

治疗促进微循环,减轻患病组织的炎性渗出。关于治疗手段的选择,我们认为对病程短、症状轻患者,采用上述保守治疗可取得尚佳的效果,而对病程长,特别是足底部出现皮肤干燥、肌肉萎缩的患者,以手术治疗效果较好,我们对经保守疗效差2例患者进行手术治疗发现

虽然病程短,跖管内腱鞘较肥厚,粘连明显且跟骨、跟骨骨刺形成。经手术切除,2例均疗效优,所以对病程、病情的判断与选择治疗方法具有关。

(收稿:1998-01-15)

绳链绞轧性胫腓骨开放性骨折41例

林岳平 吴崇光

(舟山市普陀区人民医院,浙江 舟山316100)

我们自1988年1月~1996年3月,共收治在海捕捞作业中由网绳、锚链及缆绳绞轧所致胫腓骨双骨折50例,其中开放性骨折41例,占82%。现就41例绞轧性胫腓骨开放性骨折临床特点及治疗方法选择作一些讨论。

临床资料

本组41例均为渔民;男40例,女1例;年龄18~55岁;骨折部位:上段5例,中段15例,下段21例;骨折类型:粉碎性29例,螺旋形8例,横断形4例;根据朱氏分度法^[1]:Ⅰ度7例,Ⅱ度21例,Ⅲ度13例;伤后8小时内就诊9例,8~12小时20例,超过12小时12例;伤口被海水浸泡过5例。

治疗方法

单纯跟骨牵引、石膏或夹板固定5例。单臂外固定支架固定18例。早期内固定8例,延期内固定6例。早期截肢4例。创面一期闭合25例,延期覆盖16例。

治疗结果

本组41例中随访31例,随访时间最长2年,最短3月。单纯骨牵引,石膏或夹板固定组,有4例得到随访,骨折全部愈合。单臂外固定支架组,有16例得到随访,14例骨折愈合。1例拆架后发生再骨折,后经夹板固定后延迟愈合。另1例8侧方成角畸形愈合。早期内固定组有6例得到随访,4例骨折愈合。1例骨折不愈合,后经二次植骨后愈合。另1例伤口发生深部感染,改为单臂外固定支架固定后愈合。延期内固定组有5例得到随访,骨折均愈合。

讨论

1. 损伤特点:绳链绞轧性开放性骨折有二个显著特点:(1)受伤后回送时间长。因海洋捕捞大多在远洋进行,事故一旦发生,大多渔船只能靠原船返回来救护病人。虽然有的渔船为了争取救护时间而弃网回送,但回送时间普遍大于8小时。本组平均时间13小时,大于8

小时病例占32例。(2)由于船上作业特点,绳链绞轧小腿时往往呈螺旋形缠绕,因此软组织多呈环状损伤,有时深筋膜与肌层完全分离,形成潜在腔隙。骨折多呈粉碎性或螺旋形,本组粉碎性及螺旋形骨折共37例,占92%。在受伤瞬间,由于渔民自我保护机制和绳链自然下滑过程,骨折部位多位于中下段。本组中下段骨折36例,占81%。

2. 清创要点:由于绳链绞轧性开放性骨折的软组织多呈环周状损伤,往往开放创口小,而潜在损伤面积大。清创时必须充分敞开创口,使得潜在损伤组织得到充分冲洗。冲洗完毕后用1%新洁尔灭溶液浸泡创口3~5分钟。用灭菌纱布擦干后,再次用碘酒、酒精消毒皮肤,延长创口,使得远离创口无生机软组织也能得到彻底清除。对破裂不全深筋膜都要纵行切开减压,可有效防止筋膜室综合征发生。

3. 骨折治疗:(1)本组41例绞轧性开放性胫腓骨双骨折中有18例作了单臂外固定支架固定。我们体会到单臂外固定支架固定具有使用方便,手术创伤轻及固定牢靠的特点。病人能早期离床活动,并能保持暴露创面,便于术后创面换药及植皮。对绞轧性胫骨Ⅱ度开放性骨折及超过8小时清创的Ⅲ度开放性骨折不失为一种良好的固定方法。但术后管理不当也会导致成角畸形,针孔感染及拆架后再骨折情况的出现。本组1例术后3月拆外固定支架后,经轻微负重锻炼,发现胫骨骨折处成角畸形,经小夹板矫治后愈合。分析原因,主要是拆架过早,并拆架后骨折处又未用夹板保护。另1例术后半月出院。因患者地处偏远小岛,交通不便。术后4月方来院复查。发现胫骨骨折处8°成角畸形愈合。(2)钢板内固定对绞轧性胫骨开放性骨折也是比较常用的内固定方法之一,但是要争取时间早期内固定。从理论上讲超过6~8小时污染伤口的细菌已从潜伏期到了按对数繁殖期^[1]。伤口内再置内固定物易引起伤口感染

