

中西医结合治疗尾骨骨折

天津医院 (300211)

李世民 元以珍 赵春英 郑金华

尾骨骨折骨科临床常见,往往治疗方法不当,从而导致骨折延迟愈合、畸形愈合,遗留顽固性尾骨痛持久不愈。作者自 1985 年采用中西医结合治疗尾骨骨折 52 例,报告如下。

临床资料

本组尾骨骨折 52 例,男 2 例,女 50 例,年龄 16~58 岁,平均 27.6 岁。新鲜尾骨骨折 38 例,陈旧性尾骨骨折 14 例。

致伤原因:推撞跌倒臀部着地 35 例,分娩 10 例,交通事故 3 例,高处坠落臀部触碰硬物 2 例,体育运动 2 例。52 例均为闭合性损伤。

骨折部位:单纯尾骨骨折 33 例,合并骶骨骨折 18 例,伴有腰椎间盘突出 1 例。

骨折类型:斜形骨折 28 例,横行骨折 15 例,骨折并脱位 9 例。

骨折移位:移位骨折 30 例,无移位骨折 22 例。

治疗方法与结果

凡新鲜移位尾骨骨折,均行食指直肠内复位。方法为:右手带手套,食指伸入病人直肠,将移位的骨折片向后推,直至骨折片位置恢复正常。尾骨骨折复位后,患者侧卧位(仰卧位骶尾部垫软的圆形圈枕)卧床休息 7~10 天。同时,口服骨折挫伤散等活血化瘀接骨药 3~4 周。臀骶尾部以粘膏条固定 2~4 周^[1],或骶尾部用中药洗浴,每天 1~2 次以减轻疼痛促进骨折愈合。用上述方法治疗,37 例新鲜尾骨骨折在 6 周左右全部痊愈,不留任何后遗症。仅有 1 例新鲜尾骨骨折,于治疗后仍有尾部疼痛,后临床进一步检查发现合并 L₄₋₅、L₅S₁ 椎间盘突出症,经治疗腰椎间盘突出症后尾部疼痛消失。新鲜尾骨骨折治愈率 97.4%。

陈旧性尾骨骨折 14 例,给服用骨折挫伤散等活血化瘀接骨药和臀骶尾部热中药薰洗每天 1~2 次,并用当归注射液 1ml 局部注射每周一次,采取侧卧位(仰卧位时骶尾部下垫软的圈枕休息)。13 例陈旧性尾骨骨折在治疗 4~6 周后复查, X 线检查骨折愈合、疼痛症状完全消失。其中 1 例陈旧性尾骨骨折用各种非手术疗法治疗无效。X 线片显示尾骨骨折不连假关节形成,选择尾骨切除术治疗后疼痛缓解。陈旧性尾骨骨折治愈

率 92.9%。

讨 论

尾骨由 3~5 个椎骨构成,通常向前成角大小不同,在正常时,直立或坐位重量在骨盆,对尾骨不产生压迫。不过,当腰椎前凸减小突然跌落时,尾骨碰撞地面或硬物,即可发生骨折或损伤^[5]。

在分娩过程,也常发生尾骨损伤,导致纤维化和僵硬。一旦再次怀孕分娩,可能需要将这段尾骨纤维化和僵硬部分用手推开或使其骨折,才能使分娩顺利进行。

尾骨骨折以女性多见,这与女性骨盆形态有关^[2]。女性骨盆出口大,且尾骨向后,很容易遭受外力而损伤。本组 52 例尾骨骨折男性仅 2 例,均为体力劳动高处坠落时硬物碰击骶尾部造成骨折的。

单纯尾骨骨折治疗的关键是复位(食指伸入直肠法)、制动(侧卧或仰卧垫软圈枕)、药物(对症止痛药活血化瘀接骨药)。

单纯尾骨骨折治疗,包括在复位(食指伸入直肠法),制动(臀骶尾部粘膏条固定,侧卧或仰卧垫软的圈枕卧床休息)、药物(口服接骨中药和对症药物,中药热薰洗多可治愈。有合并损伤如能及时发现,配合相应治疗,仍能满意痊愈。新鲜尾骨骨折治疗时应注意保持大便通畅,防止出现便秘。因尾骨骨折复位后还可重新移位,如腹压增大可诱发骨折移位影响骨折愈合。倘若治疗不及时或治疗方法不当则能发生骨折延迟愈合、骨折不连或骨折畸形愈合成为陈旧性尾骨骨折。陈旧性尾骨骨折属延迟愈合患者经合理治疗后尚能治愈,如果形成骨折不连出现假关节、骨关节炎以及骨折畸形愈合,多能产生尾骨痛等顽固性疼痛,有时需行手术切除尾骨才能使症状缓解。

尾骨骨折遗留的尾骨痛应注意进行鉴别诊断。有尾骨痛患者经检查后多有以下情况:一部分患者有骶尾部损伤史;还有一部分患者无骶尾部损伤史。尾骨痛有外伤史或分娩损伤史者,多为骨折延迟愈合、骨折不连假关节形成或出现骨关节炎,骨折畸形愈合以及存在合并损伤如腰椎间盘突出压迫尾脊神经所致。尾骨痛无外伤史者,可因尾骨畸形、炎症及肿瘤等引起,应注意检查除外^[2,3]。

