

用带钩不锈钢牙弓夹板 治疗下颌骨骨折

吴淑敏¹ 李健伟²

(1. 孟津县人民医院, 河南 孟津 471100; 2. 孟津县中医院)

我们自 1995 年以来, 用带钩不锈钢牙弓夹板(上海铁道医院牙科材料厂产)治疗下颌骨骨折 12 例, 现将治疗情况报告如下。

1 临床资料

本组 12 例中男 7 例, 女 5 例; 年龄 15~48 岁。病因为车辆撞伤、坠落伤、打击伤等。骨折线分布于下颌角、下颌体。单发骨折 9 例, 双发骨折 3 例; 有 4 例无明显错位, 8 例均有不同程度错位。其中 7 例骨折处有不同程度的开放性软组织损伤。就诊时间为伤后 1 小时~5 天。

2 治疗方法

患者取坐位, 局部麻醉, 对于有开放性软组织损伤的先给以清创处理, 去除位于骨折线上严重创伤、不能保留的牙齿及碎骨片, 缝合伤口, 用 $\phi 0.3\text{mm}$ 的结扎丝(双股, 长 6~7cm), 两端从牙齿的近远中由内向外穿出, 使结扎丝两端置于唇颊沟内, 可隔牙进行, 骨折线两侧牙齿可连续进行。将下颌骨折端对位, 调整带钩不锈钢牙弓夹板(后简称牙弓夹板), 使之与下颌牙弓相符合, 将牙弓夹板结扎在下颌牙弓上; 再用同样方法在上颌牙弓上穿结扎丝, 隔牙进行, 调整、结扎上颌牙弓夹板, 对合好咬关系; 用 $\phi 5\text{mm}$ 的橡皮圈挂在上下牙弓夹板的小钩上进行间固定, 在磨下后间隙放置吸管(用 30~40cm 长一次性输液管)。每周复诊一次, 更换调整橡皮圈。3 周后拆除间固定及上颌牙弓夹板, 3~4 周拆除下颌牙弓夹板。

3 治疗结果

本组 12 例, 间固定后, 拍 X 线片, 示下颌骨折端对位良好, 无明显阶梯, 拆除间固定后, 3~7 天开口度恢复正常, 下颌固定拆除后, 患者可正常进食, 为了保护损伤的下颌骨, 嘱患者在拆除下颌固定后一月内, 不宜进食硬质食物。

4 讨论

用牙弓夹板治疗下颌骨骨折有以下优点:

(1) 牙弓夹板有一定韧性, 在对下颌骨做单颌固定时, 对骨折段有良好的支架作用; 牙弓夹板又有好的可塑性, 容易弯制成与牙弓相适应的形态。

(2) 牙弓夹板上带有小钩, 小钩位于夹板弓之外, 夹板结扎后, 小钩与牙龈有一定距离, 不压迫牙龈; 小钩边缘圆钝, 挂上橡皮圈后, 小钩不损伤唇颊粘膜。

(3) 间力量由橡皮圈控制, 方便、灵活、容易调整, 能够取得连续均匀的间力量, 易于达到正中咬(达到正中咬是下颌骨折复位的重要标志之一), 固定后, X 线片显示, 使用牙弓夹板固定较用不锈钢丝间固定, 前者骨折段对位更严密、更准确, 更利于骨折愈合。

(4) 使用牙弓夹板, 省时省力, 可缩短手术时间约半小

时, 省去了自制牙弓夹板的麻烦。

牙弓夹板有一定的适用范围, 对于上颌骨骨折、复杂的下颌骨骨折及近下颌关节附近的骨折不能单独完成; 对无牙颌骨骨折, 更是无济于事。

(收稿: 1999-12-08 修回: 2000-01-10 编辑: 连智华)

骨盆骨折并发腹膜炎 18 例的 诊治体会

邢立峰 刘朝阳 孙进和 于德洋 郑文山 葛刚
(青岛市第四人民医院, 山东 青岛 266043)

