

经皮撬拨复位穿针内固定治疗跟骨骨折 35 例

王锦程¹ 吴小辉²

(1 江西中医学院 2008 级骨伤研究生 南昌 330006;

2 江西省核工业地质局二六三大队职工医院 吉安 331300)

关键词:跟骨骨折;克氏针;内固定

中图分类号:R 683.42

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.01.044

跟骨骨折是临床上常见的骨伤病,占全身骨折的 2%^[1],多由高处跌落,足部着地,足跟遭受垂直撞击所致^[2]。跟骨骨折多累及关节面,治疗效果欠佳,致残率高达 35%。我院 2008 年 3 月~2009 年 6 月采用克氏针撬拨复位内固定治疗跟骨骨折 35 例,取得了比较好的疗效。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 35 例患者,男 25 例,女 10 例;损伤至手术时间 1~3 d;按 Sanders 分型^[3]:II 型 14 例,III 型 18 例,IV 型 3 例。

1.2 治疗方法

1.2.1 术前准备 对患者伤足跟部进行 X 线侧、轴位检查,术前常规消毒备皮,足部严重肿胀、皮肤出现水疱者绝对卧床抬高患肢,嘱患者加强足趾活动,待患肢稍消肿后实施手术治疗。

1.2.2 手术方法 患者健侧卧位,若双跟骨骨折患者,则采用俯卧位。腰硬联合麻醉,在 C 臂透视下将 1 枚直径 3.5 mm 克氏针从跟腱后方外侧缘穿过皮肤,斜形插入下陷的跟骨体后距下关节骨块的底部

处,针尖进入 3.5 cm 左右,然后提针尖,利用杠杆的原理,撬拨后距下关节面,使塌陷骨块撬起,直至跟距关节完全恢复正常间隙,解除下陷所致骨折块间的交锁现象。同时,术者双手环抱足跟,掌跟部夹紧足跟两侧,向其后方反复地牵引、晃动、拔伸、挤压,对膨出的跟骨外侧部用力向内挤压塑形,使外踝下膨出的骨块向内填充由于撬拨所残留的间隙,然后用 2 枚 2.0 mm 克氏针穿过跟骰关节。C 臂机观察到跟骨后关节面与距下关节面接近解剖复位后,助手维持患足于跖屈位^[3-4]。患足踝关节功能位石膏固定、抬高以利消肿,术后常规应用抗生素 3~5 d,脚抬高 3 d,术后 24 h 开始脚趾活动,48 h 开始踝活动,3 个月可逐渐下地负重。

1.3 治疗效果 本组 35 例均随访 1 年。1 例发生针孔持续分泌物并疼痛,经用抗生素、减少活动、局部碘伏涂擦治疗,恢复正常;21 例足外观基本正常,X 线拍片 Bohler 角平均 33.2°。Maryland 足部评分系统评价术后恢复程度:优 28 例,良 4 例,可 3 例,有效率 100%,优良率为 91.4%。

92.31%。

2 典型病例

李某,女,2010 年 1 月初诊。主诉:右肩臂疼痛 3 个月。数月前因强化训练乒乓球半月余,出现右上肢酸胀疼痛,肩肘部有局限性压痛点,休息数天后又坚持训练,右肘部疼痛加剧,并出现轻度功能障碍。经用针灸及理疗等治疗 2 个月,疼痛有所减轻,但局部痛点明显,活动受限并影响工作。X 线摄片:肩、肘关节正常。诊断:肩周炎并肱骨外上髁炎。治疗:先取穴肩井、肩髃、曲池、手三里及阿是穴,自上而下,顺序刮痧,5~10 min,然后在疼痛点再刮拭 5 min。间隔 1 周后又行第 2 次刮痧治疗。经 3 次刮痧治疗后,患者自觉症状完全消失,功能恢复正常。

3 讨论

软组织损伤是一种常见病。软组织损伤时,由于经脉受损,气机失调,血行瘀滞,不通则痛,进而出现肿胀瘀积。现代医学认为软组织损伤早期为局

部软组织出血及无菌性炎症渗出、水肿,后期随着炎症渗出的吸收,表现为结缔组织增生及粘连、功能障碍等病理改变。刮痧疗法具有改善全身或局部的血液循环、调节神经反射、松弛肌肉紧张、促进炎症水肿吸收的作用,从而达到消炎、解痉止痛的目的,中医认为本法具有疏通全身或局部的经脉气血、消肿散瘀、恢复功能的作用。既可用于不同阶段和不同部位的软组织损伤,又可与针灸、拔罐、推拿、放血等其他疗法配合使用,发挥加强疗效、缩短病程的作用。另外,刮痧还有呈现病位的作用,可以帮助明确诊断。对于某些主诉症状比较模糊、病变损伤部位不确切的患者可根据痧痕出现的部位和形态以及痛点,为诊断治疗提供依据和指导。总之,刮痧疗法治疗慢性软组织损伤,可根据不同病情单独应用,亦可配合其他治疗综合应用,具有简单易行、安全可靠、疗效显著的优点,在国外受到广大医护人员及患者的推崇和喜爱。

(收稿日期:2010-08-20)

舒芬太尼与吗啡术后硬膜外镇痛的临床比较

陈立众

(江西省鹰潭市人民医院 鹰潭 335000)

