

双克氏针内固定治疗锁骨中外 1/3 处骨折体会

王聪 郭嵘 周林生
(江西省鹰潭市中医院 鹰潭 335000)

关键词: 锁骨骨折; 内固定; 克氏针
中图分类号: R 683.41 文献标识码: B doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.01.060

锁骨位置表浅,呈"~"型,是连接上肢与躯干的支架。其骨干较细,内侧前凸,外侧后突,遭受外力后易引起骨折。锁骨骨折临床上较为多见,约占全身骨折的 6%,多见于青壮年及儿童。锁骨骨折治疗方法很多,2006~2010 年间,我院对 32 例锁骨中外 1/3 骨折患者采用双枚克氏针髓内固定,其中部分长斜型骨折再加用钢丝环扎,疗效满意。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 32 例:男 26 例,女 6 例;年龄 25~57 岁;有明显移位者 27 例,多发骨折 3 例,术后骨不连 2 例。所有患者均为新鲜骨折,无血管神经损伤,手术在 1 周内进行。

1.2 治疗方法 患者取仰卧位,患肩垫软枕,垫高约 30 度,采用局部麻醉或颈丛麻醉。以骨折处为中心沿锁骨前缘作一长 3~6 cm 切口,切开皮肤及皮下组织,剥离骨膜,暴露骨折端。先从骨折远端髓腔钻入 1 枚直径为 2 mm 克氏针,在肩锁关节后内侧方穿出,然后沿复位的锁骨近端髓腔缓慢逆行钻入。再在锁骨近侧端凸起的最高处作一长约 0.5 cm 小切口直达骨质,另 1 枚克氏针经此切口斜向锁骨钻入髓腔,钻通髓腔后,沿锁骨走行向锁骨远端缓慢钻入,自锁骨后侧方穿出。克氏针仅留 0.1 cm 于锁骨近端骨外,在锁骨远端折弯克氏针,剪断针尾埋入皮下。如为粉碎性骨折可用细钢丝局部固定或用可吸收线缝合,如是长斜型骨折或有较大的游离骨片者可用钢丝环扎加强固定。术后用颈腕带悬吊 1 个月,2 个月内严禁患肩剧烈活动。

1.3 结果 所有患者术后当天可下床活动,术后 3 d 主动活动肩关节屈伸、内收、外展,7~10 d 能基本达到正常活动范围。患者随访 3~12 个月,均临床愈合,无骨折不愈合病例,愈合时间为 3~6 个月。无克氏针刺激周围组织、纤维化程度及判定药物疗效的“金标准”^[2]。但由于肝脏活检有一定的创伤性,对于基层医院有一定的技术难度,临床广泛开展受到一定的限制。另外,取样误差及观察者间的差异也影响病理诊断的准确性,因此,应用临床评估、血液学检查和影像学等检查构建无创性诊断模型以判断慢性肝病患者肝纤维化程度成为一种趋势。但无论是血液学方面的指标还是二维超声及 CT、磁共振的检查,其在早期肝纤维化诊断方面存在一定的局限性。而超声造影作为另一种评价肝纤维化的方法,可将对比剂在肝静脉内出现的时间缩短、峰值时间提前作为无创诊断肝纤维化的指标,但也受造影剂的种类、剂量、推注方式及不同成像方式、取样部位等多种因素影响而导致检测结果不稳定、缺乏可比性^[3-4]。

肝脏硬度测量是近年来受到广泛关注的一种无创诊断方法,它是运用声脉冲辐射力成像技术无创评估肝组织硬度。成像时先确定需要进行硬度检测的感兴趣区,探头发射推力脉冲,组织受力后产生纵向压缩和横向振动,收集这些细微变化并演算出横向剪切波速度值,间接反映该区域组织的硬度程度,从而无创性地获得深部组织的硬度特征,检

