

夹板固定并发筋膜间隔区综合征的预防

湖北中医学院附属医院(430061) 熊昌源 尹晓光

从 1976 年以来,我院共发现筋膜间隔区综合征 13 例,现报告于下。

临床资料

本组 13 例中男 9 例,女 4 例;年龄最小 3 岁,最大 45 岁;从受伤到本征确诊时间最短 8 小时,最长 18 个月,平均 3 个月。13 例原发损伤均为骨折,具体情况及相关病因分析见表 1、2。13 例中 10 例接受手术治疗,其中 2 例筋膜切开减压,3 例前臂屈肌起点滑移,1 例踝关节和拇趾间关节融合,其余 4 例肌腱松解、延长或转移。10 例随访时间最短 3 个月,最长 24 个月,平均 5

个月。结果 2 例筋膜切开减压功能完全恢复,其余功能仅有不同程度改善。

表 1 13 例原发损伤

	肱骨髁 上骨折	前臂 骨折	胫腓骨 干骨折	胫骨平 台骨折	股骨髁 骨折
有移位	4	0	3*	2	1
无移位	1	2	0	0	0

* 其中 1 例为多发性骨折合并创伤性休克。

表 2 13 例相关病因分析

骨折移位 未纠正	多次手法 复位	固定前 肿胀甚	固定不合理			经夹板固定肿痛加重后		
			器具不规范	包扎紧	体位不当	服止痛药	未处理	未就诊
1	3	5	5	11	3	5	6	1

讨 论

从本组病例治疗结果看,筋膜间隔区综合征一旦发生,后果严重。早期筋膜切开,彻底减压,挛缩可完全恢复;晚期治疗困难,即使精心手术,也很难完全恢复功能。因此夹板固定必须注意预防。为避免肌肉永久性挛缩,抢救伤肢功能,我们认为预防内容应包括早期诊治。预防须做到以下几个方面:

1. 病情要适合 四肢闭合性骨折,无论时间长短,只要无须切开复位,均可采用夹板固定。开放性骨折伤口小、污染轻,经过严格清创处理,伤口不在夹板压垫放置部位,仍可采用。开放性骨折伤口大,经过清创手术,伤口已愈合,也可采用。无论以上何种情况,凡采用夹板固定,伤肢必须血液循环好。肿胀太甚,皮肤张力高,不宜采用。可积极采取有效措施,须待肿胀消退后再用。四肢挤压伤、碾压伤,伤肢皮肤表面完整,皮下静脉已广泛破坏,静脉或受压、或断裂;或栓塞。尽管动脉供血尚存,而静脉回流已难,因此不宜采用。若勉强采用,筋膜间隔区容积因夹板压力而缩小,伤肢持续肿胀,进行性加重,筋膜间隔区内压力升高而阻碍动脉供血,很容易招致本征。多次复位,尤其手法粗暴,皮肤受损与挤压伤、碾压伤可相差无几,也不宜采用;复位不成功,更不宜采用。此外,休克者伤肢供血

不足,昏迷者不知痛楚,截瘫者伤肢无知觉,凝血障碍者易出血难止,凡此种种,均不宜采用。

2. 固定要合理 夹板无论采用何种材料,均须有一定弹性、韧性和可塑性。根据伤肢形状、材料性质和治疗要求决定夹板规格。压垫必须质软,有一定弹性,对皮肤无刺激,形状、大小均要合适。夹板包扎要注意松紧适当,固定定体位既要有利维持骨折复位,又要有利肿胀消退。

3. 观察要仔细 夹板固定后最好住院观察。不能住院者,须把观察要点详细告诉病人,嘱咐病人 3 天内一定复诊;凡发生特殊变化,一定随时就诊。疼痛和肿胀不减,肢端感觉、颜色和温度正常,脉搏尚存,指(趾)伸直无障碍,被动伸指(趾)无疼痛,多为静脉回流障碍。疼痛和肿胀持续进行性加重,受累所在肌肉部位压痛,主动伸指(趾)障碍,被动伸指(趾)疼痛,无论脉搏有无,无论肢端冷热,无论皮色红白,均应考虑为筋膜间隔区综合征。本组病例夹板固定后几乎全部严重肿胀、剧烈疼痛过,但未被重视,未进行仔细检查,导致早期失诊,未得到及时而正确的处理。此外,采用一定器具监测筋膜间隔区压力,能为预防和早期诊断本征提供客观数据。

