

头环背心治疗齿状突骨折

姜淑华¹ 胡思斌² 崔青² 尹同珍² 董占引²

(1. 沧州大化医院,河北 沧州 061000; 2. 沧州中西医结合医院,河北 沧州 061001)

枢椎齿状突骨折是一种累及寰枢椎区稳定性的严重损伤。由于不稳定因素的持续存在,最终可能导致急性或迟发性高位颈脊髓压迫并危及生命。因此对新鲜齿状突骨折的可靠治疗尤为重要。我院自 1992 年开始应用头环背心治疗 11 例齿状突骨折病人,均获满意疗效。现报告如下。

1 临床资料

男 8 例,女 3 例。年龄 18~54 岁,平均 41 岁。坠落伤 4 例,交通事故伤 5 例,重物砸伤 2 例。受伤至用头环背心的时间为 1~6 天。

临床表现和辅助检查:11 例病人都主诉有枕部或枕下区疼痛,并有明显压疼。转动头部则颈疼加剧。其中 8 例病人喜用双手托扶头部。本组病人均常规进行 X 线检查及 CT 检查。按枢椎齿状突骨折的 Anderson 分类法:Ⅰ型 5 例,Ⅱ型 6 例,其中 6 例有寰椎前(半)脱位。

2 治疗和结果

使用头环背心(Halo - Vest),安放时均在颈部充气支具保护下于仰卧或坐位下进行。11 例病人头环背心外固定时间为 60~150 天,平均 110 天。经去除头环背心后摄上颈椎正位及伸屈位 X 线片证实,寰枢椎均重获稳定性。经 1 年~4 年随访,未发现不稳定,且均恢复原劳动能力。

3 讨论

3.1 头环背心的优越性 齿状突骨折是寰枢椎不稳的主要因素^[1]。骨折和骨折不愈合即丧失了枕寰枢椎具有重要解剖功能的中轴,使寰枢椎失去控制并造成不稳定,最终导致寰枢椎脱位或在轻微外伤的诱发下出现脊髓受压迫症状,此为神经系统主要的晚期并发症。传统的对齿状突骨折的非手术疗

法多采用牵引制动或牵引复位,头颈胸石膏固定。牵引因需长期卧床故给生活和护理带来了不便。头颈胸石膏固定因日后松动而影响其制动效果,且影响呼吸、说话及进食,故也给病人生活造成麻烦。头环背心通过前后各两根支撑杆连接胸廓上的背夹和固定于头颅的头环,因此兼具牵引和固定两种功能。一方面可根据病人损伤机制调节头环牵引制动力的大小和方向,在三维力的作用下使寰椎脱位得以复位。另一方面更有效地固定颈椎。Johnson 等^[2]报道应用头环背心固定颈椎后,颈椎屈伸活动仅为正常的 4%,旋转活动仅为正常的 1%。因此其制动作用较其它颈部矫形器的制动作用更为坚固、稳定。同时,应用头环背心固定后病人能早期下地活动,有利于护理和早期功能锻炼,可缩短住院及卧床时间,使病人早日得以康复。

3.2 应用头环背心的注意事项 安放头环背心时应在充气颈部支具的保护下进行,头环应套在头颅最大径的下方,位眉弓上和耳尖上各 1cm。四枚颅钉均需拧入颅骨外板,术后 3 日内应每天紧颅钉一次,以防止针眼颅骨吸收而钉松动。头环背心安放完毕后应立即行颈椎常规拍片以了解寰枢椎复位情况。头环背心所引起的并发症除背心所致压疮外均与颅钉有关。其中包括局部感染,颅钉松动滑脱及脑脓肿等。严格无菌操作,每日清洁消毒穿钉部头皮并以酒精纱布包绕,掌握颅钉刺入颅骨时的扭力大小(一般为 6kg 左右)可避免上述并发症。本组病人无以上并发症发生。

参考文献

- [1] 贾连顺主编.现代颈椎外科学.上海:远东出版社.1993.85.
- [2] Johnson RM. Cervical orthoses. Clin Orthop, 1981, 154:34.

(编辑:李为农)

70 岁以上老年人髌部骨折的治疗

沈伟 顾兴初

(浦东新区人民医院,上海 201200)

我院 1990~1997 年来收治 70 岁以上高龄患者髌部骨折 295 例,其中施行手术 253 例,疗效满意,现总结如下:

1 临床资料

本组共 295 例,男 113 例,女 182 例;70~80 岁:167 例,81~90 岁:121 例,90 岁以上:7 例,平均 78 岁;股骨颈骨折 147 例,股骨粗隆骨折 148 例。其中 253 例病人进行了手术治疗。

骨折前已并存其他脏器疾病者有 60 例,其中患心血管病

35 例,糖尿病 18 例,脑血管病 4 例,呼吸系统疾病 19 例,同时患二种以上并存病者 13 例,三种以上者 3 例。

2 治疗方法

2.1 麻醉方法 尽量采用对患者影响小的方法,本组连续硬膜外麻醉 212 例,局麻 37 例。

2.2 手术方法 人工股骨头 11 例,双向压缩钉 78 例,三翼钉 57 例,鹅头钉钢板 103 例。

2.3 术后处理 手术两天后坐起,鼓励患者咳嗽排痰,翻身,

预防肺炎与褥疮,床上关节功能锻炼,三月起下床扶拐活动。

2.4 术后并发症 术后并发褥疮 8 例,尿路感染 5 例,肺部感染 3 例,肠道感染 1 例,人工股骨头滑脱 1 例。

3 治疗结果

本组手术病人中,术中无 1 例死亡。有 1 例 80 岁病人股骨颈骨折后在家卧床 10 月才来院治疗,人工股骨头置换术后因肠道感染腹泻反复搬动,术后 10 天引起人工股骨头脱出髌臼,二次手术后因并发呼吸道感染,全身衰竭而死亡,死亡率 0.4%。

