

肢, 休息后无改善。

1.2 临床表现 ①肢体肿胀: 呈弥漫性水肿, 从大腿、小腿到足踝部, 指压性凹陷, 肢体周径增粗 3~ 10cm 不等。②皮色改变: 应在光照条件较好条件下双侧对比, 患肢出现潮红、暗红、青紫改变。③皮温改变: 患侧皮温明显高于对侧 1℃~ 3℃。④体温改变: 38℃左右, 一般不超过 39℃。⑤肢体疼痛: 腹股沟及大腿内侧深静脉走行中深压痛, 小腿三头肌肉压痛, Homan 征(+)(将患足急剧背伸, 出现小腿肌肉深部疼痛)。⑥实验室检查: 白细胞及中性粒细胞均不增加, 血小板计数增高, 这也是与感染的主要区别。

2 治疗方法

患者宜静卧, 抬高患肢 30°左右, 首选药物为尿激酶, 每日 2 次, 每次 2~ 3 万单位, 溶于 0.9% NaCl 溶液 500ml, 静脉输入, 7~ 10 天为 1 疗程, 或随症加减。尿激酶为溶血栓首选药物, 每日用量 10 万单位为安全剂量, 同时使用甘露醇 250ml; 复方丹参注射液 20~ 40ml, 溶于 0.9% NaCl 500ml; 川芎嗪注射液 40~ 80mg, 溶于 0.9% NaCl 500ml, 静脉输入。应将每日用药合理安排, 分组输入。

中药桃红四物汤、健脾利湿汤为主要方剂, 急性期以活血化瘀、行气为主; 中后期以健脾利湿、利尿消肿为主。

3 治疗结果

疗效评定标准: 优, 治疗后肿胀消退, 疼痛消失, 皮温及体温正常。良, 肿胀基本消退, 疼痛缓解, 体温正常, 肢体周径有 3cm 以下误差。中, 肿、痛减轻, 仍有低热, 肢体周径误差 3~ 5cm。本组患者用药 2 周后, 优 4 例, 良 2 例。

4 讨论

下肢深静脉血栓形成越来越引起骨科医师的注意, 根据

临床症状诊断之外, 查凝血时间延长, 凝血酶含量增加是必要的; 彩色多普勒超声检查的准确率 92% 左右^[1]; 静脉压测定和血管造影也是常规检测方法。鉴别诊断方面, 要和骨科术后感染相区别, 感染的发热在 39℃以上, 疼痛应以术区为中心, 跳痛、热痛、肿胀以局部为主, 腹股沟淋巴结肿大、压痛, 白细胞计数增高, 中性粒细胞增高, 对抗菌素的敏感程度高。治疗方面, 有的作者将尿激酶日用量为 50 万单位, 也未出现严重并发症及出血倾向^[2]。还有作者将尿激酶直接注射到血栓形成的静脉, 每分钟一次, 每次 1 万单位, 20 次后改 2 分钟注射 1 次, 半小时后观察血栓溶解情况, 再深入下一阻塞段, 直到血管再通, 最大用量达 80 万单位^[3]。链激酶初剂量为 50 万单位, 溶于 5% GS 内, 30 分钟静脉滴入, 然后每小时 10 万单位, 连续滴入到症状消失。注意给药前先静脉注射地塞米松 2.5mg, 以防副作用; 中分子或低分子右旋糖酐每次 500ml, 每日 1~ 2 次, 7~ 14 天为 1 疗程^[4]。预防方面: 动静结合, 适量运动可减少发病 75%~ 77%, 经络电刺激可减少发病 60%^[4]。此外术前或伤后病人给小剂量抗凝剂也有着良好的预防作用。

参考文献

- [1] 王星, 吕玲环. 彩色多普勒超声检测下肢深静脉血栓形成的诊断价值. 中华超声医学杂志, 1998, 7(4): 46.
- [2] 秦建辉, 张航法. 尿激酶治疗下肢深静脉血栓形成 46 例分析. 中国实用外科杂志, 1998, 8(4): 231.
- [3] 张希全, 杨光明, 徐重江. 血管内血栓的介入性局部溶栓疗法. 中华外科杂志, 1998, 36(1): 26.
- [4] 冯友贤. 血管外科学. 上海: 上海科技出版社, 1980. 365-373.

(收稿: 2000-12-29 修回: 2001-02-27 编辑: 李为农)

• 短篇报道 •

Magnuson 法治疗髌骨骨折

郭政

(邳州市人民医院, 江苏 邳州 221300)

作者于 1995~ 1998 年采用 Magnuson 法治疗髌骨骨折 48 例, 疗效满意, 总结报告如下。

1 临床资料

本组 48 例, 男 31 例, 女 17 例, 年龄 17~ 64 岁。上极骨折 15 例, 中部骨折 26 例, 下极骨折 7 例。其中粉碎性骨折 16 例。受伤时间最短 1 小时, 最长 2 月。随访最短半年, 最长 3 年。

2 手术方法

手术在适当的麻醉下进行, 采用膝前横弧形切口。复位后, 两侧用巾钳临时固定, 自上极相距 1.0cm 平行钻两骨洞。一侧穿入两根 1.0mm 软钢丝, 其中

一根远端头自另一骨洞远孔入近孔端出形成“0”型, 钢丝暂不拧紧, 放在一侧。另根钢丝远头绕过髌骨表面自第二骨洞近孔入远孔出, 然后再绕过骨面, 形成“8”字型, 两根钢丝拧紧, 尾端放于一侧。缝合髌前腱膜及修补两侧关节囊, 术后不需外固定, 第二天在床上进行膝关节功能锻炼。4 周下床行走, 骨折愈合后解除内固定。

3 结果

本组 48 例, 手术切口均一期愈合。随访 2 个月~ 3 年, 全部患者无功能障碍, 无延期愈合、骨感染、畸形愈合。

4 讨论

髌骨骨折的治疗, 除无移位或轻微移位外均须进行有效的内固定, 骨折复位要求严格, 否则容易造成关节功能障碍甚至伤残。Magnuson 法治疗髌骨骨折具有很多优点, 它固定牢固, 骨折愈合快, 能早期进行功能锻炼。不论新鲜骨折还是陈旧性骨折均可适用。张力带固定法治疗髌骨骨折的显著并发症是克氏针滑脱, 针尾触痛。Magnuson 法术后取内固定物操作方便, 只需小切口将钢丝结松开抽出, 减少病人痛苦。此法对粉碎性骨折更具优越性。

(收稿: 1999-06-25 修回: 2000-06-04

编辑: 程爱华)