

在使用锁骨钩钢板时,决定手术好坏的决定性因素之一就是钢板的预弯,因为钢板的肩峰端插于肩峰下,如果不能很好地预弯钢板,那么就很有可能出现对肩关节外展的限制,对患者带来其他伤害,在本次研究的 40 例患者中,就出现了 1 例这种状况,但钢板取出过后,所有症状也基本消失,无明显后遗症。此外,肩锁韧带以及斜方肌和三角肌止点的修复也是决定手术是否成功的关键环节,必须给予高度的重视;本次研究的患者中,均是修复肩锁韧带和斜方肌、三角肌止点,这也可能是手术效果良好的原因之一。

本研究结果显示,对患者进行锁骨钩钢板治疗,总有效率为 95.0%,并发症的发病率仅 20.0%,并且经干预后均痊愈,治疗效果较好。但是,对于其中一

些容易出错的地方也必须给予正确的对待,才能最大程度地保证手术效果和患者的康复。综上所述,锁骨钩钢板治疗肩锁关节脱位和锁骨远端骨折具有固定牢靠、不损伤关节面、手术时间短和允许患者早期锻炼等优势,可以促进关节功能的早日恢复,并发症少,值得临床推广和应用。

参考文献

[1]王达忠.锁骨钩钢板治疗肩锁关节脱位及锁骨远端骨折的临床分析[J].中国社区医师(医学专业),2011,13(19):77-78
[2]李欣,何爱咏.锁骨钩钢板与克氏针张力带治疗肩锁关节脱位和锁骨远端骨折疗效比较[J].中国矫形外科杂志,2006,14(24):1855-1857
[3]谢志坚,杨星华,熊晓东.锁骨钩钢板治疗肩锁关节脱位和锁骨远端骨折 63 例[J].创伤外科杂志,2010,12(3):228-230
[4]谢志坚,杨星华,官正华.锁骨钩钢板治疗肩锁关节脱位和锁骨远端骨折[J].重庆医学,2010,39(17):2262-2263
[5]田守进,王黎明,徐卫袁,等.锁骨钩钢板治疗肩锁关节脱位和锁骨远端骨折[J].临床骨科杂志,2009,12(1):63-65

(收稿日期:2015-01-05)

跟骨骨折内固定术后两种不同引流方式的对比研究

陈健 郝连升

(山东省聊城市中医医院骨创外科 聊城 252000)

摘要:目的:研究跟骨骨折内固定术后持续冲洗引流与负压吸引两种不同的引流方式对切口愈合的影响。方法:将 47 例(48 足)闭合跟骨骨折行切开复位内固定术患者随机分为两组,持续引流冲洗组:术后应用生理盐水持续冲洗 48~72 h,引流管中无血性液体 12 h 后,拔出进水管,6~8 h 后拔出引流管;负压引流组:术后刀口内置引流管,持续负压引流 48~72 h,在 24 h 引流出血性液体<20 ml 后,拔除引流管,观察两组患者刀口甲级愈合率并做统计学分析。结果:47 例(48 足)跟骨骨折术后刀口全部愈合,持续引流冲洗组:22 足甲级愈合,2 足乙级愈合,甲级愈合率 91.67%;负压引流组:20 足甲级愈合,4 足乙级愈合,甲级愈合率 83.33%。结论:持续冲洗引流可有效预防跟骨骨折内固定术后皮肤感染、坏死,提高切口愈合率。

关键词:跟骨骨折;切开复位内固定;引流

中图分类号:R683.42

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.07.028

跟骨骨折是临床上常见的骨科疾患,2012 年 6 月~2014 年 8 月,笔者采用切开复位内固定术治疗 47 例(48 足)闭合跟骨骨折,术后分别给予持续冲洗引流和负压引流,取得较好的疗效。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 共 47 例(48 足),致伤暴力均为直接暴力。其中男 35 例,女 12 例;年龄 21~61 岁,平均年龄 37.12 岁;其中 46 例为单侧骨折,1 例为双侧骨折;均为闭合性损伤。按照 Sanders 分型:III 型 37 例 38 足,IV 型 10 例 10 足。患者从受伤到手术的时间为 3~14 d,平均 7.4 d。对于不能立即手术的患者,均将患肢置于勃朗氏架上抬高患肢,畸形严重者给予手法整复支具或者石膏外固定,同时应用消肿药物治疗,术前全部行 CT 及三维重建检查。

