

肱骨内上髁骨骺分离手术治疗体会

李宏* 张永利* 贾向农*

摘要:目的 探讨肱骨内上髁骨骺分离手术治疗的疗效。方法 对52例肱骨内上髁骨骺分离手术治疗患者进行回顾性分析。结果 所有患者肘关节功能无明显受限,患肢持重物时局部无明显疼痛不适。结论 肱骨内上髁骨骺分离手术治疗疗效可靠,创伤小,恢复快。

关键词: 肱骨内上髁骨骺分离,手术治疗,体会

中图分类号 R683.41

文献标识码 B

文章编号 :1006-0979(2009)07-0069-01

肱骨内上髁骨骺分离发生在青少年和儿童,肱骨内上髁系属骨骺,尚未与肱骨下端融合,故易于撕脱,通称肱骨内上髁骨骺撕脱骨折。该骨折占小儿肘部骨折的10%。我院自2002年1月至2008年8月,对52例肱骨内上髁骨骺分离患者采用切开复位松质骨螺钉内固定术,取得了满意疗效,现报道如下。

1 临床资料

本组52例患者中,男性40例,女性12例;年龄11~16岁,平均13岁。右侧18例,左侧34例。按实用骨科学根据撕脱骨折片移位及肘关节变化分为四度^[1],一度2例,二度46例,三度3例,四度1例,伤后就诊时间最短1小时,最长1周。

2 手术方法及术后处理

臂丛麻醉,患肢胸前位,以肱骨内上髁为中心,肘内侧纵形切口,长约4cm,切开皮肤及皮下组织即可暴露骨折断端,清除断面血凝块,对骨折片及近端骨折面辨认准确,后将肘关节屈曲90°前臂旋前位,放松屈肌对骨折片的牵拉,使骨折片复位,并用布巾钳钳夹临时固定,经骨块中央垂直断面钻一骨孔,注意勿损伤尺神经,沿骨孔拧一枚粗细长短合适的松质骨螺钉,取掉布巾钳,术中探查复位满意,固定牢靠后,逐层缝合切口。术后预防感染,创口清洁换药等对症处理,患肢屈肘90°三角巾悬吊2周,8~10天拆线。4~5周回院行内固定物取出术。

3 结果

本组病人全部随访,肘关节功能正常,患肢持重物时局部无疼痛不适;行X线片检查3例患者出现肱骨内上髁骨骺早

* 陕西省永寿县人民医院骨科(713400)

2009年5月14日收稿

闭,有些患者现已成人,行X线片检查至今未发现肱骨内上髁骨骺未闭合病例。

4 体会

肱骨内上髁是一骨突,并不参与肱骨的纵形生长^[2]。它是前臂屈肌及肘关节内侧副韧带的止点,该处一旦骨折,骨折块向前下方移位并可能旋转,对于X线诊断不明确的应行健侧肘关节X线片检查,以比较患侧骺板是否增宽,以明确诊断。肱骨内上髁骨化中心出现7~8岁,闭合时间16~17岁,应注意儿童肱骨内上髁骨骺尚未出现之前(正常6岁),骨化中心征象不能在X线片显示出现,必须加以注意,以防漏诊。笔者通过本组52例患者手术治疗体会:①作者主张诊断明确后,宜行切开复位松质骨螺钉内固定术,保守治疗易发生骨纤维愈合,即使肘关节功能无明显受限,但骨纤维愈合可留有终生症状,患者屈指、屈腕、屈肘,尤其提重物时会产生局部酸痛不适感。②骨骺分离骨块一般不会累及尺神经沟,故术中不必游离前置尺神经。③采用松质骨螺钉内固定,骨折断面间有加压作用,固定牢靠,有利于肘关节早期功能锻炼。④早诊断、早治疗,否则因肌肉挛缩及骨折断面辨认不清,造成术中复位固定困难。术中应注意,钻孔时应掌握好方向,避免反复钻孔,使骨块破碎,造成对位固定困难,注意勿损伤尺神经及穿入关节腔。

参考文献

[1]胥少汀,葛宝丰,徐印坎,等.实用骨科学[M].第2版.北京:人民军医出版社,1999:439.

[2]吉士俊,潘少川,王继孟,等.小儿骨科学[M].济南:山东科学技术出版社.