我院 1988 年 8 月~1998 年 8 月共收治骨盆骨折 76 例, 其中并发腹膜炎者 18 例, 现就其诊治体会回顾性分析如下。

1 临床资料

本组骨盆骨折并发腹膜炎患者 18 例中男 11 例, 女 7 例; 年龄 18~78 岁, 平均年龄 32.8 岁。伤因均为车祸伤。稳定性骨盆骨折 15 例, 其中单耻骨支骨折 8 例, 双耻骨支骨折 4 例, 坐骨支骨折 1 例, 单纯髌臼骨折 2 例; 不稳定性骨折 3 例, 其中骶髂关节脱位 1 例, 骶骨骨折 2 例。并发膀胱破裂或挫伤 4 例, 尿道断裂 2 例, 后腹膜血肿 8 例, 坐骨神经损伤 1 例; 多发性创伤 3 例; 合并不同程度休克 11 例。

2 治疗方法

2.1 对休克及腹膜炎的观察和治疗 每小时测量血压、脉搏、呼吸一次, 同时观察腹痛情况, 测定血红蛋白和红细胞压积变化, 反复腹腔穿刺, 根据上述情况综合判断是否有内脏破裂。若排除内脏破裂, 则出血和血压下降系骨盆骨折大失血所致, 只需输血、输液等抗休克治疗措施, 本组 10 例采取该措施。若有内脏破裂则需立即剖腹探查, 做相应处理, 本组 8 例采取该措施。

2.2 对骨盆骨折的治疗 病人病情稳定后, 根据骨盆骨折的不同类型, 采取相应治疗方法, 及时良好的复位, 恢复骨盆的形状和生理功能, 减少骨盆的异常活动, 控制出血和疼痛。

3 治疗结果

本组 18 例中, 2 例剖腹探查死亡(1 例死于脂肪栓塞综合征, 1 例死于肾功能衰竭), 16 例腹膜炎者住院期间均痊愈。随访 3 例, 随访时间 1~2 年, 3 例骨盆骨折骨性愈合, 1 例伴坐骨神经损伤者于术后 1 年左下肢肌力恢复至 III 级, 2 例无功能受限。

4 讨论

4.1 对骨盆骨折并腹膜炎手术指征的掌握 将腹膜后血肿诊为内脏破裂而行剖腹探查者屡有所见, 往往引起严重并发症甚至死亡, 本组 8 例剖腹探查者中 2 例死亡(1 例死于脂肪栓塞综合征, 1 例后腹膜血肿因术前及术后持续低血压状态而出现肾功能衰竭死亡), 均与手术打击及脂肪组织播散有关; 另外 6 例剖腹探查者虽已痊愈, 但其中有 2 例膀胱挫伤和 2 例腹膜后血肿均可保守治疗, 只有 2 例尿道断裂需手术治

疗。10 例保守治疗者均痊愈,只需做到严密观察血压、脉搏、呼吸及腹痛的变化,做到反复多次足量输血、输液、维持血压、补充能量即可。因此,对骨盆骨折有腹膜炎者,我们主张对剖腹探查指征应严格掌握,只有在严格保守治疗,反复输血、输液无效的基础上才决定行手术治疗,以免不必要的剖腹探查造成不良后果。

4.2 几点体会 (1) 观察病人要耐心细致。(2) 骨科与其它外科专业特别是普外科既要专业分开,又要密切合作。我院上述 8 例剖腹探查者均为外科未分专业以前所造成的,自成立骨科专业后,再未发生上述情况。2 例耻骨支骨折和 1 例髌臼骨折患者,入院后均出现血压下降,引起低血容量休克,且伴有与骨折靠近相应腹部的压痛及反跳痛,引起下腹部明显腹膜刺激征,且腹穿有不凝血,通过严密、细致的观察,补充血容量,综合各方面情况做出鉴别诊断,并请普外科医生合作排除内脏损伤,经保守治疗均痊愈而免于手术之苦。(3) 排除多发伤。骨盆骨折,遭受暴力强大,常伴有多发性损伤,伤势严重,伤情变化快,失血量。因此,必须全面、细致查体和严密观察病情变化,以排除多发伤的存在,如观察会阴部是否有水肿,下尿管以排除尿道、膀胱损伤,肛诊以排除肛门直肠的损伤。(4) 由于骨盆骨折常合并大量出血,休克发生率高,病情急重,入院时要首先抢救休克,待病情稳定后再拍片确定是否有骨折及骨折类型,做相应处理。

(收稿:1999-08-05 编辑:房世源)

