

短篇报道

克氏针与丝线环扎内固定治疗斜形和粉碎形锁骨骨折

辽宁省法库县第一医院 (110400) 鲁文忠

我院 1988 年~1993 年共收治锁骨骨折 110 例, 其中斜形和粉碎形骨折 45 例, 应用克氏针、丝线环扎内固定, 治疗效果满意, 报告如下。

临床资料 本组 45 例中男 27 例, 女 18 例; 年龄最小 4 岁, 最大 67 岁; 骨折部位: 左侧 21 例, 右侧 24 例; 骨折类型: 斜形骨折 19 例, 粉碎形骨折 26 例; 开放性骨折 3 例, 闭合性骨折 42 例; 锁骨远端骨折 35 例, 锁骨中段骨折 10 例。

手术方法 在臂丛神经麻醉下, 手术显露骨折端, 于骨折远端逆行打进克氏针一枚, 对合骨折端, 斜形骨折用双 7 号丝线在骨折端环形结扎 2 道, 粉碎形骨折用双 7 号丝线环形结扎 3~4 道。再将克氏针顺行打入。检查解剖对位后, 切口生理盐水、庆大霉素冲洗, 逐层缝合。针尾剪断, 埋于皮下。术后患肢三角巾悬挂胸前。

治疗结果 本组 45 例, 术后无 1 例感染, 切口 I 期愈合。随访 1~5 年, 全部骨折均顺利骨性愈合。

讨论 对锁骨远端有移位的骨折, 因喙锁韧带断裂, 远端向下, 近端向上斜形骨折和有移位的粉碎形骨折, 手法整复多不能对位。特别是粉碎性骨折, 反复整复, 骨折片容易刺伤神经、血管。如严重成角畸形愈合, 也有可能压迫臂丛神经。应用克氏针、丝线环扎内固定, 手术简单易行, 不需作二次手术取内固定物, 可避免以往用钢丝内固定二次手术取钢丝。由于颈部血运丰富, 手术不易感染, 所以, 对手法不能整复的锁骨远端斜形和粉碎形骨折, 应提倡手术治疗。

(收稿: 1994-06-03)

大面积皮肤撕脱伤伴休克患者的三早救护

河北省廊坊市人民医院 (102800)

王宝萍 丁伯静 王冬梅

大面积皮肤撕脱伤, 因损伤大, 出血多, 若救护不当, 可危及生命。自 1990~1994 年我科救治 37 名

患者, 采取三早救护法, 救护成功率为 97.3%, 体会如下。

1. 早期诊断与鉴别: 由于机体的代偿功能, 休克患者的早期表现并不十分明显, 与心理因素所致的临床表现难以鉴别。其表现为恶心、呕吐、口渴、烦躁、面色苍白、大汗、激动、焦虑、脉率正常或稍快, 血压正常或偏低, 有的患者可出现血压偏高或很高, 面色通红。四肢末梢皮温高于正常等。但由于损伤的肢体处于未处理状态, 病情逐渐趋向于恶性发展, 直至代偿功能丧失。此时应及早的鉴别与采取急救措施, 每隔 3~5 分钟检测生命体征并准确记录。进行各种辅助检查, 配合医生及早拟订相应的治疗护理计划。

2. 早期去因救护: 去除休克的发生原因是救护休克的关键环节之一, 我们的做法是, 立即将止血带、绷带、无菌纱布、骨折固定用品、保暖物品准备齐全, 迅速配合医生去除不正确的止血用物及覆盖物, 扎止血带止血, 包扎伤口, 保护撕脱组织及骨折临时固定, 若医生不在时可边通知医生边做初步处理。处置时护士的面部表情应该沉着、冷静、严肃、认真、自信, 以稳定患者的情绪, 配合治疗。

3. 早期恢复有效循环血量: 首先建立畅通的补液通道, 必要时建立两路或三路, 穿刺部位以粗直血管, 易固定的部位为宜。速度 120~140 滴/分。在没有血源的情况下, 首选的液体为生理盐水和 706 代血浆交替输入, 同时输入适量的止血药物配合止血, 输入适量的碳酸氢钠预防酸中毒。积极组织血源, 交叉配血, 遵医嘱输入适量的全血, 当输入 1000ml 以上的全血时, 应加 10% 葡萄糖酸钙 10 ml 作静脉注射, 预防低血钙。

4. 留置尿管, 准确记录尿量: 观察尿的颜色, 预防肾衰。同时及时给予氧气吸入, 病情允许时, 在麻醉下进行术区备皮准备, 避免疼痛刺激。备皮时护士的动作要轻且迅速。

(收稿: 1994-08-18)

闭合穿针内固定治疗儿童股骨干不稳定型骨折 112 例

山东省聊城市中医院 (252035)

张玉盘 田桂荣

1987 年 10 月~1993 年 12 月, 我们应用骨圆针经皮闭合穿针内固定治疗儿童股骨干不稳定型骨折 112

例,取得了良好的效果,现总结如下。

临床资料 112 例患者均是不稳定型骨折,其中男 66 例,女 46 例;年龄最大 15 岁,最小 4 岁;左侧 52 例,右侧 58 例,双侧 2 例;就诊时间最短 3 小时,最长 11 天;临床愈合时间最短 23 天,最长 42 天,平均 28 天;功能恢复情况:本组 112 例患者功能恢复均良好。