1.2 手术方法 手术选择跟骨外侧“L”形切口,纵向部分从外踝尖上 4 cm 处开始,向下到达足背和跖侧皮肤交界处,然后沿着皮肤交界水平向前到达跟

骰关节或第五跖骨基底部近侧。皮肤全层切开,锐性剥离两侧皮瓣,保护腓肠皮神经及腓骨长短肌肌腱,到达跟骨外侧壁骨膜,有限骨膜下剥离,分别在外踝、距骨头、骰骨钻入 3 枚 1.5 mm 克氏针,折弯,代替拉钩用以保护皮瓣,向上牵开显露整个跟骨外侧壁、跟距关节及跟骰关节,术中操作要求精确轻柔,禁钳夹钳捏皮缘及皮瓣,禁用电刀剥离。牵引手法复位,掀开跟骨外侧壁,可见后距关节面明显塌陷,沿外侧壁的骨折线插入大弯钳,向上挑起塌陷的跟距关节面,恢复 Bohler's 角和 Gissane's 角。用数枚克氏针将已复位的诸个骨折块临时固定以维持复位。若存在内侧载距突的骨折可行跟骨内侧切口辅助进行治疗。复位后行 C 臂机透视,位置满意,对复位后在其下残留的骨缺损空隙,用自体髂骨或同种异体骨填塞,使之撑起关节面。用器械将膨出的外侧壁轻轻向内敲平或直接用拇指由外向内挤压跟骨外侧壁恢复跟骨的宽度。这时跟骨宽度、高度和 Bolher's

角及 Gissane's 角都得到恢复,根据骨折类型、粉碎程度及距下关节损伤情况,选择合适的异型锁定钢板贴附在跟骨外侧壁上并用锁钉进行固定。固定时应选择跟骨结节-载距突-跟骨前部(或骰骨)三点固定。

1.3 术后处理

1.3.1 持续引流冲洗组 术后在外踝尖划一水平线和“L”切口拐角处划一垂线,两者之间的交点后方 1 cm 处放置剪好的一个侧孔的输液器,与“L”切口拐角处下方放置剪好的一个侧孔的输液器,两者在刀口内皮瓣下平行放置,距离切口约 3 cm,缝合刀口时尽量严密,术中观察引流管的通畅,同时检测变换跟骨体位时对引流的影响,控制滴速在 40 滴/min 左右。

1.3.2 负压引流组 术后在水平切口与垂直切口交汇处,距离刀口约 3 cm 处切一小口,放置负压引流管,剪两个侧孔,引流管由小口放置到距下关节处,保证引流管无扭曲,逐层缝合刀口,无菌敷料覆盖,弹力绷带适度加压包扎,连接负压引流器,注意无菌操作。

2 结果

2.1 持续引流冲洗组 术后 1 例冲洗 6 h 后出现引流管堵塞,变换体位进水管不进,拔出引流管发现输液器折弯并瘀血堵塞,拔出进水管,引流管引流通畅,第一个 24 h 引出血性液体约 150 ml,第二个 24 h 引出血性液体 70 ml,第三个 24 h 引出血性液体 15 ml,拔除引流管,经过积极换药、灯照,最后乙级愈合;另 1 例 12 h 后出现进水管不进,经调整进水管后,引流通畅;其余病例术后持续应用生理盐水冲洗 48~72 h,引流管中无血性液体 12 h 后,拔出冲洗管,6~8 h 后拔出引流管,拔出引流管后刀口轻度渗血(换药时见渗透 2 层纱布)天数为 0~3 d,平均 1.7 d;最终,23 例(24 足)跟骨骨折术后全部愈合,其中 22 足甲级愈合,2 例乙级愈合,甲级愈合率 91.67%。

2.2 负压引流组 术后引流通畅,术后 6 h、7~24 h、24~48 h、48~72 h 平均引流量,分别为 180~240 ml、90~120 ml、50~70 ml、10~20 ml,术后 72 h 拔除引流管,拔出引流管后刀口轻度渗血(换药时见渗透 2 层纱布)天数为 1~3 d,平均 2.1 d;最终,24 例(24 足)跟骨骨折术后全部愈合,其中 20 足甲级愈合,4 足乙级愈合,甲级愈合率 83.33%。

