

疗。10 例保守治疗者均痊愈,只需做到严密观察血压、脉搏、呼吸及腹痛的变化,做到反复多次足量输血、输液、维持血压、补充能量即可。因此,对骨盆骨折有腹膜炎者,我们主张对剖腹探查指征应严格掌握,只有在严格保守治疗,反复输血、输液无效的基础上才决定行手术治疗,以免不必要的剖腹探查造成不良后果。

4.2 几点体会 (1) 观察病人要耐心细致。(2) 骨科与其它外科专业特别是普外科既要专业分开,又要密切合作。我院上述 8 例剖腹探查者均为外科未分专业以前所造成的,自成立骨科专业后,再未发生上述情况。2 例耻骨支骨折和 1 例髌臼骨折患者,入院后均出现血压下降,引起低血容量休克,且伴有与骨折靠近相应腹部的压痛及反跳痛,引起下腹部明显腹膜刺激征,且腹穿有不凝血,通过严密、细致的观察,补充血容量,综合各方面情况做出鉴别诊断,并请普外科医生合作排除内脏损伤,经保守治疗均痊愈而免于手术之苦。(3) 排除多发伤。骨盆骨折,遭受暴力强大,常伴有多发性损伤,伤势严重,伤情变化快,失血量大。因此,必须全面、细致查体和严密观察病情变化,以排除多发伤的存在,如观察会阴部是否有水肿,下尿管以排除尿道、膀胱损伤,肛诊以排除肛门直肠的损伤。(4) 由于骨盆骨折常合并大量出血,休克发生率高,病情急重,入院时要首先抢救休克,待病情稳定后再拍片确定是否有骨折及骨折类型,做相应处理。

(收稿:1999-08-05 编辑:房世源)

网眼状切口减压治疗筋膜室间隔综合征

李金星 伍书民 楚朝辉
(新安县人民医院,河南 洛阳 471800)

自 1994 年至今,我们对 21 例小腿骨筋膜室间隔综合征病人采取网眼状切口减压治疗,取得了满意的效果,现报告如下。

1 临床资料

本组 21 例,均为男性,年龄 17~53 岁,伤后得到治疗时间 4~82 小时,发病原因均为外伤。合并胫腓骨骨折 2 例,单纯腓骨骨折 1 例。患肢肿胀严重,影响末梢血液循环者 5 例;肿胀明显,但无明显血循障碍者 16 例。

2 治疗方法

常规术野消毒,局麻或硬膜外麻醉,用消毒过的尖头手术刀在肢体肿胀严重的肌腱中心开始向周围选点,然后纵行刺入至深筋膜,同时将刀尖上下移动,使深筋膜上切口达到 1~2cm 即可。切口纵横间距无特殊要求,一般以 3~5cm 为宜。术后切口不缝合无菌纱布松散覆盖,不要用绷带缠绕,以免过紧。患肢制动,测量周径,做好记录,禁热敷按摩、红外照射等。中西药物对症常规应用,治疗期间密切观察病情,注意转化及并发症的发生。

3 治疗结果

本组 21 例病人经上述方法综合治疗,全部治愈,无任何后遗症。

4 讨论

筋膜室间隔综合征是四肢骨筋膜室间隔区的肌肉、神经因急性严重血液循环障碍而出现的一系列症候群。如能早期发现,及时给予治疗,对防治肌肉缺血坏死、神经麻痹,挽救肢体功能极为重要。所以,患者入院后,医护人员就要高度警惕,尽早了解病史病情,凡是挤伤、挫伤或长时间固定患肢同一部位的病人,都应列为重点观察对象,如有下列情况应迅速采取措施:①挫伤或挤压时间较久;②诉伤肢感觉异常,有束带感、蚁行感、麻木感或剧烈疼痛;③伤肢肿胀严重,有张力性水泡;④末梢皮温低,颜色潮红、紫绀或苍白;⑤局部挤压痛,被动牵扯痛;⑥足背及胫后动脉减弱或触不到;⑦足趾运动功能丧失。当然,不一定要待这些症状全部具备,有些病人早期也可能肢体肿胀不甚,远端血循感觉活动均好,仅肢体局部深层灼痛难忍、表皮麻木,这也是神经肌肉缺血的表现,都要及时处理,临床一般具备上述 3~4 条即可确诊。