普胸外科术后应激性溃疡的原因与防治

孟庆宇* 杨瑞光** 孟宪文***

关键词: 普胸外科术,应激性溃疡,原因,防治

中图分类号 R655

文献标识码 B

文章编号 :1006-0979(2009)07-0069-02

随着普胸外科技术的提高,手术适应症日益扩大,造成术后应激性溃疡的发生率逐渐增多。近5年来我科术后发生应激性溃疡伴消化道出血6例,应激性溃疡伴消化道出血、十二指肠球部穿孔1例。现报告如下。

1 临床资料

1995年12月~2000年6月,我科共施行开胸手术860例,术后发生应激性溃疡7例,发病率为0.81%,且伴有重要脏器功能紊乱,死亡率28.0%。其中男6例,女1例,平均年龄64.2岁。临床以呕血、黑便为主,出血量300~1900mg。原发疾病、既往病史、术式(手术时间)、术后并发症、转归、发病原因及发病时间见表1。

* 福建省厦门大学医学院(361005)

** 吉林省人民医院胸外科(130021)

*** 吉林市肿瘤医院胸外科(132002)

2009年5月20日收稿

表1 术后发生应激性溃疡原因分析

| 病例号 | 原发疾病 | 既往病史 | 术式(手术时间) | 术后并发症 | 转归 | 发病原因 | 发病时间 |
|-----|--------------|--------------|-------------------------|----------|----|------------------|---------|
| 1 | 胸上段食管异物(假牙) | 肝硬化、高血压、动脉硬化 | 右开胸食管异物取出术(2小时10分钟) | 房颤、肺炎、肾衰 | 死亡 | 乏氧、心功能不全 | 术后96小时 |
| 2 | 右8、9、10肋软骨肉瘤 | 十二指肠球部溃疡 | 右胸壁大块切除术(3小时50分钟) | 十二指肠穿孔 | 治愈 | 术中输入大量血球(1600ml) | 术后20小时 |
| 3 | 食道中段鳞癌 | 高血脂、动脉硬化 | 左开胸食管大部切除、胃食管颈部吻合术(5小时) | 房颤 | 治愈 | 肺炎手术时间长 | 术后120小时 |

2 治疗

2.1 禁食,胃肠减压。经胃管注入0.1%肾上腺素冰盐水1000~2000ml。

2.2 建立有效的输血输液通道,积极抗休克治疗;尽早使用 H₂受体拮抗剂甲氧咪呱 400~600mg 静滴 4~6 小时重复 1 次,给抗胆碱能药物 654-2 10mg 4~6 小时肌注 1 次。

2.3 应用止血剂,除常规应用止血敏、垂体后叶素外,可给立止血 1ku 静推并给立止血 1ku 肌注 4~6 小时可重复使用。

3 讨论

3.1 应激性溃疡的原因:多数学者认为是由烧伤、脑外伤、休克、严重感染、脓毒症等原因引起,以及术后应激状态、心功能不全、低氧血症、酸中毒等致胃黏膜缺血、缺氧和血中儿茶酚胺浓度上升、消化道黏膜血管痉挛和禁食、H⁺逆向弥散、胃蛋白酶的自身消化作用均导致黏膜糜烂、溃疡形成。结合本组病例特点与手术有关的原因分析如下:①病人年龄偏高,心、肺、肾功能现对较差。②患高血压、动脉硬化、高血脂等胃小动脉长期痉挛或硬化,致使胃黏膜缺血缺氧。③高血压病人术前应用了复方降压片,因该药的副作用是破坏胃黏膜及胃黏液屏障。④长期应用激素治疗。⑤全麻术后胃蠕动功能减弱引起胃液潴留,胃酸分泌增多。⑥术中或术后肺通气少,血氧分压浓度降低。⑦手术时间长,创伤重。⑧术中输入大量血球或库存血,使凝血机能受到破坏。以上综合原因导致了应激性溃疡的发生。

3.2 预防与早期治疗:由于普胸术后并发应激性溃疡少见,专科医师容易忽视,往往当病人出现呕吐咖啡色胃液或出现柏油样黑便时才想到此病。因此对年龄大,有高血压或上消化道溃疡以及长期应用激素、术后精神紧张、合并脏器功能不全、严重创伤、重症感染者,应警惕此病发生,术前高血压病人慎用复方降压片,将舒张压稳定在 90~95mmHg,术后适当应用甲

氧咪呱预防。如出现腹胀不适,应尽早置胃肠减压管,吸出胃液和积气,能早期发现胃出血。胸外科术后并发应激性溃疡文献报告其发生率在 0.22%~6.5%^[1,2,3],死亡率仍在 20%~50%^[4],本组死亡率是降低死亡率在 28.5%。所以早期发现、及时治疗是降低死亡率的关键,选择手术治疗应慎重^[5]。如胃镜检查却有活动性出血,经局部止血无效,方可考虑手术治疗。

3.3 H₂受体拮抗剂能有效地治疗和预防应激性溃疡:它可以抑制胃酸的分泌,维持胃黏膜的血流,并在应激时刺激内源性前列腺素形成,这两种作用能明显提高疗效。甲氧咪呱对胃酸分泌有很强的抑制作用,而且对应激状态下的胃黏膜有保护作用,临床上根据病因尽早应用甲氧咪呱是预防和治疗术后应激性溃疡的关键。

参考文献

- [1] Welsh GF, Dodois RR, Bartholomew LG, et al. Gastrointestinal bleeding after open heart surgery. J Thorac Cardiovasc Surg, 1973, 65: 738.
- [2] 王济森,等.肺切除术后应激性溃疡大出血的诊治.临床医学, 1999, 6: 13.
- [3] 申林,等.26 例心直视术后应激性溃疡的防治.重庆医学, 2000, 1: 21.
- [4] Widera R, Lindenau KF, Prenl J, et al. Abdominal complication following heart surgery using the heartlung machine. Zentralbl Chir, 1990, 115: 885.
- [5] 李作明,等.胸外科术后上消化道出血.中华胸心血管外科杂志, 1992, 3: 188.

