

示：“右输尿管下段 0.8 cm× 0.9 cm 结石影”。经服消火利石片及硫酸镁、654-2 等药无缓解。刻诊：少腹拘急，腹痛拒按，尿见血块，舌绛腻苔，脉弦数而滑。证属腑气阻塞，膀胱蓄血。治以通腑逐瘀排石。处方：桃仁、大黄、芒硝(冲服)、红花、当归、瞿麦、赤芍各 9 g，琥珀粉 3 g(吞服)，金钱草、石韦各 20 g，服药 2 剂，矢气频频，血尿停止。原方去芒硝、琥珀，加三棱、莪术各 10 g，连服 12 剂，夜尿时排出多棱状黄豆大小结石 1 枚，诸症悉平。B 超复查未见结石。

案：师述：湿热内蕴，移积下焦，煎灼成石，有因

热盛而致尿路涩燥，结石运行受阻而驻留，治疗上的唯一渗利，反致结石嵌塞尿管，损伤尿路脉络，瘀血与尿石互结，蓄血膀胱，闭塞腑气，这就是膀胱蓄血症。法宗《伤寒论》，宜用桃核承气汤下之。膀胱蓄血，法当通腑逐瘀，又因石结引发，尚须排石，故用桃核承气汤加通淋排石之味，疗效佳良。桃仁活血逐瘀，大黄、芒硝通腑荡实，红花、当归、赤芍、琥珀化瘀通淋，三棱、莪术散结理气。气顺瘀化，腑通石自排。

(收稿日期：2013-10-23)

腹部闭合性外伤脾破裂临床分析

董朝辉 薛军

(陕西省韩城市人民医院 韩城 715400)

关键词：脾破裂；急诊处理；外科治疗

中图分类号：R657.62

文献标识码：B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.04.041

脾破裂在腹部闭合性创伤中占 30%，严重脾破裂患者，其死亡率高达 10%^[1]。因此，在腹部闭合性外伤脾破裂临床处理中，必须采取准确的诊断方式，进行及时的急诊处理，根据患者具体病情，采取手术或保守治疗方法，以降低并发症发生率，提高患者生存率。为探索腹部闭合性外伤脾破裂临床诊治水平，笔者对本院 2010 年 1 月~2013 年 10 月收治的腹部闭合性外伤脾破裂患者的临床资料进行回顾性分析。现报道如下：

1 临床资料

1.1 一般资料 收集 2010 年 1 月~2013 年 10 月本院收治的 60 例腹部闭合性外伤脾破裂患者的临床资料，其中男 34 例，女 26 例；年龄 14~75 (38.46± 2.46) 岁；入院就诊平均时间为 (2.34± 0.34) h；伤后平均失血量为 (2 577.33± 533.67) mL；单纯脾破裂 28 例，合并休克、骨折、液气胸、小肠破裂等各种外伤 32 例；致伤因素：交通事故伤 22 例，打击挤压伤 14 例，高处坠落伤 13 例，其它 11 例。

1.2 临床表现 腹部闭合性外伤脾破裂患者大多合并压痛、腹胀、恶心呕吐、胸痛胸闷、四肢厥冷、脸色苍白等症状。严重者处于昏迷状态，合并重度颅脑损伤、腹膜刺激征等并发症。本组病例均给予腹部 B 超、CT 检查等方法确诊，同时进行诊断性腹腔穿刺，根据脾包膜裂口的长度与深度，判断腹部闭合性外伤脾破裂严重程度。

1.3 急救处理 首先严格观察患者病情变化，及时建立深浅静脉通路，采取快速补充血量抗休克措施，未配好血时给予患者静脉滴注适量生理盐水、5%葡萄糖注射液 500 mL、平衡液、高渗氯化钠液、代血浆等，以维持血压稳定，确保顺利配血输血。