3 讨论

跟骨是人体主要的承重骨,参与足弓的组成,跟骨骨折后足部的生物力学发生改变,造成术后发生距下关节的病理性改变的几率增大,最后导致足部

失去正常弹性步态。目前众多学者主张手术治疗^[1],但是如何有效地预防跟骨骨折术后刀口感染、坏死等问题,是我们临床面临的难题。在提高手术技巧、合理的手术方案、术前充分准备、积极预防感染的同时,术后刀口引流的处置也是预防跟骨骨折术后刀口感染的重要步骤。

跟骨骨折内固定术后皮肤感染坏死原因分析^[2-3]: (1)跟骨外侧切口区软组织少、切口浅、皮瓣小、皮瓣下腔隙小。(2)跟骨是不规则长方形松质骨,仅有薄层皮质包绕,骨折后容易渗血,再加上跟骨骨折一般伴有骨皮质缺损,缺损植骨填充后外侧皮质不能完整覆盖,这样会持续渗血,加之外踝部腱鞘滑液使得手术区皮瓣下积液容易存留,刀口压力过大影响静脉回流。(3)若切口不能及时干燥,皮缘长期渗血渗液,皮瓣出现苍白,继而出现皮缘坏死甚至感染。(4)尽量减少手术时间及使用止血带的时间。

跟骨骨折术后引流的必要性:凡涉及到关节面的跟骨骨折,特别是 Sanders II~IV 型骨折都需要切开复位内固定^[4],多选择经典的“L”型切口,也有学者^[5]选择“U”型切口获得良好效果。跟骨是不规则形松质骨,仅有薄层皮质包绕,骨折后容易渗血,再加上跟骨骨折多数伴有骨皮质缺损,缺损植骨填充后外侧皮质不能完整覆盖,这样会持续渗血,如果术后引流不通畅,容易形成血肿,导致感染发生,同时积血引起刀口压力过大影响静脉回流,如果不能保持刀口的干燥,则容易引起细菌滋生导致感染、切口不愈合、接骨板裸露,最终会导致手术失败。采用持续冲洗引流能保持皮瓣的张力,保持刀口干燥,避免引起感染。

持续冲洗引流的优缺点:持续冲洗引流优越性: (1)冲洗引流是用生理盐水持续冲洗,生理盐水属等渗溶液,既不会增加皮瓣的压力,又能很好维持皮瓣的张力; (2)持续冲洗引流创口,能利用水流机械力冲洗清除创口内残留血凝块及组织碎屑,也能带走组织修复过程中潴积的代谢产物^[6],避免积血积液淤积,解除毛细血管壁压迫,使血流量恢复,有利于组织修复; (3)能消除切口内细菌生长环境,降低切口感染率,减少使用抗生素; (4)可以缩短等待手术时间。而普通的皮片引流,会造成瘀血在刀口积聚,如不及时换药导致刀口“浸泡”,容易引起感染。贾清堂等^[7]认为不宜使用皮片引流,只能使用负压引流。也有部分学者^[8]采用负压吸引,但是刀口不属于封闭组织,负压不能良好的控制与维持,它与 VSD 负压技术不同,不能把细小炎性因子带出刀口,而冲洗可以根据侧孔的多少和冲洗的速度来避免。持续冲

洗引流的缺点：(1)患者术后难免因体位变动导致冲洗管打弯从而影响冲洗，多因为引流不畅或冲洗与引流没有达到一个良好的平衡，使切口敷料渗湿，术后及时处理可以避免；(2)术后冲洗将骨折断端渗血带走，是否会影响骨折断端愈合时间需要进一步观察；(3)术后持续冲洗是否会增加感染的几率，需要下一步大样本观察。

引流的放置及注意事项：术后在外踝尖划一水平线和“L”切口拐角处划一垂线，两者之间的交点后方 1 cm 处放置剪好的一个侧孔的输液器，与“L”切口拐角处下方放置剪好的一个侧孔的输液器，两者在刀口内平行放置，距离切口约 3 cm，侧孔尽量均匀，冲洗引流管放置时要求无死腔冲洗，缝合刀口时尽量严密，术中观察引流管的通畅，同时检测变换跟骨体位时对引流的影响，控制滴速在 40 滴/min 左右。术中不断变换体位观察进水管和引流管的通畅情况以及刀口的渗出情况，以刀口从有渗出到无渗出的临界值来决定滴速，术后应用生理盐水持续

冲洗 48~72 h，引流管中无血性液体 12 h 后，拔出冲洗管，6~8 h 后拔出引流管，掌握好术后引流时间，防止发生逆行感染。综上所述，用持续冲洗作为不愈合率高的跟骨骨折的辅助治疗，费用低，治疗效果好，是一种既经济又有效的方法，在基层医院值得推广。

