

• 短篇报道 •

股骨颈骨折体外穿针术后 克氏针滑入腹腔 3 例

浙江省兰溪市中医院 (321100)

黄敬成

股骨颈骨折是老年人常见的骨折,近年来骨折内固定方法有了不少改进。我院自 1990 年 2 月~1995 年 2 月对股骨颈骨折的 80 例患者于局麻下施行了克氏针体外穿针术,该方法简单易行,病人痛苦少,经济负担轻,减少了并发症的发生。对骨折愈合起了一定作用。术后 4 个月大多可愈合,预期拔除克氏针。但发现有 3 例患者各有一枚克氏针滑入腹腔。

临床资料 80 例患者中,男性 38 例,女性 42 例;年龄 30~40 岁 5 例;40~50 岁 7 例;50~60 岁 18 例;60~70 岁 20 例;70 岁以上 30 例;年龄最大的 81 岁;最小的 31 岁。骨折愈合,年龄越大,愈合时间越长;3 例克氏针滑入腹腔的患者,年龄均在 75 岁以上,均伴有不同程度的骨质疏松症。

预防措施 1. 要掌握好适应症:该方法适用于 70 岁以上不宜作其它方法手术者或 50 岁以下不宜早期行股骨头置换的年轻患者。对患有严重骨质疏松的患者,应谨慎使用,因骨圆针易滑动。本文中有 1 例 79 岁的女性患者,X 线片示股骨颈骨折伴骨密度减低。在穿针术中,用手摇钻稍稍用力克氏针就能穿入骨质中。出院后又未定期复查,及至 3 月余后来院复查,X 线片示:股骨颈骨折愈合尚可,但一枚克氏针滑入腹腔。患者无腹痛等异常不适。滑入腹腔的克氏针暂未处理。故骨质疏松患者应谨慎使用本方法。

2. 掌握好进针位置:3 枚克氏针在体表应呈三角形分布,同时注意股骨颈的前倾角,克氏针的位置应尽量位于股骨颈的中轴线上,克氏针穿过骨折线 3cm 左右,防止越过股骨头,且针尾应尽量折弯,以防克氏针滑入腹腔。本文中有 1 例患者穿针的位置偏下,且穿过股骨头。出院后也未定期复查,至术后 4 月来院复查时有一枚克氏针滑入腹腔。

3. 重视护理:股骨颈体外穿针术后,患肢仍应皮牵 4 周左右,患肢处于中立略内旋位。翻身预防褥疮时,应翻至健侧为好,以防克氏针滑动。本文中有 1 例患者年逾古稀,体质较差,在护理方面不甚重视,经常翻动,且患侧卧为多,又未及时定期复查。至术后 4 月来院复

查,也有一枚克氏针滑入腹腔。

(收稿:1995-06-21)

严重多发伤 112 例

河南省郑州市骨科医院 (450052)

陈长安 杨彪 毛宜

1986 年 9 月~1992 年 12 月收治 112 例严重多发伤病人,现将诊治体会报告如下。

临床资料 男 89 例,女 23 例;年龄 7~66 岁,平均 34.7 岁;12 岁以下 3 例,50 岁以上 21 例。2. 致伤原因:本组交通事故最多,共 85 例。其次是坠落伤和机械伤,共 13 例。损伤情况:最少 2 处,最多 8 处,其中 3~4 处伤最多,分别为 35 例及 37 例,其中头面部伤 71 处,胸部伤 84 处,腹部伤 65 处,下肢伤 75 处,上肢伤 73 处,骨盆伤 43 处,体表伤 12 处,烫伤 2 处,电击伤 1 处。从受伤到入院时间,除 1 例为 48 小时外,其余为 2~16 小时,入院时有休克者 79 例。治疗结果:死亡 2 例,死亡率 1.8%。其余经 0.5~1 年随访,均治愈。

讨论 1. 早期诊断方面的体会:严重多发伤致伤原因常见为钝性暴力,外力大,组织损伤严重,合并伤多,早期诊断时容易出现顾此失彼的现象,发生漏诊和误诊。为避免或尽可能避免重大漏诊及误诊,我们按照以下“四查”程序进行检查、诊治。(1) 重点检查:在急诊科进行重点检查,首要的是判断有无危及生命的紧急情况,如通气功能不足、循环功能不足及大出血三种随时可能危及病人生命的情况,当存在任何一种情况时,应紧急处理。(2) 系统检查:在急诊科进行了重点检查及初步复苏处理的基础上,收入创伤外科后,立即按系统进行迅速、简要的检查,以便对伤情有一系统的了解,以免漏诊隐匿而重要的损伤,并作出相应的处理。(3) 全面检查:在伤情稳定以后,再进行一次详细的全面检查,以查明在病情危重时常易漏诊的手部、足部等处的骨折,并进行适当的处理。(4) 辅助检查:在全面检查的基础上,选择必要的实验室检查,如 X 线、B 超等,最终确定诊断,以指导进一步的治疗。在腹部损伤时,我们首选的辅助检查是腹穿。我们认为腹腔穿刺与腹腔灌洗的阳性率并无明显差异,必要时可重复。在胸部损伤时,必须拍一张好的 X 线胸部片。本组 112 例伤员,仅 1 例因初次腹穿阴性而未重复,以致

