

等渗的,对组织无刺激性,不会刺激伤口引起痉挛缺血,并对伤面造成相对的生理环境。伤口在浸泡液中坏死组织可以逐渐变软脱落。伤口内污物、异物(如砂粒、碎布丝等)、脓液等可引流到体外。有小死骨而外口及窦道较大的伤口,其小的死骨可以自行脱落出来。由于肢体在浸泡液中不自觉的移动及轻度活动,可以引起药液流动,第一可以自然冲洗伤口,且不损伤正常组织;第二药液对伤口周围冲击有轻度按摩作用,改善局部血循环,促使组织修复生长。在浸泡初期可看到药液底层有较厚的沉淀物,而感染污秽的伤面则渐变清洁。更换药液后继续浸泡,组织在等渗盐水中呈生理环境,有利于上皮组织细胞生长。对于裸露的骨、肌腱等组织,浸泡液创造了一有利的外环境,起到保护作用,使其避免坏死,并使周围的肉芽增生覆盖,解决了骨、肌腱组织血运差,不能形成肉芽组织被盖及常规换药易造成坏死的问题。

浸泡液中的抗菌素不断向组织内渗透,使伤口局

部及其周围组织的抗生素达到有效浓度,较全身应用抗菌素浓度高,局部作用快,准确,效果好,且不会引起全身过多应用抗生素所引起的副作用及肝肾等重要脏器的损伤。

因为浸泡液中无胶体,其胶渗压低于组织渗压,所以浸泡后局部组织肿胀,消除肿胀的方法,需将伤面暴露,不须包扎,使浸泡后肿胀伤面及其周围组织逐渐蒸发水分,恢复正常。暴露过程中,可观察到创面表面形成一层假膜,假膜保护创面,小的伤口可一次愈合减少换药的痛苦且节约开支。

浸泡药液基本上是等渗的,在等渗环境中生长修复、伤口经浸泡后清洁自然愈合,创面恢复好,瘢痕增生少,愈后生存质量高。除急性出血伤口不宜使用,其它无特别禁忌症。但因受容器等限制只适宜四肢远端,腕、踝关节及双下肢和双上肢远端 1/3 处伤口是此治疗方法的唯一缺陷。

(收稿:1998-07-15 修回:1998-11-25)

中西医结合治疗肱骨颈骨折

陈兵 阎淑芬* 顾云伍**

中国人民解放军 86634 部队卫生队 (沈阳 110031)

肱骨颈骨折为一种稳定性骨折,复位后断端嵌插、接触面大,易愈合。我们用超肩关节外固定和功能锻炼,处理各种类型骨折 30 例,疗效较好,报告如下。

临床资料

我院自 1995 年 1 月~1998 年 1 月,共收治此类骨折 30 例,男 19 例,女 11 例;年龄 15~30 岁 12 例,21~45 岁 18 例。外展型骨折 22 例,内收型骨折 8 例。多由跌倒时上肢呈外展式,少数为内收式。严重移位者 10 例,中度移位者 15 例,轻度移位者 5 例。

治疗方法

患者坐位,在骨折局部血肿内注入 2% 奴佛卡因 10~20ml。一助手用布带绕过腋窝,向上提拉肩部,患肘屈曲 90°;前臂在中立位;另一助手握肘部,沿肱骨纵轴方向,以牵抖手法牵引。外展型先外展牵引,内收型先内收牵引。当对抗牵引将骨折断端分离,或重叠移位完全拉开后,对外展型将下骨折端向外拉,助手牵引内收。内收型将下骨折端向里推,助手牵引外展,即可复位。然后术者两拇指置骨折部前面,余四指抱绕上臂

背侧。握前臂的助手维持牵引,并徐徐向前屈曲肩关节,同时术者两拇指用力向后挤骨折部,以矫正向前成角畸形。绷好竹板,透视检查。若未完全复位,再按上述手法矫正,直至达解剖复位。短竹板放于内侧,外展型蘑菇头顶住腋窝,长竹板置前、后、外侧三面。先用 2~3 条布带将骨干部竹板捆紧。内收型内侧竹板的蘑菇头置肱骨上髁上部。再用一布带穿过三块竹板的布带结环状结扎。最后用长布带套上棉花卷,拴住布带环结,绕过对侧腋窝打结,使棉花卷正好移至腋下,以免勒伤腋窝皮肤。最后用手掌轻叩患肘数下,将骨折紧密嵌插使之稳定。

最初 1~2 周内肘关节屈曲 90°;透视复查两次,未变位者继续固定。每周可解除外固定一次,以更换消肿接骨膏。2~3 周 X 线片检查,根据愈合情况约 4 周左右可解除固定。复位后立即指导患者作功能锻炼。先使握拳,使上肢肌肉紧张,除外展骨折禁止外展活动,内收骨折禁止内收活动外,可作肩关节其他各方活动。初期活动范围不易过大,每天锻炼十几次。5~7 天后运动

* 天津市天津河东骨科医院

** 天津市天津医院

量及活动范围可逐渐扩大。解除固定后, 肩关节活动范围约可达正常一半, 继续每日作肩关节运动锻炼。肱二头肌沟常因肌腱粘连遗有轻度疼痛, 需按摩观察 1~2 周, 骨折愈合坚固。即可作轻体工作。

