过多,每次哺乳后尚未排尽时,可使用吸乳器或用手挤压按摩,使乳汁排空,防止乳汁瘀积,按摩时,先局部热敷,然后在患侧乳房涂少许润滑油,再用五指由乳房四周轻轻向乳头方向按摩,不宜用力挤压或旋转按压,而应沿乳络方向施以正压,把壅滞的乳汁逐步推出,在按摩过程中可以轻敲乳头数次,以扩张乳头部的乳

络;保持乳头清洁,防止乳头、乳房损伤感染邪毒。
2.2 内服中药汤剂 柴胡 9g、赤芍 9g、枳实 9g、半夏 9g、陈皮 9g、蒲公英 15g、瓜蒌 15g、牛蒡子 9g、王不留行 12g、穿山甲 6g(冲)、生姜 6g、生甘草 9g。热重者,加石膏 20g;恶露未净者,加益母草 15g、当归 9g;有肿块者,加鹿角片 6g(先煎)。水煎服,每日 1 剂,分早、晚 2 次温服,每次 150~200mL,服后微微发汗,3 剂为 1 个疗程。伴白细胞、中性粒细胞数增高者加抗生素,如头孢氨苄胶囊,每次 3 粒,3 次/d,饭前半小时服。

3 疗效观察

3.1 疗效评定^[1] 治愈:全身症状消失,肿消痛止,体温恢复正常;好转:肿痛减轻,肿块缩小,体温恢复正常,未化脓;无效:红肿痛不消或加重,肿块成脓,需手术切开排脓。
3.2 治疗结果 全部治愈。其中 1 个疗程治愈 6 例,2 个疗程治愈 10 例,3 个疗程治愈 4 例。

4 讨论

急性乳腺炎,中医称之为“乳痈”,是初产妇中的常见病,尤其好发于产后未满月的妇女。其病因有多种,本方所治病例涉及:情志内伤、哺乳不当、外感、外伤等四种因素,不论何种因素,乳汁瘀积、排乳不畅乃是重要发病原因,因此,对于急性乳腺炎的治疗关键是促使乳管开放,内积乳汁得以外排,宿乳一出病就能痊愈^[2]。女子乳头属肝,乳房属胃,肝主疏泄,可调节乳汁分泌和导管开合,乳房积乳也必将由肝胃两经而泻,遵经旨中医治疗乳房疾病,离不开一个“气”字。《外证医案汇编》中说:“治

低分子肝素同用可减少后者的用量、用药次数,提高 DVT 治疗的安全阈。

总之,围手术期对合并下肢深静脉血栓的治疗主要目的是预防致命性肺梗塞,减少急性或慢性 DVT 的发生及降低后期发生血栓综合征的危险。间断皮下注射低分子肝素配合中药制剂活血化瘀通络及早期功能锻炼、弹力绷带缠绕患肢等综合性防治措施,是十分必要的。

参考文献

[1]毛宾尧.人工髋关节外科学[M].北京:人民卫生出版社,2002.280

-290
[2]吕厚山,徐斌.人工关节置换术后下肢深静脉血栓形成[J].中华骨科杂志,1999,19(3): 155-160
[3]孙玺淳.人工关节置换术后下肢深静脉血栓的围手术期预防[J].宁夏医学杂志,2007,29(8): 727-728
[4]季平英.低分子肝素治疗下肢深静脉血栓形成效果评价[J].临床医学,2005,25(6): 72
[5]李艳,杜金凯.人工关节置换术的麻醉特点及其并发症[J].中国组织工程研究与临床康复,2007,11(36): 7 244-7 247
[6]万秋艳,边秀娟.疏血通与香丹注射液合用治疗下肢深静脉血栓形成 52 例[J].辽宁药物与临床,2003,6(2): 77

(收稿日期: 2009-01-06)