

克氏针合钢丝治疗锁骨骨折 32 例体会

刘小胜 孙昌荣 刘小明 陈朝晖

(江西省万安县中医院 万安 343800)

关键词:克氏针;钢丝;锁骨骨折

中图分类号:R 683.41

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2009)05-0077-02

笔者采用克氏针钢丝治疗锁骨骨折 32 例,取得满意疗效。现总结报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 锁骨骨折 32 例,男 20 例,女 12 例;年龄 20~55 岁,平均 36.5 岁;新鲜骨折 30 例,受伤到就诊时间最短 20min,最长 5d,平均 1.8d,陈旧性骨折 2 例,分别为 13d、11d;左侧 19 例,右侧 13 例。

1.2 手术方法及术后处理 采取颈丛神经阻滞麻醉或臂丛神经麻醉,患肩垫枕,常规消毒术区,以骨折端为中心,沿锁骨长轴切口,长 3~5cm,逐层切开,显露锁骨骨折端,清除骨折端瘀血块后,冲洗切口,试行骨折复位后放开,用科克钳将骨折近折段提起,首先用 1 枚直径 1.5mm 的克氏针自内侧骨折

端用电钻钻入,从锁骨内侧前面骨皮质出针,并将其拔出,用同样的克氏针 1 枚自远侧骨折端穿入,从锁骨外侧骨皮质出针,也将其拔出。然后,用 1 枚直径 2.0mm 或 2.5mm 克氏针两端剪成尖状,沿细克氏针通道从近端逆行穿出,针尾与近折端刚好平齐,复位骨折,碎片用钢丝捆扎,维持骨折复位稳定的情况下,用电钻将克氏针从近端顺行钻入骨折远段,使克氏针刚好穿出远折段骨皮质,克氏针固定紧,不容易松动,针尾打弯,头磨成钝圆状,埋于锁骨内侧皮下,活动肩关节,见锁骨固定稳定后,切口以 0.5%甲硝唑冲洗,置橡皮引流片,缝合切口并包扎,合并症做相应处理^[1]。常规抗感染治疗,术后三角巾悬吊患肢,2d 后拔除引流片,10d 拆除缝线,3~4 周开始小范围肩关节功能锻炼,并逐渐加大活

差。女性病人较男性病人存在以下不同:(1)部分老年病人肥胖明显,尤其存在腹部脂肪堆积,加之女性腹部肌肉薄弱,腹部因妊娠等原因使腹壁松弛,腹壁各层呈分离状态,因而不利于气腹建立。(2)老年女性病人反复发作妇科炎症,导致下腹粘连的发生率较高。鉴于老年女性存在以上特点,行 LC 术前应充分评估,采取针对性措施,才能有效地避免中转开腹或并发症的发生。

2.2 围手术期处理 重视围手术期处理和术后监护对提高 LC 手术的成功率及降低并发症的发生率尤为重要。术前应充分评估,多科协作,尽快有效处理,使病人身体处于最佳状态,能很好地耐受麻醉和手术。高血压病人应将血压控制在 140~90mmHg/100~60mmHg;对慢性支气管炎病人术前改善呼吸功能,控制感染,解除支气管痉挛;糖尿病病人血糖应控制在 5.6~11.2mmol/L 以下;心脏病病人心功能评定在二级以内,无严重心率失常。行腹腔镜手术时气腹高碳酸血症对病人心肺功能、肾脏血流动力学、颅内压及免疫系统均有一定的影响,因此术后应加强对心、肺、脑、肾等器官功能的监测,必要时转入 ICU 监护治疗,以防范心源性猝死、呼吸衰竭、脑血管急症、代谢紊乱及糖尿病酮症酸中毒的发生,确保病人的安全^[1]。

2.3 术中处理 手术操作应轻柔,牵拉胆囊的力度

适中,以免撕破胆囊、胆管。对粘连的处理,我们的体会是:紧贴胆囊体钝性剥离,边吸边剥,“宁伤胆囊,不伤胆管”^[2]。水肿明显时,可用吸引棒钝性剥离,可以从胆囊三角前、后路钝性剥离,边吸边剥,待胆囊管、胆囊动脉解剖清楚后方使用钛夹,尽量避免使用电钩和 5mm 分离钳剥离。胆囊床的处理也十分重要,因为急性炎症期水肿明显且反复发作,纤维化较明显,胆囊床若处理不当,易发生出血,易导致中转开腹。若胆囊床分离难度很大,可行胆囊大部分切除术,再用电凝电灼剩余胆囊黏膜,这样比较安全,可减少中转开腹。因急性胆囊炎炎症重,部分病人存在化脓、坏疽改变及胆囊中胆汁外漏等因素,因此腹腔引流为一种有效的补救措施,可以避免膈下脓肿发生,也有利于术后观察。LC 术中如发生粘连严重、解剖不清、出血较多时,或术中怀疑为胆囊癌者,应中转开腹。总之,对老年人行 LC 术时风险大、难度高、技术要求严格,但只要掌握好适应证,术者有丰富的 LC 经验,术式仍是安全可行的。

参考文献

[1] 黎介寿. 腹腔镜手术对生理功能的影响 [J]. 中国微创外科杂志, 2002,2(1): 1-3
[2] 沈万川,张丽霞,陈哲,等. 腹腔镜胆囊切除术在老年人急性胆囊炎中的应用[J]. 腹腔镜外科杂志, 2006,11(6): 529-531

(收稿日期: 2009-05-12)