参考文献

1. Palma D. The management of fractures and dislocations an atlas in; Connolly JF. Fracture of the coccyx with displacement. Philadelphia London Toronto; Saunders company, 1981, 1: 477.
2. 郭世绂主编. 临床骨折解剖学. 天津: 天津科学技术出版社, 1988. 271.
3. Turek SL. Orthopaedics — principles and their application. Philadelphia Toronto: Lippincott company, 1977. 1469.
4. 郭焕春主编. 临床骨科医师手册. 天津: 天津科学技术出版社, 1994. 549.
5. Meroier LR. Prictical orthopedics. Chicago London; Year book medical publishers, Inc. 1987, 137.

(收稿: 1997-02-17)

下肢大动脉损伤吻合成功 3 例

河南省偃师市人民医院 (471900) 匡 莉 赵增才

我科 1990 年到 1994 年共收治下肢大动脉损伤 3 例, 均获得成功, 现报告如下。

例 1, 男, 32 岁。枪弹误伤右大腿内侧 1 小时入院。检查: 神清合作, 急性失血貌, 脉搏 136 次/分, 血压 10.6/6.0KPa (80/45mmHg), 股内侧用大块白布包绕仍有鲜血渗出。患肢苍白、冷, 足背动脉搏动消失。纠正休克后立即手术。见股动脉段圆周 3/4 损伤, 周围组织间隙有大量血凝块约 700ml。清创后, 切除股动脉损伤两端各 0.5cm, 稍加游离后行端端吻合术。术后用绷带固定右髋关节前屈 30°, 足背动脉搏动良好。嘱家属固定好患肢于床侧。患肢存活, 痊愈出院。5 年后随访仍正常工作公安战线。

例 2, 男, 26 岁, 左下肢闭合性损伤 2 小时夜间急诊入院, 检查: 神清体健, 脉搏 80 次/分, 血压 16/10KPa (120/75mmHg), 足背动脉未检查, 第二天查房时, 患者诉患足冰凉, 检查足背动脉已不能扪及, 手术探查股动脉严重挫伤断裂, 损伤长约 8cm, 近端血栓堵塞, 周围间隙 10cm 移植。术后 10 小时患足皮温回升, 但是足背动脉搏动很弱, 后经血管造影证实动脉移植成功, 但远端动脉因损伤后硬化狭窄, 加之周围组织高度水肿, 足部供血不足, 三年后随访, 患足轻度跛行。

例 3, 男, 37 岁。右大腿挫裂伤 6 天, 原缝合伤口裂开并流血 2 小时入院, 检查: 急性失血面容, 脉搏 136 次/分, 血压 14/10KPa (105/75mmHg), 患肢皮温正常, 足背动脉搏动消失。清创时, 原缝合伤口内有大量血凝团块, 取出时见大量鲜血喷出。猝不及防, 患者立时休克, 昏迷, 血压测不到, 经指压近端血管, 纱垫堵塞、加压包扎后快速补平衡液和输血。休克稍有纠正即在原伤口上方 10cm 处切开, 游离、阻断股动脉, 重新探查损伤处血管, 发现股动脉中段小分支处圆周 1/3 撕

裂, 长约 2cm, 修补裂口, 伤口放引流, 绷带加压包扎固定, 术后足背动脉搏动良好, 痊愈出院。二年后随访, 患肢血运正常。

讨论

四肢大动脉损伤后, 因动脉管径粗, 出血量多, 病人往往迅速休克, 甚至死亡, 救治此类患者应积极、主动、迅速、准确, 才能保全病人的生命和肢体存活, 成功与否的关键是抢救休克要及时, 术前判断要准确, 清创手术要彻底, 止血措施要牢靠, 吻合血管避免张力, 创面引流要充分, 抗生素应用要得当, 肢体固定要适中。

本组例 1 行端端吻合, 例 2 行血管移植, 例 3 行血管裂口修补, 我们采取这三种方法, 是根据病人血管缺损长短及损害程度来决定血管的重建方法。

例 2 的失误在于, 肢体轧伤和大血管挫伤同时存在, 没有引起医生重视, 致使患足缺血达 10 小时以上, 血管移植后虽肢体存活, 但遗留有患肢功能障碍。

例 3 的经验教训是, 第一次清创不彻底, 对已损伤的血管可能因血栓阻塞未发现, 第二次清创时准备不足, 判断不准, 手术操作时又把原来较小的撕裂伤口增长加大, 以致于鲜血喷涌, 手忙脚乱, 猝不及防, 教训深刻, 值得借鉴。

对于清创术中发生出血, 我们认为立即用手指压迫血管上下端, 或用双手食、拇扣环状压迫近端, 或纱垫填塞, 或加压包扎, 或加用止血带, 均可作为暂时控制出血的手段, 对于四肢大动脉损伤术后继发出血的处理应慎重, 我们建议, 最好是先阻断近端血流, 然后再进行第二次清创探查术。

(收稿: 1996-09-10)