治疗方法 手术在 X 线下进行,患者仰卧位,常规皮肤消毒,铺无菌巾。采用氯胺酮分离麻醉。术者立于患侧,在股骨断端下方 3cm 大腿前内侧确定穿刺点,用 4mm 骨圆针于定点处穿入皮肤,对准骨折近端之断面,插入骨髓腔。此时助手将患肢屈膝、内收、内旋,术者用骨锤将骨圆针沿髓腔逆行打入,从股骨大粗隆顶端穿出至皮肤外。然后用钢丝钳夹住穿出皮肤外的骨圆针继续向上打出,至骨圆针尾端与骨折面平齐。一助手牵引患肢,另一助手运用手法使骨折远端对合近端达解剖复位,然后术者将骨圆针逆行击入远骨折端髓腔。剪去过长的针尾,折弯后留于皮肤外。用无菌纱布敷盖大腿前内侧针孔及留于皮肤外的针尾,后用小夹板外固定。

讨论 采用经皮穿针内固定治疗儿童股骨干不稳定型骨折,具备手法整复小夹板外固定和切开复位内固定两者的优点,即可使骨折端达到理想的复位和良好的固定,又不会产生手术切开复位内固定所造成的骨膜及软组织损伤。同时骨圆针上段针尾留于皮肤外,骨折愈合后即可将针拔出,可减少第二次手术的痛苦。还能早期活动膝关节,加强骨折端的接触,有利于骨折的早期愈合和功能恢复。此种方法操作简单,损伤小,病人痛苦小,且具有切开复位内固定同样的效果,易被患者接受。本组 112 例病人都达到解剖复位,无 1 例出现针眼感染和其它并发症,功能恢复均满意。

(收稿:1994-07-19)

小针刀松解术治疗神经卡压性跟痛症 29 例体会

山东省青岛工人温泉疗养院 (266207) 赵明先

笔者自 1991 年以来,对 29 例神经卡压性跟痛症患者行小针刀松解术,经随访 1~3 年疗效满意。现报告如下。

临床资料 本组 29 例中男 17 例,女 12 例;年龄 32~56 岁;大多单足痛:均为农民;病史最长 4 年,

最短 4 个月;大多经过局封、理疗等治疗。初次局封尚可缓解,复发后再行局封疗效不佳。疼痛严重者行走困难。体征:按压跟骨底部病人疼痛明显。29 例均行 X 线拍片检查,其中 10 例可见一侧或双侧跟骨骨刺,但骨刺长短与疼痛症状不成正比。

操作方法 局部常规消毒,铺洞巾,2%利多卡因 6ml 局部浸润麻醉,于跟骨内后侧上方离足底下缘约 1cm 处刺入小针刀,于足底筋膜及足固有肌起点的内侧跟结节处进行剥离松解,范围约 0.8cm²,术毕挤压出穿刺处的瘀血,用创可贴复盖保护三天。术后即可下地活动。

治疗效果 本组 29 例经随访 1~3 年,23 例痊愈,跟痛症状完全消失,参加体力劳动亦无明显疼痛。4 例跟痛明显缓解,行走时仍有轻微足跟痛,2 例无效。

体会 跟痛症易发部位在足底筋膜及足固有肌起点的内侧跟结节处。该处因长期遭受足底筋膜的反复牵拉与挤压,致使内侧跟结节处轻微撕裂及足底筋膜、足固有肌的疲劳损伤,而产生无菌性炎症及组织修复反应,使足底外侧神经第一支卡压于踇展肌深筋膜与跖方肌内侧头下缘之间而引起足跟痛。用小针刀剥离松解该处组织,使卡压的神经得到松解或切断,即达到了止痛的目的。即使将足底外侧神经第一支切断,亦无足底感觉缺失及维持足弓的肌肉瘫痪之虑。但术者应熟悉足底解剖,以防剥离松解部位不准或误伤其他血管神经,不但造成病人不应有的痛苦,且降低了手术成功率。并要严格掌握适应症。

(收稿:1994-07-16)

非手术治疗骨筋膜室综合症

河南省濮阳市中医院 (457003)

陈秀氏 丁敬沛 张作峰

1990 年以来,我科采用非手术疗法治疗 21 例骨筋膜室综合症,取得了满意效果,现报告如下。

临床资料 本组 21 例,男 14 例,女 7 例;年龄最大 65 岁,最小 3 岁;左侧 13 例,右侧 8 例;受伤原因:挤压伤 4 例,撞伤 6 例,车祸 11 例;损伤部位:小腿 13 例,前臂 8 例。

临床症状与诊断: 伤肢剧痛,超过了原发损伤程度,痛觉先敏感后下降,被动牵拉试验 (+) 肿胀明显,皮肤张力大,有数个大小不等的强力性水泡,桡