桂枝汤加味治疗慢性荨麻疹体会

韩月 林夏 王艳丽
(安徽省马鞍山市中医院 马鞍山 243000)

关键词:荨麻疹;桂枝汤;中医药疗法

中图分类号:R 758.24

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2009)05-0078-02

荨麻疹是由于皮肤黏膜小血管扩张及渗透性增加而出现的一种局限性水肿反应, 中医的“瘾疹”、“风疹”等属本病范畴。近年来, 本人用桂枝汤加味治疗本病, 取得较好疗效。现总结如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 全部为 2006 年元月~2007 年 12 月门诊就诊病人, 均单纯服用中药治疗。42 例中男 14 例, 女 28 例; 年龄 16~62 岁; 病史 2 个月~2 年, 全部经过西药治疗。

1.2 病例选择标准 荨麻疹反复发作 2 个月以上, 近 1 周已停服任何药物, 症见皮肤瘙痒, 风团呈苍白色或淡红色, 晨起或遇寒冷(冷风、冷水)或温差明显时发作, 常以身体暴露部位症状明显, 舌脉多呈虚寒之象。

1.3 治疗方法 药物组成: 桂枝 8g, 白芍 12g, 甘草 8g, 生姜 6g(切片), 大枣 12 枚(去核), 黄芪 15g, 细辛 2 克, 蝉蜕 6g。加味: 风团大片融合者, 加白蒺藜 12g、徐长卿 15g; 痒甚者, 加防风 6g、黄芩 12g。30d 动范围。康复期间服用中药, 按骨折三期分治, 早期活血化瘀、消肿止痛, 中期益气 and 营、接骨续筋, 后期补益肝肾、强筋健骨。

1.3 治疗结果 本组 32 例, 术后 X 线片示 26 例达解剖复位, 6 例功能复位; 骨折临床愈合时间最短 5 周, 最长 12 周, 平均 9 周; 3 个月后骨折线消失, 均达骨性愈合; 肩关节功能 28 例恢复, 4 例上举较对侧差 10~15°。

2 讨论

2.1 采用锁骨内侧骨折端逆行穿针法的优点 锁骨内侧骨折段逆行穿针法(即针尾保留在锁骨内侧皮下), 较外侧骨折段逆行穿针法(即针尾保留在肩部皮下)有以下优点: 其一克氏针同时穿出了骨折内侧段及外侧段皮质, 使针在髓腔内相对稳定; 其二避免了克氏针尾在肩部皮下, 由于肩部肌肉收缩, 对克氏针产生轴向牵拉力, 而发生自动退出穿破皮肤, 甚则引起感染之忧虑。

2.2 治疗选择 以往对锁骨骨折的治疗以非手术治疗为主, 锁骨骨折为常见的上肢骨折, 因受胸锁乳突肌、斜方肌、三角肌、胸大肌等的牵拉作用, 常使骨折端发生明显的移位, 锁骨骨折对位后成角大

为 1 个疗程, 最多用 2 个疗程。第 1 个疗程中, 已无风团者, 连续第 2 个疗程治疗; 服药 10d 风团无显著减少者, 停止治疗。

1.4 疗效标准 痊愈: 停药后 2 个月内无风团出现; 有效: 停药后 2 个月内风团复发, 或服药期间, 偶见少量风团或伴瘙痒感; 无效: 服药 10d 以内, 风团无显著减少。

1.5 治疗结果 42 例中, 经 2 个疗程治疗者 26 例, 1 个疗程治疗者 9 例, 治疗 10d 以下者 7 例。痊愈者 22 例, 占 52.38%; 有效者 13 例, 占 30.95%; 无效 7 例, 占 16.67%; 总有效率为 83.33%。

2 讨论

桂枝汤是《伤寒论》第一方, 号称群方之首, 先后载入《伤寒》、《金匱》共计 20 余处, 功能为调和营卫, 解肌发表。该方主要为风伤太阳的表虚证而设, 我们基于仲景把疾病视为阴阳调节的过程, 把平调阴阳作为治疗疾病总的原则之旨, 在慢性荨麻疹(虚寒型)的治疗中, 不考虑单一的因素, 而针对综于 10° 或重叠超过 1cm, 将改变其旋转轴使肩、胸锁关节面上受力分布发生改变, 而最终导致创伤性关节炎, 故手术治疗的患者越来越多。

2.3 手术技巧 为了防止摇钻产生的高温高压引起针道较多骨细胞坏死, 使得克氏针固定后的针道相对较松, 我们先用直径 1.5mm 细克氏针在锁骨内穿一通道, 然后选直径 2.0 或 2.5mm 的粗克氏针沿通道正式固定, 克氏针在髓腔内稳定性好。内固定针必须粗细适中, 太细克氏针易松动且易折弯, 易造成克氏针退出及成角畸形, 太粗缺乏韧性, 且锁骨呈“S”状, 髓腔不大, 克氏针进入锁骨骨折的长度不够, 固定不牢固, 目前多主张采用 2.0 或 2.5mm 的克氏针。

总之, 该手术可避免传统钢板内固定的切口大、骨膜损伤大、痛苦大、费用高的缺点, 具有方便、快捷、固定较牢、费用小的特点, 符合患者的心理要求, 同时服用促进骨折愈合中药, 可使病人早日康复。

参考文献

[1] 连学金, 黄世民, 庄耀明. 克氏针固定锁骨的生物学试验和临床疗效[J]. 中华骨科杂志, 1994, 14(3): 163

(收稿日期: 2009-05-12)