网眼状切口减压治疗筋膜室间隔综合征

李金星 伍书民 楚朝辉
(新安县人民医院,河南 洛阳 471800)

自 1994 年至今,我们对 21 例小腿骨筋膜室间隔综合征病人采取网眼状切口减压治疗,取得了满意的效果,现报告如下。

1 临床资料

本组 21 例,均为男性,年龄 17~53 岁,伤后得到治疗时间 4~82 小时,发病原因均为外伤。合并胫腓骨骨折 2 例,单纯腓骨骨折 1 例。患肢肿胀严重,影响末梢血液循环者 5 例;肿胀明显,但无明显血循障碍者 16 例。

2 治疗方法

常规术野消毒,局麻或硬膜外麻醉,用消毒过的尖头手术刀在肢体肿胀严重的肌腱中心开始向周围选点,然后纵行刺入至深筋膜,同时将刀尖上下移动,使深筋膜上切口达到 1~2cm 即可。切口纵横间距无特殊要求,一般以 3~5cm 为宜。术后切口不缝合无菌纱布松散覆盖,不要用绷带缠绕,以免过紧。患肢制动,测量周径,做好记录,禁热敷按摩、红外照射等。中西药物对症常规应用,治疗期间密切观察病情,注意转化及并发症的发生。

3 治疗结果

本组 21 例病人经上述方法综合治理,全部治愈,无任何后遗症。

4 讨论

筋膜室间隔综合征是四肢骨筋膜室间隔区的肌肉、神经因急性严重血液循环障碍而出现的一系列症候群。如能早期发现,及时给予治疗,对防治肌肉缺血坏死、神经麻痹,挽救肢体功能极为重要。所以,患者入院后,医护人员就要高度警惕,尽早了解病史病情,凡是挤伤、挫伤或长时间固定患肢同一部位的病人,都应列为重点观察对象,如有下列情况应迅速采取措施:①挫伤或挤压时间较久;②诉伤肢感觉异常,有束带感、蚁行感、麻木感或剧烈疼痛;③伤肢肿胀严重,有张力性水泡;④末梢皮温低,颜色潮红、紫绀或苍白;⑤局部挤压痛,被动牵扯痛;⑥足背及胫后动脉减弱或触不到;⑦足趾运动功能丧失。当然,不一定要待这些症状全部具备,有些病人早期也可能肢体肿胀不甚,远端血循感觉活动均好,仅肢体局部深层灼痛难忍、表皮麻木,这也是神经肌肉缺血的表现,都要及时处理,临床一般具备上述 3~4 条即可确诊。

网眼状切开减压手术简单、快捷,术后容易管理,很少受条件限制,尤其是基层医院非常适用。在手术中应注意以下几点:①因为刀口小,对组织损伤轻微,所以切口要尽可能多,范围要大,降低筋膜室压力,使间室内包容的肌腱、血管、神经得到松懈,免受卡压,从而恢复局部的正常血液循环。②此法不需广泛切开皮肤,操作时完全是在皮内近于盲视的情况下进行,所以主刀医生必须熟悉局部解剖,防止加重损伤主要血管、神经等机体组织。③伴骨折移位明显者应尽快复位。④若延误了早期诊治阶段,出现明显的肌肉组织坏死情况,则不适宜本法,应立即纵向行充分长的切口,彻底清除坏死组织及瘀血,然后常规处理,并要采取积极有效措施,防治并发症的出现。

除局部选择恰当的手术处理外,中西药物对症治疗也是必不可少,脱水剂应用、抗菌素应用以及活血祛瘀、利水消肿中草药煎服均有利于病情的恢复,可酌情采取。

(收稿:1999-04-01 编辑:连智华)

科雷氏骨折复位后的中西医结合疗法

金圣章
(罗店医院,上海 宝山 201908)

科雷氏骨折复位后,石膏固定 4~6 周,腕关节僵直的发生率比较高,恢复关节功能时间长,痛苦大。对此,笔者在 1986~1996 年十年间用中西医结合疗法,治疗 527 例,效果满意,介绍如下。

1 治疗方法

复位达到要求后,先用石膏托作掌屈尺偏位固定 3 周,继则用中药外敷并作纸夹板固定:将中药末调成糊状摊在桑皮