随访 5 个月至 7 年,平均 25 个月,疗效判断标准:优:骨折愈合,髌部无痛,功能恢复同伤前。良:骨折愈合,髌部偶有疼痛,功能大部恢复伤前。可:骨折愈合,髌部时有疼痛,需扶拐行走,生活能自理。差:骨折畸形愈合或不愈合,髌部疼痛,不能下床负重,生活不能自理。本组结果 优:124 例,良:95 例,可 23 例,差:11 例。优良率 87%。

4 讨论

我们对老年人髌部骨折的手术治疗重点在术前、术中、术后的处理(围手术期的处理)。

术前正确评估手术耐受性和术后康复能力,掌握手术适应症,是降低死亡率的前提。通过询问病史,了解患者伤前的健康状况,如是否可生活自理,经常步行活动,饮食和大小便情况等,术前心、肺、肝、肾功能检查。除了对近期(半年内)曾发生过心肌梗塞,严重贫血,重度营养不良,尿毒症,严重的呼吸衰竭等视为手术禁忌症以外,都在积极准备后早期手术。

术前患肢骨牵引或皮肤牵引,指导床上大小便锻炼,通过血尿常规,肝肾功能,心电图检查,对有较严重心肺肾功能障碍,高血压及糖尿病患者,术前牵引期间由内科治疗至病情稳定在血糖略高于正常,血压控制在 150/95mmHg 左右。股骨粗隆骨折患者术前一天静脉滴注抗菌素,并充分补充因骨折创伤及食欲不佳引起的血容量不足,避免麻醉中的副反应,增

加手术安全。

选择合适的麻醉方法和恰当的术式是确保手术安全顺利,减少并发症,降低死亡率的关键。我们本着如下的基本原则:对患者呼吸和循环功能影响小,方法快速有效,手术时间短,出血量少,费用低。老年人对疼痛敏感性低,往往小剂量的麻醉药就能起到镇痛效果。本组连续硬膜外麻醉 214 例,其中 9 例加用局麻,另外 39 例单纯局麻,均安全通过手术。

手术方式的选择是根据病人的耐受能力和骨折类型来考虑,一般认为能耐受麻醉和手术的采用能一次解决,并能早期下床活动的内固定。对股骨颈骨折 Garden I 型无移位,及一般情况差,并存疾病较重的,采用创伤小的如三翼钉,加压螺旋钉,双向加压螺旋钉等。对股骨颈骨折 Garden II、III 型,经牵引后 X 线摄片提示复位不满意,患者身体条件良好,采用人工股骨头置换。对股骨粗隆骨折,一般多采用鹅头钉钢板。本组病人都能顺利度过手术关。

手术后的严格监护和精心护理是老年人度过手术危险期的最后保障。据国内作者统计术后并发症中有 75% 是由肺及心、脑血管等疾病引起的^[1]。因此,术后应严密观察病人的心肺情况,及时处理各项不良反应。鼓励病人尽可能早期开始功能锻炼。早期离床,尽快恢复伤前的生活习惯与环境。基础护理也是减少并发症的重要一环。老年人一般往往有便秘史,术后易尿失禁,加强皮肤和大小便的护理可杜绝或减少褥疮发生。本组有一例因术后肠道感染,反复腹泄,反复搬动导致人工股骨头滑脱髌臼,并发褥疮感染,二次手术后继发肺部感染,于第二次术后 2 周死于全身衰竭。

参考文献

[1] 孙建华,鲁纯智. 235 次 80 岁以上老年人外科手术评价. 中华老年医学杂志, 1992, 11(5): 272.

(编辑:李为农)

中国中医研究院针灸研究所针灸培训学校常年招生

(京)教社证字 A91048H 号 京教社广字(东城)2000072 号

我校常年主办以名老中医临床经验传授班为主要教学任务,办学数年为全国培训近万名针灸、推拿医师,普遍受到好评。办学正规、内容实用、特色突出、服务周到是我校办学显著特点。为满足广大医务工作者的要求,2000 年我校继续办班如下:

10 月 8 日—10 月 22 日	全国高级针灸进修班	11 月 11 日—11 月 25 日	全国高级针灸进修班
10 月 25 日—11 月 8 日	全国高级推拿进修班	11 月 28 日—12 月 7 日	八卦针灸学学习班

学费:经筋特效班、名老中医班每班 700 元,针灸进修班、推拿进修班每班 800 元,凡针灸、推拿医务工作者及具有一定医学基础爱好者均可报名。学习结束颁发中英对照、钢印结业证书,免费提供招生简章。来信请寄北京市东直门内北新仓 18 号中国中医研究院针灸研究所针灸培训学校裴、王女士收。邮编:100700,联系电话:(010)64007111 或(010)64014411 - 2781 或 2911 或 2749。广告刊出,按时开课。