网眼状切开减压手术简单、快捷,术后容易管理,很少受条件限制,尤其是基层医院非常适用。在手术中应注意以下几点:①因为刀口小,对组织损伤轻微,所以切口要尽可能多,范围要大,降低筋膜室压力,使间室内包容的肌腱、血管、神经得到松懈,免受卡压,从而恢复局部的正常血液循环。②此法不需广泛切开皮肤,操作时完全是在皮内近于盲视的情况下进行,所以主刀医生必须熟悉局部解剖,防止加重损伤主要血管、神经等机体组织。③伴骨折移位明显者应尽快复位。④若延误了早期诊治阶段,出现明显的肌肉组织坏死情况,则不适宜本法,应立即纵向行充分长的切口,彻底清除坏死组织及瘀血,然后常规处理,并要采取积极有效措施,防治并发症的出现。

除局部选择恰当的手术处理外,中西药物对症治疗也是必不可少,脱水剂应用、抗菌素应用以及活血祛瘀、利水消肿中草药煎服均有利于病情的恢复,可酌情采取。

(收稿:1999-04-01 编辑:连智华)

科雷氏骨折复位后的中西医结合疗法

金圣章
(罗店医院,上海 宝山 201908)

科雷氏骨折复位后,石膏固定 4~6 周,腕关节僵直的发生率比较高,恢复关节功能时间长,痛苦大。对此,笔者在 1986~1996 年十年间用中西医结合疗法,治疗 527 例,效果满意,介绍如下。

1 治疗方法

复位达到要求后,先用石膏托作掌屈尺偏位固定 3 周,继则用中药外敷并作纸夹板固定:将中药末调成糊状摊在桑皮

纸上,外敷于骨折部,复盖塑料薄膜以防外渗;在尺桡两侧各置一双层马粪纸夹板(约 15cm×6cm),呈()状,远端齐桡腕关节间隙,然后用绷带包扎,稍紧些,但以不妨碍手部血液循环为度。嘱患者开始作腕、指间关节主动屈伸活动,一日 4 次。4~5 天换药一次,约二周后终止治疗。

2 治疗结果

本组 527 例,经 5 周治愈的 478 例,6~9 周治愈 49 例,另有 7 例在终止治疗后出现迟发性成角畸形,所有患者都未有关节僵直的发生。

3 体会

3.1 本病治疗,正确的固定是一个重要环节。笔者认为,在初期用石膏托塑形好、固定可靠,操作容易。在固定 3 周时,是一个重要时机。其一,骨折部骨痂已形成并开始机化,骨折部稳定性明显增强。其二,骨折周围软组织的粘连、挛缩、变性等病理变化已经发生,并将逐渐加重。选择在这个时候,改变固定方式(范围),不失时机地开始作腕关节功能锻炼,可使患处经脉流畅、气血旺盛,筋骨得以濡养,关节滑利,对加速骨折愈合,逆转上述病理变化,防止关节僵直于未然,无疑具有积极的意义。

3.2 骨折部敷以伤药,具有活血消肿,接骨续筋,舒筋通络之功,是中医伤科的传统方法,对减轻疼痛肿胀,加速骨痂机化、防治关节僵直等作用,各家报道甚多,兹不赘述。

3.3 本组有 7 例在终止治疗后出现迟发性畸形。经分析,其中 3 例是在骨折后治疗不当,1~2 周后方来就诊,作重新复位治疗的。有 2 例初诊时 X 线片明显骨密度减低,提示骨质疏松。还有 2 例系体质严重虚弱者。他们在有固定的时候未发生畸形,在结束治疗的半个月后逐渐发生的。这实际上是没有严格掌握临床愈合标准,相对过早解除固定所致的。

3.4 本方法也适用于史密斯氏骨折的治疗。

(收稿:1999-04-01 编辑:李为农)

中药灌注冲洗治疗膝关节创伤性滑膜炎 110 例

李钰鑫

(周口地区中医院,河南 周口 466000)