下组织,剥离骨膜,暴露骨折端。先从骨折远端髓腔钻入 1 枚直径为 2 mm 克氏针,在肩锁关节后内侧方穿出,然后沿复位的锁骨近端髓腔缓慢逆行钻入。再在锁骨近侧端凸起的最高处作一长约 0.5 cm 小切口直达骨质,另 1 枚克氏针经此切口斜向锁骨钻入髓腔,钻通髓腔后,沿锁骨走行向锁骨远端缓慢钻入,自锁骨后侧方穿出。克氏针仅留 0.1 cm 于锁骨近端骨外,在锁骨远端折弯克氏针,剪断针尾埋入皮下。如为粉碎性骨折可用细钢丝局部固定或用可吸收线缝合,如是长斜型骨折或有较大的游离骨片者可用钢丝环扎加强固定。术后用颈腕带悬吊 1 个月,2 个月内严禁患肩剧烈活动。

1.3 结果 所有患者术后当天可下床活动,术后 3 d 主动活动肩关节屈伸、内收、外展,7~10 d 能基本达到正常活动范围。患者随访 3~12 个月,均临床愈合,无骨折不愈合病例,愈合时间为 3~6 个月。无克氏针刺激周围组织、纤维化程度及判定药物疗效的“金标准”^[2]。但由于肝脏活检有一定的创伤性,对于基层医院有一定的技术难度,临床广泛开展受到一定的限制。另外,取样误差及观察者间的差异也影响病理诊断的准确性,因此,应用临床评估、血液学检查和影像学等检查构建无创性诊断模型以判断慢性肝病患者肝纤维化程度成为一种趋势。但无论是血液学方面的指标还是二维超声及 CT、磁共振的检查,其在早期肝纤维化诊断方面存在一定的局限性。而超声造影作为另一种评价肝纤维化的方法,可将对比剂在肝静脉内出现的时间缩短、峰值时间提前作为无创诊断肝纤维化的指标,但也受造影剂的种类、剂量、推注方式及不同成像方式、取样部位等多种因素影响而导致检测结果不稳定、缺乏可比性^[3-4]。

参考文献

[1]中华医学会肝病学分会,中华医学会感染病学分会.慢性乙型肝炎防治指南[J].胃肠病学,2006,11(9):550-557
[2]Palmeri ML,Wang MH,Dahl JJ,et al.Quantifying hepatic shear modulus in vivo using acoustic radiation force [J].Ultrasound Med Biol,2008, 34(4):546-558
[3]Hanni,Yeshua,Ran Oren.Noninvasive assessment of liver fibrosis[J].Ann Transplant,2008,13(2):5
[4]孙德胜,孟繁坤,王金锐,等.慢性肝病肝剪切波速与纤维化分级的相关性研究[J].中国医学影像学杂志,2009,7(4):241-244
[5]Ziol M,Handra-Luca A,Kettaneh A,et al.Noninvasive assessment of liver fibrosis by measurement of stiffness in patients with chronic hepatitis C[J].Hepatology,2005,41(1):48
[6]邱梅,胡萍香,周大桥,等.肝剪切波速在慢性乙型肝炎病毒携带者肝纤维化分期上的临床意义[J].临床肝胆病杂志,2010,26(4):407-409
(收稿日期:2011-10-24)

术后早期炎性肠梗阻的诊断及中西医结合治疗体会

汤正邦 张艳

(江西省余干县人民医院 余干 335100)

关键词: 术后早期炎性肠梗阻; 诊断; 中西医结合疗法

中图分类号: R 574.2

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.01.061

1996 年 3 月~2010 年 3 月间我科共收治 25 例术后早期炎性肠梗阻患者,全部采用中西医结合非手术治疗,均痊愈。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 25 例中,男 19 例,女 6 例,年龄 24~68 岁。手术次数:腹部 1 次手术者 17 例,2 次者 5 例,3 次者 3 例。梗阻前最后一次手术:胃溃疡行胃大部切除术 2 例,阑尾穿孔行阑尾切除腹腔引流术 4 例,肠粘连松解术 3 例,胃溃疡穿孔修补术 4 例,外伤性小肠破裂行肠段切除吻合术 4 例,急性胆囊炎胆囊切除术 1 例,急性胆管炎胆道探查术 1 例,结肠肿瘤行结肠癌根治术 3 例,外伤性脾破裂脾切除术 3 例。

