

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

相比,更利于骨折的愈合,减少了骨不连的发生率。

对于 Pilon 骨折,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。

参考文献

[1]Sirkin M,Sanders R.The treatment of Pilon fractures [J].Orthop Clin North Am,2001,32 (1):91-102
[2]Marin LE,Wukich DK,Zgonis T.The surgical management of high-and low-energy tibial plafond fractures:A combination of internal and external fixation devices [J].Clin Podiatr Med Surg, 2006,23(2):423-444
[3] 顾立强.Pilon 骨折的分类与功能评价 [J]. 中华创伤骨科杂志, 2004,6(8):894-898
[4]Gustilo RB,Mendoza RM,Williams DN.Problems in the management of typeIII(severe) open fractures:a new classification of typeIII open fractures[J].J Trauma,1984,24(8):742-746
[5]Topliss CJ,Jackson M,Atkins RM.Anatomy of pilon fractures of the distal tibia[J].J Bone Joint Surg Br,2005,87(5):692-697
[6]Mazur JM,Schwartz E,Simon SR.Ankle arthrodesis.Long-term follow-up with gait analysis [J].J Bone Joint Surg Am,1979,61(7): 964-975
[7]邱贵兴,戴尅戎,骨科手术学[M].第 3 版.北京:人民卫生出版社, 2006.355
[8]沈洪兴,张春才.胫骨 Pilon 骨折的治疗进展.中华骨科杂志,2002,22 (8):505-508

(收稿日期: 2013-11-01)

约 3~6 cm,长纵行极少。术中多采用包含原伤口的 S 形切口,远端自内踝上向内踝延伸,近端自趾长屈肌、比目鱼肌间隙向近端延伸;闭合 Pilon 骨折作胫骨下 1/3 前内侧切口。

4.4 植骨 Pilon 骨折属高能量损伤,延迟愈合或骨不连的发生率较高,对于骨断端有骨缺损的患者应给予植骨,一方面可以支撑塌陷的关节面,防止复位丢失;另一方面可以促进骨折的愈合,减少骨不连的发生几率。

4.5 复位和内固定 腓骨骨折的固定对 Pilon 骨折的治疗十分重要,其目的在于恢复肢体的长度,维持肢体的对线,有利于术中对胫骨关节面的复位。Pilon 骨折有 3 个主要的骨折块,即内踝骨块、前外侧骨块和后唇骨块。前外侧骨块通过下胫腓前韧带与腓骨相连,后唇骨块通过下胫腓后韧带和外踝相连。主要骨折块复位后克氏针临时固定,再继续复位其他碎骨块,参与关节面复位的碎骨块,必须带有软骨面下松质骨和适当的固定,否则容易剥脱,形成关节内游离体。近年来采用间接复位技术,经皮微创插入解剖锁定钢板(MIPPO 技术),保护了原有的软组织绞链,钢板位于骨膜外,也减少了对骨折处血供的干扰,与传统的切开复位内固定(ORIF)

增液承气汤联合手术治疗肛管直肠狭窄性便秘 28 例疗效观察

宋智琼

(湖北省鄂州市中医医院 鄂州 436000)

关键词: 肛管直肠狭窄;便秘;增液承气汤;手术疗法

中图分类号: R657.17

文献标识码: B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.04.043

便秘是指大肠传导功能失常,导致大便秘结,排便周期延长;或周期不长,但粪质干结,排便艰难;或粪质不硬,虽有便意,但便出不畅的病证^{〔1〕}。笔者以辨证论治为原则,运用增液承气汤联合手术治疗肛管直肠狭窄性便秘疗效满意。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2013 年 1~11 月在我科就诊的肛管直肠狭窄性便秘患者 28 例,其中男性 16 例,女性 12 例,年龄 45~74 岁;平均(60.2± 7.6)岁;病程 8 个月~12 年,平均(6.5± 3.2)年。所有患者经肛门镜及电子直肠镜等相关检查均有不同程度肛管直肠狭窄,且所有患者均经过西医治疗如口服番泻叶、酚酞片等,以及开塞露纳肛,但效果欠佳,便秘症状反复而到我科求治。

1.2 诊断标准 参照国家中医药管理局 1994 年颁布的《中医病证诊断疗效标准》^{〔2〕}: (1)排便困难,伴肛门坠胀,并有肛门阻塞感,重者可有腹胀、恶心呕吐。(2)有肛周炎症、肛门损伤或肛门直肠手术病

史。(3)肛门指检,食指通过困难或不能通过,可触及镰状、环状或管状狭窄环。(4)直肠镜检查,部分患者可见狭窄环,狭窄部位可有糜烂、溃疡。

1.3 治疗方法 药物治疗:予口服增液承气汤,组方:大黄 15 g、芒硝 10 g、玄参 15 g、生地 15 g、麦冬 15 g,1 剂/d,分 3 次水煎服。肛管直肠狭窄手术治疗:根据病情的轻重,采取不同治疗方法:(1)轻度狭窄者可用逐步扩张法治疗:先用小号扩张器,每 2 天扩张 1 次,使狭窄逐渐扩大。如能伸入手指时再以手指扩张,可间隔数日 1 次。待能排出成条正常粪便时,改为每周 1 次手指扩张。大部分患者用扩张法可以治愈。(2)重度狭窄的病人,可在肛管后方切开一纵切口,然后再用扩张法逐步扩张;如因纤维带或纤维薄膜造成的狭窄,则可以手术切除。以上治疗方法 1 个月为 1 个疗程,1 个疗程后评定疗效。

1.4 疗效评定标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^{〔2〕}。治愈:症状消失,排便通畅,肛门指检肛管直