我们自 1995 年以来,根据中医辨证论治的原则,采用中药灌注冲洗的方法治疗膝关节创伤性滑膜炎 110 例,效果满意,现小结如下。

1 临床资料

本组 110 例中男 34 例,女 76 例;年龄最小 17 岁,最大 62 岁,平均 38 岁;左侧 50 例,右侧 60 例,均为单侧发病;有急性创伤史者 68 人,有慢性劳损史者 42 人;病程最短 5 天,最长 3 年,平均时间 48 天;均有关节肿胀、疼痛和不同程度的功能受

限,伴关节积血积液者 96 例,浮髌试验阳性 92 例,X 线片检查显示:急性创伤者骨骼未见异常,慢性劳损者 35 例膝关节有不同程度退行性病变及关节间隙变窄。

2 治疗方法

2.1 中药辨证论治

2.1.1 急性创伤性滑膜炎:活血化瘀、消肿止痛。药用当归 20g、川芎 12g、红花 12g、赤芍 12g、乳没各 9g、土元 9g、苏木 9g、木通 9g、威灵仙 9g。急性损伤、关节积血、瘀肿灼热者加三七、水蛭、桃仁、知母、石膏以清热利湿化瘀。关节积液者加车前子、茯苓、猪苓、白茅根以渗水利湿。

2.1.2 慢性劳损性滑膜炎:祛湿除痹、通络止痛。药用防己、苡薏仁、车前子、五加皮、萆薢、茯苓、猪苓、木通、泽兰各 15g。关节肿胀痛者加独活、细辛。积液较多分泌较快者加五倍子、白芨等以渗湿燥湿。关节畸形,行动困难,恶寒肢冷者上方加茯苓、猪苓加附子、肉桂、乌梢蛇以温阳化湿、疏风通络。

2.2 灌注冲洗方法

病人仰卧位,患肢平放,膝关节用碘伏或碘酒、75%酒精消毒,铺无菌巾,在髌骨内上及髌骨内下缘作进针点,用 0.5%普鲁卡因 5ml 作局部浸润麻醉,然后用 12 号输血针头插入关节腔,上针用输液器接通药液瓶作点滴,每分钟 15~20 滴左右,下针接通输液器作引流用。每日一次,4 次一个疗程。治疗结束后,用 500~1000ml 生理盐水作最后冲洗,然后拔出针头作加压包扎。

2.3 药剂制备

(1)煎煮:用一不锈钢器皿或搪瓷锅放置清水 2500ml,加入中药 5 副,在文火上煎煮 2 小时,药液至 1000ml 时,倒出过滤,第二煎加入同量的水,煎至同样的量,倒出过滤,然后把二次过滤液合并约 2000ml。(2)冷藏放置:把过滤液冷藏放置在 4℃~5℃冰柜中存放 24 小时,使其澄清,然后取其上清液,用过滤膜再次过滤。(3)灌装:用 500ml 输液瓶装入药液,加塞、压盖密封。(4)高温灭菌:把瓶装药液放入高温消毒柜中,高温消毒灭菌 1 小时,冷却后即可使用。

3 治疗结果

3.1 疗效标准:参照 1995 年 1 月国家中医药管理局发布的《中医病证诊断疗效标准》进行评定。治愈:膝关节肿胀、疼痛、积血、积液消失,功能恢复,随访一年无复发。显效:膝关节肿胀疼痛、积血、积液消失,功能恢复,过度运动稍感疼痛,一年后个别时有复发。好转:膝关节肿胀、疼痛减轻,运动功能基本恢复。无效:症状仍如前。

3.2 疗效统计:随访 96 人,占总人数的 87.3%,随访时间最长的为 3 年,最短 12 个月,平均 1 年零 6 个月,按以上标准评定,痊愈 71 例,显效 18 例,好转 5 例,无效 2 例,总有效率 97.9%。

4 讨论

应用中药冲洗,患处直接给药,第一可使积血积液冲洗干净,避免久积成瘀而腐。第二可消除无菌性炎症,减少滑膜液渗出,消除肿胀和疼痛。第三防止酸性代谢产物的有害作用,以避免造成关节进行性骨质损伤及关节滑膜粘连,从而使膝关节功能得以恢复。

(收稿:1999-06-10 编辑:李为农)