参考文献

[1]盛朝辉,庞瑞明,刘红财,等.切开复位内固定治疗跟骨骨折的疗效分析[J].中国骨与关节损伤杂志,2009,24(6):552-554
[2]张春,崔海宁,郭峭峰,等.足踝部创伤后严重复合组织缺损感染创面的修复[J].中华创伤骨科杂志,2012,14(10):859-862
[3]Lim EV,Leung JP.Complications of intraarticular calcaneal fractures [J].Clin Orthop Relat Res,2001,391:7-16
[4]葛占洲,陈秀民,王在斌.锁定钢板内固定治疗 36 例关节面移位跟骨骨折的疗效分析[J].中国骨与关节损伤杂志,2012,27(2):167-168
[5]曹立海,曲家富,彭义,等.外侧“U”型切口结合钢板固定治疗跟骨粉碎骨折[J].中国矫形外科杂志,2013,21(4):409-411
[6]刘向前.持续冲洗引流法在开放性骨折治疗中的应用[J].中国骨伤,1999,12(4):39
[7]贾清堂,王建君,李芳芳.急诊手术内固定结合植骨治疗跟骨关节内骨折 48 例疗效分析[J].中国骨与关节损伤杂志,2012,27(2):172-173
[8]何朝洪.负压引流在跟骨骨折内固定术中的临床应用[J].中国骨与关节损伤杂志,2013,28(5):102-103

(收稿日期:2015-01-19)

针药并用治疗乳腺增生 30 例临床观察

侯美英

(南昌大学第四附属医院 江西南昌 330003)

摘要:目的:观察针药并用治疗乳腺增生的临床疗效。方法:选择 2012 年 6 月~2014 年 6 月在我院治疗的乳腺增生患者 60 例,随机分为治疗组和对照组各 30 例,对照组采用乳癖消颗粒联合逍遥丸口服治疗,治疗组采用中药内服联合针刺疗法,对两组患者的治疗效果进行观察与分析。结果:对照组总有效率为 76.7%,治疗组总有效率为 93.3%,两组疗效比较有显著性差异($P<0.05$)。结论:针刺联合中药内服治疗乳腺增生疗效确切。

关键词:乳腺增生;针药并用;临床观察

中图分类号:R655.8

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.07.029

乳腺增生是临床上常见、多发的乳房疾病,好发于 20~50 岁的女性,临床多表现为乳房肿块伴胀痛、刺痛,肿块大小常随月经呈周期性变化,月经前肿块增大,质地较硬,月经后肿块缩小,质韧不硬;常规治疗效果多不理想且易复发。近年来,笔者采用针药并用治疗该病,取得满意效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 共观察 60 例乳腺增生患者,均为我院 2012 年 6 月~2014 年 6 月门诊病人,女性,随机分为治疗组和对照组各 30 例。病例均符合入组诊断标准,两组在年龄及病程方面经统计处理无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。见表 1。

表 1 两组患者一般情况比较($\bar{x} \pm s$)			
组别	n	平均年龄(岁)	平均病程(年)
治疗组	30	39.81± 6.02	4.05± 4.55
对照组	30	41.32± 5.98	4.48± 3.63

1.2 诊断标准 根据《中医病证诊断疗效标准》^[1]和 2002 年中华中医药学会外科分会乳腺病专业委员会的诊断标准制定:(1)有乳腺肿块且多数伴有乳房疼痛症状,连续 3 个月不能缓解,肿块呈单个或多个,可分散于整个乳房,与周围组织界限不清,推之可动,可有触痛,可随情绪及月经周期的变化而消长;(2)排除生理性乳房疼痛;(3)利用钼靶 X 线、近红外线乳腺彩色多普勒等现代检测手段作为辅助诊断,确诊为乳腺增生,并排除乳腺癌、乳腺纤维瘤等其他乳腺疾病。

1.3 治疗方法 治疗组:采用针刺配合中药内服治疗。针刺取穴:合谷(双)、膻中、天宗(双)、肩井(双)、肝俞(双)、阳陵泉(双)、太冲(双)、足三里(双)。中药内服:柴胡、当归、香附、青皮、川芎、昆布、海藻、生牡蛎、乳香、仙灵脾、穿山甲,均于月经第 15 天开始治