1.4 治疗方法 60 例腹部闭合性外伤脾破裂患者中，15 例脾破裂 I 级患者采取非手术治疗，占 25.00%。指导患者卧床休息，进行抗感染、补充血容

量、纠正水电解质紊乱以及维持酸碱平衡等治疗，严格监测患者生命体征、腹部体征，1 d 内定时调整血细胞比容，记录 24 h 出入液体量等，监测 14 d。如患者出现生命体征异常、腹部体征加剧等症状，应及时中转手术治疗。采取手术治疗 45 例，占 75.00%。根据脾破裂的程度与部位，采取全脾切除术、脾修补术、脾部分切除、脾动脉结扎、脾切除脾片大网膜移植术等手术。

1.5 治疗结果 非手术治疗 15 例，痊愈 15 例，成功率为 100.00%；手术治疗 45 例，痊愈 43 例，成功率为 95.56%，死亡 2 例，病死率为 4.44%。死亡原因包括：患者年龄较高，脾破裂合并严重骨盆骨折、直结肠膀胱破裂、腹腔积血、失血性创伤性等严重症状。

2 讨论

脾脏作为人体的重要免疫器官，脾脏破裂后会降低人体免疫功能，引发感染症状^[2]。脾脏损伤需要采取可行性的治疗方案，才能确保患者生命安全，保护脾脏的完整功能，改善患者自身免疫力，减少凶险感染的风险等^[3]。本研究给予腹腔内脏器损伤伴随休克的严重患者采取全脾切除术治疗，大部分患者采取脾修补术、脾动脉结扎、脾切除脾片大网膜移植术等保脾手术治疗，其余患者采取非手术保脾治疗。结果本组手术治疗患者死亡 2 例，病死率为 4.44%，死亡原因主要是患者高危高龄及多发伤脾破裂，导致手术失败，出现死亡。所有非手术治疗脾破裂的成功率为 100%。在外伤性脾破裂的手术治疗中，应坚持“抢救生命第一，保留脾脏第二”的急救原则，根据实际情况与患者病情严重程度，采取非手术治疗或保脾手术治疗。

本研究结果表明，非手术治疗患者痊愈率为 100.00%，手术治疗患者痊愈率为 95.56%，治疗成功率较高。综上所述，在腹部闭合性外伤脾破裂临床治疗中，应采取 B 超或 CT 检查确诊患者病情，结合

检查结果,掌握脾损伤的程度,根据患者临床症状,实施非手术或手术治疗,在手术治疗过程中,明确脾破裂的严重等级,决定手术治疗方式,确保患者生命安全,尽量保证脾功能的完整性,降低并发症发生率,减少感染风险,改善患者预后,提高患者生命质量。

参考文献

- [1]韩留安.腹部闭合性外伤脾破裂 176 例临床分析[J].临床医学,2010,30(22):58-60
 [2]胡晓伟.腹部闭合性损伤致小肠破裂 22 例诊治体会[J].中外医学研究,2011,9(31):110-111
 [3]刘宗培,李辉,李银.腹部闭合性损伤脾破裂 59 例临床诊治体会[J].中国医药指南,2012,10(1):134-135

(收稿日期:2014-02-28)

Pilon 骨折手术治疗探讨

罗国强 乐海浪

(江西省南昌市洪都中医院 南昌 330008)

摘要:目的:探讨手术治疗 Pilon 骨折的临床疗效。方法:回顾分析采用切开或闭合复位内固定治疗 Pilon 骨折 38 例的临床资料。结果:患者术后均获随访,按 Mazur 评定标准,优 29 例,良 6 例,可 3 例,优良率为 92.1%。结论:选择适宜的手术时机、正确的软组织处理、良好的复位与内固定技术、早期功能锻炼是 Pilon 骨折治疗取得良好疗效的保证。

关键词: Pilon 骨折;骨折固定术;临床疗效

中图分类号:R683.42

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.04.042

Pilon 骨折是指胫骨远端涉及关节面的骨折,1991 年由法国放射医师 Destot 最早描述,约占下肢骨折的 1%^[1]、胫骨骨折的 3%~10%^[2]。此类骨折多为高能量损伤,手术后常出现创面感染、皮瓣坏死、骨不连、创伤性关节炎等并发症,临床处理极为棘手。2010 年 1 月~2012 年 1 月我科采用切开或闭合复位内固定治疗 Pilon 骨折 38 例,取得满意疗效,现报告如下:

1 临床资料

本组 38 例,其中男 23 例,女 15 例;年龄 23~66 岁,平均 40 岁;左 17 例,右侧 21 例;交通伤 22 例,坠落伤 16 例;合并腓骨骨折 28 例,合并其它部位骨折 6 例。按 Ruedi-Allgower 分型^[3]: II 型 22 例, III 型 16 例;开放性骨折 13 例,按 Gustilo-Anderson 分型^[4]: I 型 6 例, II 型 5 例, IIIA 型 2 例。Topliss 分型^[5](CT 分型):CT 示主要骨折线呈冠状面走向的 10 例,主要骨折线呈矢状面走向的 16 例,未做 CT 扫描的 12 例。急诊内固定手术 20 例(6 h 内),余 18 例行跟骨牵引,10~20 d 后行复位内固定手术。

2 治疗方法

2.1 术前准备 急诊手术术前常规摄 X 线片,必要时行 CT 扫描和重建;闭合性 Pilon 骨折先行跟骨牵引,西药抗炎脱水对症治疗,同时内服活血化瘀、消肿止痛中药,7~14 d 后踝部及小腿肿胀部分消退,皮肤褶皱出现后再行切开或闭合复位内固定术。

2.2 手术方法 麻醉成功后,开放性伤口严格清创;合并腓骨骨折者,行切开复位钢板螺钉内固定术;闭合 Pilon 骨折作胫骨下 1/3 前内侧切口,充分显露骨折端与关节面,复位塌陷的胫骨远端关节面,用克氏针临时固定;有骨缺损者植入自体髂骨或同种异体骨。根据骨折断端情况不同,选用不同类型的胫骨远端普通钢板(T 型、三叶草型和扭转型)或采用胫骨远端解剖锁定钢板(LCP)固定的患者采用间接复位技术,于胫骨远端和小腿上端各作

2~3 cm 切口钢板经皮插入,骨折端各固定 3~4 枚螺钉。

2.3 术后处理 术后抗炎消肿治疗,石膏托外固定 4~6 周,拆除石膏托后外用中药熏洗,配合主被动踝关节功能锻炼,3 个月开始扶拐逐渐负重功能锻炼。

3 疗效观察

3.1 疗效评定标准 按 Mazur^[6]功能评分系统进行评定。优(踝关节无肿痛,步态及活动度正常)>92 分;良(踝关节轻微肿痛,正常步态,活动度大于正常的 3/4)87~92 分;可(活动时疼痛,活动度大于正常的 1/2,正常步态,踝关节中度肿胀):65~86 分;差(行走或静息痛,活动度小于正常的 1/2,跛行,踝关节明显肿胀)<65 分。

3.2 疗效评定结果 所有患者术后随访 12~18 个月,骨折均愈合,愈合时间 12~16 个月。本组 38 例,感染 4 例,局部皮肤边缘坏死 2 例,经换药后治愈;1 例 X 线示创伤性关节炎;2 例 X 线示骨折延迟愈合,经适当固定内服补益肝肾、接骨续筋中药后愈合。按 Mazur 评定标准,优 29 例,良 6 例,可 3 例,优良率为 92.1%。

4 讨论

4.1 手术时机 新鲜的开放性骨折可彻底清创同时内固定。闭合性 Pilon 骨折选择伤后 6 h 内或伤后 7~14 d 手术风险较小。

4.2 治疗原则 Pilon 骨折为最难治疗的骨折之一,目前国内外公认的 Pilon 骨折治疗四大原则包括:(1)固定腓骨骨折;(2)复位胫骨远端关节面;(3)植骨;(4)保护软组织和踝关节功能锻炼。Blauth 等^[7]提出治疗此类骨折的“3P”生物学原则即:(Preserve)保护骨和软组织血运;(Perform)完成关节面的解剖复位;(Provide)提供满足关节早期功能锻炼的内固定。对于临床具有现实的指导意义。

4.3 切口选择 开放性 Pilon 骨折伤口多在内侧或前内侧,且横行多见^[8],多位于踝上 3~4 cm,一般长