

好: 无不适或偶有轻度酸痛, 行走正常, 踝关节活动度基本正常, 能正常工作。较好: 轻度酸痛, 行走不受影响。踝关节活动度超过正常范围的一半, 能正常工作。一般: 轻度酸痛, 在不平整的路面行走时酸痛加重。踝关节活动度不及正常的一半, 改做轻种工作。差: 疼痛较重, 行走较困难, 踝关节活动度极少或强直, 经常不能工作。

3.3 疗效评定结果 本组 56 例, 其中 50 例得到随访, 随访时间 1~5 年, 平均 36 个月。按上述疗效标准评定, 良好 30 例, 较好 12 例, 一般 6 例, 差 2 例。

4 讨论

4.1 经皮钢针撬拨复位 对垂直压缩性踝部骨折的治疗较为复杂。钢针经皮撬拨复位适用各种类型的骨折, 尤其对关节面中部的塌陷骨折和骨折片较小手法不能复位者。经皮撬拨复位, 操作简便, 对局部软组织创伤很轻, 感染的显著减小。即使局部皮肤存在挫伤或水泡时, 只要有较小范围的健全皮肤供钢针经皮操作, 仍可对骨折进行及时处理。完成经皮撬拨复位后, 为防止再移位, 可选择粗细长短适合的 1 枚或 2 枚克氏针, 由一侧距下关节面以上 2~3 cm 处皮质骨穿至对侧皮质骨, 使具有较强的内固定力量。

4.2 钳夹经皮固定 踝关节骨折后, 由于胫骨下端与距骨之间压应力和旋转应力及关节周围肌腱、关节囊、韧带的牵拉而使骨折块分离、旋转及塌陷移位。经皮撬拨复位钢针内固定后, 为纠正或防止骨折块分离旋转移位, 可选择合适进针位置, 采用钳夹经皮外固定。钳夹过程中, 由于钳夹相对夹挤似一个虚轴螺栓, 克服了踝关节骨折所受的压应力和旋转应力及周围组织牵拉应力, 使骨折块对合紧密, 加之穿针固定, 使骨折处形成一个牢靠的整体。若患者年龄较大, 骨质疏松严

重, 操作时, 可在钳夹两尖各套一枚医用垫圈, 防止钳夹尖进入骨质过深, 造成骨质碎裂而影响其牢固程度, 若合并外踝骨折及下胫腓关节分离者, 钳夹时应兼顾治疗, 必要时采用二副钳夹经皮外固定。

4.3 跟骨牵引 踝关节垂直压缩性骨折, 暴力较大, 软组织损伤较重。损伤早期, 踝部肿胀严重, 若处理不当, 可出现张力性水泡, 不利于骨折处理。损伤后即行跟骨骨牵引, 可有效解除骨折片的嵌插和交锁, 为下一步处理骨折奠定基础。跟骨牵引通过关节囊及韧带间接间挂, 可纠正骨折片重叠及分离移位, 减少骨折片对软组织及皮肤压力, 有利于早期消肿, 防止皮肤出现张力性水泡。经皮撬拨复位钳夹固定后, 采用持续跟骨牵引, 可以使关节囊、韧带相对紧张, 既减少了造成踝关节不稳定因素, 又能使部分残余骨折自动复位。持续有效的跟骨牵引, 克服了距骨与胫骨下端压应力和旋转应力, 为早期的功能锻炼提供了生理力学基础。避免早期功能锻炼造成骨折块再移位。早期进行踝关节功能锻炼, 可避免周围肌腱、关节囊、韧带的粘连; 同时由于磨造作用可使关节软骨得以满意修复, 早期功能练习可以促进软骨修复^[3], 从而减少了晚期退行性变所致的创伤性关节炎。

参考文献

- [1] 董学仁, 寇用礼. 109 例踝关节骨折脱位临床分析. 骨与关节损伤杂志, 1998, 3(3): 149.
- [2] 马元璋. 关节骨折——经皮撬拨复位, 内固定和缝合. 上海: 上海科学技术出版社, 1982: 149-150.
- [3] Samiento A, Kim an PB, Latlal Foucties of the prouimal tibial and tibial condyle: a clinical and laboroutory Comparative study. Clin Orthop, 1979, 45: 136.

(编辑: 李为农)

• 病例报告 •

膝关节手术静脉注射安定致呃逆 2 例

侯进才 郑天源

(中国中医研究院望京医院, 北京 100102)

例 1, 女, 54 岁, 体重 49 kg, ASA I 级, 因左髌骨骨折在连续硬膜外麻醉下行切开复位内固定术。L_{3,4} 穿刺顺利回吸无回血, 无脑脊液, 注入 2% 利多卡因 5 ml 试验量, 5 分钟后测试阻滞平面 L₁ 以下, 无局麻药中毒症状, 追加 2% 利多卡因 10 ml, 10 分钟后测试平面 T₁₂ 到 S₄。为减少病人焦虑、紧张情绪经三通静脉推注安定 10 mg 约 1 分钟后病人出现呃逆症状, 无其它不适。此时 SpO₂ 97%, HR 72 bpm, Bp 17.2/9.1 Kpa。面罩给氧约 5 分钟后呃逆停止, 病人安静入睡后手术开始。手术历时 75 分钟,

术后病人清醒, 返回病房。

例 2, 女, 14 岁, 体重 44 kg, ASA I 级, 因左髌骨软骨骨折, 左髌骨失稳外侧半脱位行左膝切开, 碎块取出, 内侧支持带紧缩术。麻醉同例一, 阻滞平面 T₁₁ 到 S₄, 静脉推注安定约 70 秒后, 病人出现呃逆。此时 SpO₂ 98%, HR 79 bpm, Bp 15.3/8.9 Kpa, 面罩给氧约 3 分钟后呃逆停止, 病人入睡后手术开始, 手术历时 80 分钟, 术后清醒返回病房。

讨论: 静脉注射安定可引起低血压、尿失禁、寒战、发热、肌无力、口干、胃肠

不适、呼吸窘迫、呼吸暂停和心跳骤停等^[1]。有人报导应用安定治疗顽固性呃逆^[2]。但是, 此两例病人在静脉注射安定后出现呃逆, 经吸氧后呃逆停止。病人术前均未用术前药, 没有任何刺激, 没有引起膈肌痉挛的诱发因素。其引起呃逆的原因还有待进一步探讨。

参考文献

- [1] 王贤才. 临床药物大典, 山东: 青岛出版社, 1994: 180-182.
- [2] 刘传洪. 氯胺酮安定复合治疗顽固性呃逆. 临床麻醉学杂志, 1996, 12(1): 43.

(编辑: 李为农)