漏诊而延误了手术时机，漏诊率低于 1%。

2. 多发伤治疗方面的几点体会：(1)严重多发性损伤伤员，常伴有休克，需及时大量、快速输入平衡液及全血，有效地维持重要脏器的血液灌注。在合并有颅脑损伤并昏迷的伤员，我们在输血、输液的同时，给予脱水、止血。(2)在基本纠正休克的基础上，根据各部位伤情轻重、确定手术顺序，或者两组手术同时进行，争分夺秒抢救伤员的生命。(3)在手术方式的选择上，因多发伤伤员情况严重，我们尽可能选择止血可靠、操作简便的手术。如有脾破裂的多发伤伤员，作修补或部分切除不仅费时、危险性大，且术后并发症也多，因此，我们大多数选择脾切除术。(4)在多发伤损伤中骨折的处理，近年来，对多发伤伤员的骨干骨折，多主张在伤员呼吸、循环功能得到初步稳定后，立即进行手术内固定。这是多发伤治疗的一大进步。

对严重多发伤病人的骨干骨折、早期手术内固定，对麻醉复苏的要求相应较高，在内固定的选择上应选用坚强、损伤小、时间短的内固定方式。我们多选用髓内针。近年来，对严重多发伤伤员并有小腿骨折，尤其是开放性骨折，我们也常选用外固定架，不仅操作简便，损伤小，利于关节活动，也有利于伤口换药，效果甚佳。

(收稿：1998-02-10)

跗骨窦综合征 18 例

山东省德州市中医院 (253013)

王春祯 魏清伟

自 1988 年 10 月以来，治疗跗骨窦综合征 18 例，效果良好，报告如下。

临床资料 本组男 12 例，女 6 例；年龄 9~58 岁；均为单足，左侧 11 例，右侧 7 例；有损伤史 16 例，病史 4 月~4 年 3 月，平均 10.5 月。

诊断标准：有或无明显踝部内翻扭伤史；跗骨窦外口处肿胀，压痛明显；抗阻力背伸内翻时跗骨窦处疼痛加剧；踝关节内外翻应力试验（一）；有时伴患侧小腿发凉发紧及乏力等症状，可有疼痛向足背放射以及小腿不由自主发抖病史；跗骨窦内及窦口处注射利多卡因后症状缓解；X 线片见踝关节及距跟关节无异常。

治疗方法 1. 痛点注射：采用康宁克痛混悬液 20mg，VitB₁₂500μg，VitB₁100mg，2%利多卡因 2.5ml，配成混合剂。将踝关节置于轻度跖屈内翻位，常规消毒

局部皮肤，用 9 号针头自外踝前下方窦口处进针，方向由前外向内后侧进入窦内，边进针边注射，后用无菌棉球压盖。

2. 手法治疗：在患肢选择悬钟、丘墟、足临泣、承山等穴，先用指腹点按，后用按摩。然后拔伸梳理踝关节数次，并在牵引下行屈伸内外翻数次。

3. 中药外洗：方剂组成：伸筋草 15g 透骨草 15g 五加皮 12g 三棱 12g 莪术 19g 秦艽 12g 海桐皮 12g 牛膝 10g 木瓜 10g 红花 10g 苏木 10g。将上药加水，煎沸加醋 1 两，先熏洗后烫洗，每日 30 分钟，连用 10 天。

治疗结果 疗效标准：痊愈：患足各种症状及体征消失，功能恢复正常；有效：患足疼痛缓解，行走劳累后稍加重；无效：症状体征无改善。结果：18 例均于首次注射 3 周后复查，12 例痊愈，5 例有效，追加 1~2 疗程后 3 例痊愈，2 例有效；1 例连续 4 疗程后无效，行手术后痊愈。随访时间 5 月~3 年 8 月，平均 19 月。

讨论 跗骨窦由距骨沟和跟骨沟组成，方向由内后斜向前外侧，窦口位于外踝的前下方，窦内含有骨间距跟韧带、脂肪垫、距跟关节滑膜及跗骨窦滑囊。跗骨窦综合征，系由踝部内翻扭伤或长期劳损所致，造成窦内压力增高，软组织发生无菌性炎症，脂肪变性，韧带滑膜挛缩嵌顿。疼痛可引起局部植物神经功能紊乱，造成足趾牵涉痛及小腿发抖等症状。踝部内翻扭伤极常见。从本组患者病史看，本病误诊率高，致使一些患者罹病多年，长期影响行走及劳动。有的患者虽行过局部封闭，但就医师对跗骨窦解剖层次不清，只将药物注射于窦口处，不能从根本上解决问题。

通过对本病 18 例诊治，认为：混合剂中，康宁克痛为缓释型激素，疗效 3 周，可提高组织应激能力，减轻消除窦内软组织无菌性炎症反应。该药维持时间长，避免了强的松龙等药物多次穿刺给患者造成的痛苦及感染机会。维生素 B₁、B₁₂能营养窦内神经，减轻疼痛。利多卡因暂时阻断神经传导，既可配合推拿手法，松解软组织粘连及嵌顿，又有助于诊断。中药外洗，可使局部经络舒通，气血流畅，起到有效消肿止痛作用。三者合用，加速了患者痊愈过程。1 例手术者，病史最长，多次误诊，术中见窦内广泛瘢痕组织粘连，脂肪变性成白色，有激素沉着点，将窦内软组织切除后至今无复发。

(收稿：1995-08-15)