4. 处理要及时 夹板固定后,要及时抬高伤肢,合

理进行功能练习,酌情内服活血化瘀之剂,以促进肿胀尽快消退。本组有 1 例儿童肱骨髁上骨折夹板固定 8 小时发生前臂筋膜间隔区综合征,家长感情用事,坚决拒绝筋膜切开减压,以致患儿伤肢残废。为了预防受累肌肉永久性挛缩,恢复肌肉弹性,抢救伤肢功能,筋膜切开减压务必及时,宁可失之于早,不可失之于晚。

综上所述,夹板固定只要病例选择适当,器具规范,固定正确,观察仔细,处理及时,就能有效地预防发生筋膜间隔区综合征;即使一旦发生,也能早期诊断、早期治疗。

(收稿:1994—04—11)

100 例腰椎间盘突出症的 CT 表现与中医证型分析

北京中医药大学东直门医院(100700) 彭晓惠 李旋歌 吴玉改

现将我院 CT 诊断的 100 例腰椎间盘突出症结合中医证型分析如下。

临床资料

本组 100 例,男 60 例,女 40 例;年龄 23~60 岁;病程 1 周~15 年;病人均有腰痛、腿痛、下肢麻木,腰部活动受阻,直腿抬高试验阳性。

检查方法

用 Sytec400 高分辨力全身 CT 扫描机,患者取仰卧位,双下肢屈曲,臀部垫高 40°左右,尽量使腰椎曲度拉直、角度变小。如腰椎仍有角度,须将机架倾斜一定角度,使扫描 X 线光束能垂直通过椎间隙。每个椎间隙做 3 层,椎体做 1 层,先照侧位定位片。一般使用窗宽 250~300Hu,窗位 50Hu,扫描参数 120KV,40~160mAS,矩阵 512×512,扫描野 35cm,椎间盘层厚为 3mm,层距为 3mm,扫描范围从第 3 腰椎至第 1 骶椎。

中医证型与 CT 改变分析

腰椎间盘突出症在祖国医学中属腰腿痛连膝范畴,中医辨证分为四型:

1. 气滞血瘀型:此证型的病人 32 例,有明显的外伤史,为气血瘀阻经脉,不通则痛,行走困难。CT 改变,中央型椎间盘突出 13 例,向后或偏左或右突出者 19 例,椎间孔变窄 5 例。纤维环膨出 5 例小关节增生错位 2 例。

2. 风寒湿滞型:本组 40 例,均有明显的劳伤劳损病史,病程较长,为风寒湿邪痹阻经络,气血运行失调,肌肉筋膜失养,故腰腿疼痛,麻木不仁,活动受限。CT

表现为中央型突出 29 例,偏侧型突出 11 例,椎间孔变窄 3 例,髓核钙化 8 例,纤维环膨出 10 例,小关节增生错位失稳 7 例。

3. 湿热痰滞型:本组病人 32 例,素有脾虚痰湿留滞,久之则化热,腰酸腿痛,下肢沉重。CT 所见为中央型椎间盘突出 8 例,偏侧型突出 12 例,椎间孔变窄 3 例,髓核钙化 5 例,纤维环膨出 6 例,小关节增生失稳 3 例。

4. 肝肾亏虚型:本组病人 5 例,年龄偏大,50~60 岁之间,素有肝肾亏损,经脉失养,腰膝酸软,腰痛腿麻。CT 表现为中央型椎间盘突出 2 例,偏侧型突出 3 例,4 例合并椎间盘纤维环膨出,小关节增生失稳 3 例。

讨论

1. 气滞血瘀型病人:椎间盘突出的类型以偏侧型突出为主。椎间盘突出的程度较重,一般为中度或重度突出。

2. 风寒湿滞型病人:椎间盘突出的类型以中央型突出为主。常伴有纤维环膨出,小关节增生失稳及椎间孔狭窄,髓核钙化。

3. 湿热痰滞型病人:椎间盘突出的类型均无明显差别。常伴有髓核钙化、纤维环膨出、椎间孔变窄,小关节增生、错位失稳。

4. 肝肾亏虚型病人:突出的椎间盘块影 CT 值偏高或有钙化,绝大多数伴有纤维环膨出、小关节增生、错位失稳。

(收稿:1995-04-10)