摘要:目的:观察舒芬太尼与吗啡用于术后自控硬膜外镇痛(PCEA)的疗效及不良反应。方法:选择 100 例硬膜外术后患者,年龄 18~60 岁,体重 50~80 kg,无严重心、肺、肝、肾等系统疾病,且无长期服用镇痛药和镇静药史,ASA 评级 I~II 级。随机分为两组每组 50 例,A 组:舒芬太尼 50 μ g+地塞米松 5 mg+罗哌卡因 150 mg,B 组:吗啡 5 mg+地塞米松 5 mg+罗哌卡因 150 mg,均以生理盐水稀释成 100 mL,术后 0.5、1、4、8、12、48 h 分别观察 BP、HR、R、SPO₂ 以及患者恶心、呕吐、皮肤瘙痒、尿潴留等不良反应。结果:(1)两组患者 BP、HR、R、SPO₂ 48 h 内无明显差异($P>0.05$);(2)镇痛效应:A 组与 B 组无明显差异($P>0.05$);(3)不良反应:B 组恶心、呕吐、皮肤瘙痒、尿潴留、呼吸抑制等不良反应均显著高于 A 组($P<0.05$)。结论:舒芬太尼术后硬膜外镇痛效果满意,无明显副作用,安全有效,值得临床推广。

关键词:硬膜外镇痛;舒芬太尼;吗啡;疗效比较

中图分类号:R 614

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.01.045

术后疼痛严重影响手术病人的术后康复和生活质量,为了有效缓解术后疼痛,许多学者对术后镇痛药物选择进行了大量临床研究。本文就舒芬太尼、吗啡的镇痛效果和不良反应进行了比较,选出一种相对比较满意的药物。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 100 例硬膜外镇痛手术患者。纳入标准:ASA 评级 I~II 级,年龄 18~60 岁,无严重心、肺、肝、肾等疾病,且无长期服用镇痛药和镇静药史。随机分为 A、B 两组各 50 例。

1.2 麻醉和镇痛方法 入室后建立静脉通道、生命体征监测,按手术要求行相应的硬膜外穿刺,麻醉过程严格按技术操作,头端置管 3.5 cm,注入 1.73% 碳酸利多卡因 5 mL 试验剂量,阻滞平面出现且无

2 讨论

2.1 克氏针撬拨复位内固定的优点 操作简单,手术损伤小,并发症与后遗症少,骨折愈合后无需二次手术,手术成功率高,住院时间短,治疗费用低,疗效满意,适合基层医院推广应用。

2.2 手术技术要点及注意事项 (1)手术前应仔细分析 X 线片,根据骨折类型设计手术复位及固定方案。(2)跟骨骨折一般属于高空坠下,跟骨塌陷的同时导致跟骨增宽,必然会压迫神经从而导致疼痛,所以跟骨高度和宽度的恢复同样重要,通过搓揉挤压跟骨同时反复撬拨而恢复其高度和宽度,是此手术的治疗关键。(3)进针应在跟骨结节跟腱附着点略偏外侧,以免损伤跟腱及血管神经;应将踝关节固定在跖屈位;进针部位及方向不正确,可造成骨折复位不满意或骨折固定不牢靠。(4)术中要重视 C 臂机的透视作用,直至达到满意解剖复位方可固定。(5)手术后用石膏维持于跖屈位 4~6 周后拔除克氏针。

跟骨骨折选择手术治疗还是非手术治疗一直

全脊麻现象,给予 0.75%罗哌卡因 15 mL,根据手术要求、患者生命体征间断硬膜外追注 0.75%罗哌卡因,术中患者肌松、镇痛完善、手术顺利。术毕接上硬膜外镇痛泵(参数设置为负荷量 2 mL,背景剂量 2 mL/h,指令剂量 1.5 mL,锁定时间 15 min),配方:A 组:舒芬太尼 50 μ g+地塞米松 5 mg+罗哌卡因 150 mg,B 组:吗啡 5 mg+地塞米松 5 mg+罗哌卡因 150 mg,均以生理盐水稀释成 100 mL,观察 48 h,评估镇痛效应及不良反应。

1.3 评分指标 疼痛评分采用 VAS 法(0 分为无痛,10 分为最痛)^[1]:0 级,无痛感,记 0 分;I 级,轻微疼痛,记 1~3 分;II 级,中度疼痛,记 4~7 分;III 级,重度或剧痛,记 8~10 分。记录给药后 0.5、1、4、8、12、48 h 的得分。

存在分歧。一般认为,跟骨上方的 3 个关节面与距骨构成广义的距下关节,其上缘线与跟距下关节面完整和跟骨外形特别重要。因此,跟骨关节内骨折的治疗重点在于尽量恢复跟骨的解剖结构,依靠强有力的内固定支持,能更早更好地恢复距下关节的活动功能。有学者研究发现,Sanders II、III 型骨折预后较好,而 IV 型骨折疗效较差,这与 IV 型骨折关节面粉碎严重、手术复位固定困难有关^[2]。也有学者认为,距下关节面的良好复位只是影响疗效的一个方面,恢复跟骨的高度、长度、宽度及轴线同样十分重要^[3]。

参考文献

[1]王亦璠.骨与关节损伤[M].北京:人民卫生出版社,2003.1 143
[2]胥少汀.实用骨科学[M].北京:人民军医出版社,2005.806
[3]张铁良,于建华.跟骨关节内骨折[J].中华骨科杂志,2000,20(2):117
[4]李宗利,张福华.经皮 X 线机下撬拨多根克氏针内固定治疗跟骨骨折[J].实用医药杂志,2008,25(5):927
[5]周军杰,曹成福,纪斌,等.距下关节融合术治疗粉碎性跟骨关节内骨折预后的临床研究[J].中国骨与关节损伤杂志,2006,21(1):24
[6]梅炯,俞光荣,朱辉,等.开放复位内固定治疗跟骨骨折 69 例[J].骨与关节损伤杂志,2000,15(5):332

(收稿日期:2010-11-08)