治疗结果

30 例均由间接暴力所致, 外展型 22 例, 内收型 8 例。皆在局麻下手法整复, 达解剖对位者 12 例, 近解剖对位者 14 例, 满意对位者 4 例。

30 例超肩关节固定, (竹板固定者 30 例), X 线片及临床检查, 均按期达临床愈合, 平均 27 天。30 例曾功能复查, 最长 2 年 7 月, 最短 5 月。

肩关节功能恢复标准: 优: 肩关节活动正常或基本正常, 或仅前屈及外展上举较健侧差 10°~15° 以内者, 计 25 例。良: 前屈、外展、后伸正常, 上举或内外旋

转差 16°~30° 以内者 4 例。满意: 前屈、后伸、外展上举及内外旋转较健侧差 30°~60° 以内者, 本组 1 例。

讨论

手法整复中, 移位虽严重, 但对肱骨头无旋转位及嵌插者整复较易, 重叠、嵌插、旋转成角畸形者, 因嵌插解脱困难, 术后乃留旋转畸形。虽肩胸关节活动可代偿, 患者仍感活动不适, 故对此种病例应加牵抖法整复。

老年型的嵌插骨折轻度移位, 经简单手法复位, 达到力线满意, 不需要外固定, 仅用三角巾悬吊, 早期功能锻炼, 提肩及前屈后伸活动, 效果较满意; 老年性骨折, 只要力线好, 不需复位, 用三角巾悬吊, 早期活动功能也好, 有些复位差, 早期功能锻炼效果也满意。

(收稿: 1998-11-21 修回: 1999-01-06)

腰椎间盘突出术后合并椎间隙感染 12 例

白玉

河南省郑州市骨科医院 (450052)

我院自 1978 年 5 月~1993 年 5 月共行腰椎间盘突出手术 960 例, 12 例术后合并椎间盘感染, 发生率为 1.25%, 较陆裕朴等^[1]报道的高。通过对 12 例椎间盘感染患者的诊治, 笔者认为: 充分的术前准备, 精细的术中操作, 认真及时的术后处理是防治该并发症的关键。

临床资料

本组 12 例中男 8 例, 女 4 例; 年龄 20~40 岁 2 例, 40~50 岁 7 例, 50~60 岁 3 例。术前诊断: 腰椎间盘突出 8 例, 腰椎间盘突出合并椎管狭窄 3 例, 腰椎间盘突出合并马尾神经鞘膜囊肿 1 例。术式: 后路全椎板减压 5 例, 后路全椎板减压加椎管探查 1 例, 后路半椎板减压加对侧开窗 2 例, 单纯半椎板减压 3 例, 后路扩大的半椎板减压 1 例。术后椎间隙感染发生的时间: 术后 7~10 天发病的 6 例, 2~3 周发病的 5 例, 术后 2 月起病者 1 例。

临床特点: 患者多于术后 1~2 周突然出现腰部剧痛, 不敢活动, 同时伴有腰背肌痉挛及感染间隙压/叩痛, 但伤口多无感染表现, 也无双下肢症状复发或加重表现。血沉加快, 但体温及血象基本正常。腰椎 X 光片多于术后 3~4 周才表现出感染间隙变窄, 邻近椎体边缘模糊或有不规则破坏等。

治疗方法

严格卧硬板床休息, 早期大剂量静点广谱抗生素,

并根据临床效果适当更换调整, 3~4 周后可改用肌注或口服, 继续使用 2~3 月。行石膏背心或石膏裤外固定 8~12 周, 加服消炎镇痛和解痉药物^[2]。经过上述治疗, 患者多于病发后 4~8 周症状缓解。

治疗结果

本组 12 例, 多于术后 1~3 周发病, 经上述治疗 4~8 周症状缓解, 且术后 3~6 月, 感染椎间隙大部分骨性融合, 部分原发感染轻者, 间隙仍存在, 仅椎体边缘轻度硬化。本组 12 例经 5 月~10 年随访, 按陆裕朴等^[1]疗效标准, 优: 腰腿痛症状完全解除, 能参加正常工作和劳动, 本组 11 例; 良: 症状解除, 能参加正常工作, 但有残余症状, 本组无; 可: 主要症状解除, 有残余腰腿麻, 劳动时加重, 能工作, 本组 1 例; 差: 腰腿痛如旧, 合并截瘫, 大小便障碍未解除, 本组无。本组 1 例判定为可的病例为腰椎间盘突出合并马尾神经鞘膜囊肿, 患者术后半年椎体融合, 腰背痛缓解, 随访 2 年 6 个月, 小便须指压排尿, 大便控制能力仍差, 但腰腿痛症状缓解。

讨论

椎间盘感染在下腰椎手术并发症中所占比例很高, 接近 50%^[1], 且发病后患者腰痛剧烈难忍, 须长期石膏制动及卧床休息, 同时还要应用大剂量抗生素控制感染, 不仅给患者带来严重的精神创伤, 而且造成巨