及骨髓炎。王爱民^[1]报道长骨干开放性骨折403例发现:损伤至清创时间在8~12小时与8小时内获得清创者,伤口感染率相差不明显,但超过12小时后,感染率非常明显增高。因此8~12小时才获得清创的绞轧性开放性骨折也可慎用钢板内固定。海水的含盐度为3.1%~4.3%,PH值为8~8.21呈明显高渗状态。被高渗海水浸泡过伤肢虽可进一步损伤伤肢的组织细胞,但也可延迟伤肢感染的发生时间。本组5例海水浸泡过伤口的病例,有3例清创在12小时之后,并作了内固定治疗,伤口未发生有深部感染。因此对伤肢在海水中浸泡过,又在12~14小时内获得清创者,也可慎用钢板内固定。从生物力学观点上讲,钢板应放在胫骨内侧^[2],但对软组织呈环周状损伤的绞轧性骨折,胫骨内侧皮肤往往

有不同程度的损伤和缺损。如钢板再安放在胫骨内侧,术后易使胫骨内侧皮肤坏死,致使钢板和骨质裸露。因此对绞轧性胫骨开放性骨折,笔者主张钢板尽可能安放在胫骨外侧。

参考文献

- ① 朱通伯. 处理开放性骨折及关节创作的新观点. 中华骨科杂志, 1996, 16 (1): 24
- ② 朱通伯. 访问日本、西德、英国骨科技术介绍. 中华骨科杂志, 1989, 9 (6): 446
- ③ 王爱民. 吴光道. 长骨干开放性骨折伤口感染原因分析(附403例报告) 骨与关节损伤杂志, 1992, 7 (3): 74

(收稿: 1997-01-13)

骶管注药加手法治疗腰椎间盘突出症术后腰腿痛综合征

焦天财

(银川市中医院, 宁夏 银川 750001)

我们对腰椎间盘突出症手术治疗后又出现腰部酸痛, 患肢胀痛或放射痛, 下肢麻木无力, 跛行活动等一系列症候称为术后腰腿痛综合征。采用骶管注药结合手法推拿治疗10例, 收到满意效果, 现介绍如下。

临床资料

10例患者均经CT、核磁共振或腰椎管造影诊断为腰椎间盘突出症, 在他院手术治疗过的病人。其中男6例, 女4例; 年龄27~66岁。突出间隙L₄₋₅4例, L₅~S₁2例, L₄₋₅, L₅~S₁双间隙同时突出5例。接受本法治疗时间最短的术一月, 最长4年。主要症状仍有患肢胀痛, 麻木无力, 腰部酸痛, 跛行活动, 腰不能伸直, 甚则昼夜疼痛, 夜不能寐, 不能下床活动等。

治疗方法

1. 骶管注药: (1) 药物: 生理盐水30ml、地塞米松5mg、vit B₁100mg、vit B₁₂500mg、丹参注射液4ml、透明质酸酶1500^u、2%利多卡因5ml混合液。(2) 操作步骤: 患者取俯卧位, 骨盆下垫一高枕, 双腿分开, 在骶骨下端表面骶骨角之间触摸骶裂孔之凹陷, 以龙胆紫做标记, 骶部常规皮肤消毒, 铺无菌洞巾, 在局麻下以7号注射针头自标记点, 沿骶骨纵轴方向穿刺进针, 根据病人胖瘦情况, 可进入针头的3/4~4/5, 约3.5cm左右, 回抽无血及脑脊液, 推注轻松无阻力感, 则证实进针成功, 即将配制的混合液缓慢注入, 后取仰卧位观察10分钟, 无特殊反应, 即准备做手法推拿。

2. 手法推拿: (1) 理筋手法: 病人俯卧位, 医者站于其旁, 分别用按、摩、推、拿、揉、捏、擦、等手法, 沿督脉和膀胱经从上至下分别按摩3~5遍, 重点按摩或拨离手术椎旁的病变处。(2) 颤压法: 患者俯卧位, 用两个枕头分别垫在胸部和骨盆的前方, 医者双手叠加按在腰后病变处, 由轻到重反复弹压5~10次, 以解除腰部小关节紊乱或椎体移位, 然后点按腰部及腿部的主要穴位即可。(3) 拔腿压腰法: 术者一手推按于患者腰部, 另一手托起双腿向后, 同时用逆时或顺时方向边拔伸边摇摆下腰部, 以解除残余移位和局部神经根粘连。(4) 抬腿法: 分别作两下肢直腿抬高可达极限高度, 术者以一臂维持, 另一手作踝背伸按压3次, 以牵拉神经根而达到解除局部神经根粘连。一般每周一次, 每次治毕让患者卧床休息。

治疗结果

疗效标准: 优: 症状和体征完全消失, 恢复原来工作; 良: 症状和体征基本消失, 直腿抬高70°; 恢复工作; 可: 症状和体征有减轻, 能从事轻工作; 差: 症状和体征无改善。

结果: 本组10例中优8例, 良1例, 可1例。随访2年, 其中9例无复发, 1例劳累后有轻度症状, 再次治疗后痊愈。

讨论

骶管注药加手法推拿治疗, 是解决腰椎间盘突出