外伤性脾破裂 72 例治疗体会

乔勇*

摘要:目的:对外伤性脾破裂的临床特点和临床诊治方法进行探讨。方法:对我院收治的 72 例外伤性脾破裂病例的临床资料进行回顾性分析。结果:所有病例全部治愈出院,术后无并发症。结论:针对脾损伤伤情分别实施不同的脾手术方式,术中尽量保留脾脏及其功能,能收到意想不到的效果。

关键词:外伤性脾破裂;外科手术;治疗体会

中图分类号:R657.6

文献标识码:B

文章编号:1006-0979(2009)07-0070-02

脾脏是一个血供丰富而质脆的实质性器官,外伤暴力很容易使其破裂引起内出血。根据不同的病因,脾破裂分成两大类^[1]:①外伤性破裂,占绝大多数,都有明确的外伤史,裂伤部位以脾脏的外侧凸面为多,也可在内侧脾门处,主要取决于暴力作用的方向和部位;②自发性破裂,极少见,且主要发生在病理性肿大的脾脏。脾破裂为外科常见急腹症,脾破裂具有出血量大,难以治愈且保守治疗后仍有较高的延迟出血率、病死率的特点,故脾破裂手术治疗为临床常见首选方法。我院 2001 年 1 月至 2009 年 4 月收治外伤性脾破裂手术治疗患者 72 例,其中行脾部分切除术 30 例,行脾破裂缝合修补术 6 例,行全脾切除术加自体脾移植 36 例,均治愈,现报告分析如下。

1 临床资料

1.1 一般资料:本组外伤性脾破裂 72 例,男 44 例,女 28 例;年龄最小 16 岁,最大 70 岁,平均 35.6 岁。致伤原因车祸 42 例,坠落伤 20 例,撞击伤 6 例,刀刺伤 4 例。

1.2 脾损伤分级:按李氏提出的 IV 度分类法分类^[2]。度:孤立的浅裂伤,深度<1cm,长度<5cm;二度:孤立的深裂伤,深度>1cm,长度>5cm,或多处裂伤但未涉及脾门;三度:星状破裂,部分分离,已涉及脾门;四度:脾脏广泛碎裂,脾门区裂伤,脾包膜广泛剥脱,脾蒂血管严重损伤。本组一度 11 例,二度 12 例,三度 4 例,四度 34 例。腹腔内积血>1000ml 者 16 例,术前伴有

休克者 6 例,腹穿阳性者 42 例,假阴性 8 例。

1.3 手术方法:本组病例中,行脾部分切除术 30 例,行脾破裂缝合修补术 6 例,行全脾切除术加自体脾移植 36 例,所有病例均常规置放腹腔引流管。术后 48~72h 拔除腹腔引流管术后予抗休克、抗炎、营养支持、对症治疗。

2 结果

72 例患者伤后 12~20d 均痊愈,无脾切除术后凶险性感染发生,本组出现早期并发症 18 例,其中 2 例术后再出血,经再次手术止血后治愈出院;发热 14 例,肺炎 2 例。无膈下脓肿、上消化道出血、血管栓塞等并发症发生。全组无死亡病例。

3 讨论

3.1 诊断:脾是腹部内脏中最易受损伤的器官,其发病几率占腹部损伤的 40%~50%^[3]。脾破裂的临床表现以内出血及血液对腹膜引起的刺激为其特征,并常与出血量和出血速度密切相关。其中最主要的是内出血,包括面色苍白、脉率加快,严重时脉搏微弱、血压不稳甚至休克,出血多者可有明显腹胀和移动性浊音。但一些临床表现不典型,或伴有合并伤时,明显损伤与隐匿损伤同时存在,或腹穿阴性,都易造成误诊或漏诊。对于腹穿阴性者应多部位反复穿刺,必要时行腹腔灌洗,病情允许时应作 B 型超声检查或 CT 检查,二者皆为无创检查,准确率高,能在直视下动态观察脾脏大小、外形及损伤程度,可为医生制定下一步治疗方案提供参考。

3.2 急诊处理:本病的致命因素是失血性休克,发生率高,本组

* 贵州省清镇市中医医院外科(551400)

2009 年 5 月 22 日收稿