1.2 临床表现 本组病例均在术后 2 周内肠功能恢复后再次出现肠梗阻症状、体征:腹胀,腹痛,肛门停止排气、便,腹部膨隆,肠鸣音亢进;B 超见肠腔积液;KUB 提示小肠气液平;CT 检查提示肠壁水肿、增厚,肠腔积气。无低血钾等致麻痹性肠梗阻的因素,全部病例无绞窄性肠梗阻的临床及影像表现。

1.3 治疗方法 行禁食、持续胃肠减压,应用胃肠外营养支持治疗,减少肠道分泌,维持水电解质及酸碱平衡,使用肾上腺皮质激素促进炎症消退及抗

氏针断裂、移位等,1 例患者术后出现针尾处疼痛。

2 讨论

锁骨骨折治疗方法颇多,以往采用“8”字绷带外固定治疗,易出现畸形愈合,导致患肩外形欠佳。传统观点认为:锁骨骨折断端即便对线欠佳,也不影响患肩功能,其手术指征仅限于骨不连,伴有血管或神经损伤等。现代医学认为:非手术治疗移位和粉碎性锁骨骨折易发生延迟愈合或不愈合,许多患者出现骨折部位缩短、延长或增粗,造成局部隆起和胸廓出口综合征;较多患者出现骨折部位肌力减弱和肩下垂、肩部疼痛、侧卧患肩疼痛、患肩外展和上举受限。因此主张手术治疗,有利于患者对功能和美观的要求。锁骨骨折手术方式众多,可用钢板内固定,但其价格较高,且术中需剥离骨膜,影响

生素预防感染治疗等。在治疗 12 h 症状无恶化后,行大承气汤[大黄 20 g(后下)、芒硝 15 g、厚朴 15 g、枳实 15 g]100 mL 胃管内注入并夹管 1 h,2~3 次/d,同时取大承气汤 500~1 000 mL 保留灌肠,1 次/d。

1.4 治愈标准 肛门恢复排气、便,腹痛腹胀消失,触之柔软,肠鸣音恢复,进食后肠梗阻症状不再出现。

1.5 结果 本组所有病例均保守治愈出院,随访至今无复发。

2 讨论

2.1 诊断 术后早期炎性肠梗阻的概念由黎介寿教授首次提出,系在腹部手术后早期,由于手术创伤或腹腔内炎症等原因导致肠壁水肿和渗出而形成的一种机械性与动力性同时存在的粘连性肠梗阻^[1]。常见于手术范围大、肠管暴露时间长、腹腔污染重的病例。本组病例均有上述特征。这种肠梗阻既有机械性因素,又有肠动力障碍性因素。术后早期炎性肠梗阻的临床特点:(1)大多发生在术后 1~2 周,排气排便后再次发生肠梗阻。(2)多见于手术操作范围广、腹腔污染严重、出血多、创伤重、手术时间长等病例。(3)具有肠梗阻症状和体征,腹胀明显,腹痛相对较轻,较少发生绞窄。(下转第 92 页)

血运,不利于骨折断端愈合。克氏针髓内固定创伤小,操作简单,固定也较为牢固,且医疗费用低廉,故成为很多骨科医师的首选,但须注意针尾外露处感染、针松动、滑脱等并发症。

应用两枚克氏针髓内固定加钢丝环扎有较强的内固定作用,单枚克氏针固定不能有效控制锁骨中外 1/3 骨折断端旋转,易发生术后克氏针移动、退针及骨折不愈合等情况。我们采用双克氏针髓内固定,操作简单,局部损伤小,费用低,可防止骨折断端旋转,疗效满意。笔者认为,双克氏针加钢丝固定是治疗锁骨中外 1/3 骨折的一种较好方法。

参考文献

[1]卢世壁.坎贝尔骨科手术学[M].济南:山东科技出版社,2001.2 227
[2]朱通伯,戴克戎.骨科手术学[M].第 2 版.北京:人民卫生出版社,1998.270-271