

胸腰椎压缩骨折及椎管术后出现腹胀的处理

刘金华

贵阳中医学院第一附属医院 (贵阳 550001)

自 1993 年以来,笔者通过 26 例胸腰椎压缩骨折及椎管手术患者出现腹胀,采用中西医结合治疗方法,取得较为满意的效果,现介绍如下。

临床资料 本组 26 例中男 18 例,女 8 例;单纯胸腰椎压缩骨折 16 例,手术探查、减压 10 例;24 小时内出现腹胀 3 例,48 小时内 14 例,48 小时以上 9 例。

治疗方法 首先在患者剑突下方(鸠尾穴)皮下注射胃复安 10mg,在双足三里穴各注射新斯的明 0.5ml,其后用松节油涂擦腹部,顺时针方向推拿腹部 100 次左右,术毕腹部热敷,多日未解大便者再加口服 20%甘露醇 100~250ml。根据临床观察,一般 30 分钟肠鸣音增强,肛门开始排气,1 小时左右大便排出、矢气频频,腹胀明显减轻,甚至消失。一般只需一次治疗。

治疗结果 26 例患者均在 1 小时 30 分内排气排便,腹胀消失 19 例,减轻 7 例,无一例采用胃肠减压和肛管排气,显效率 73%。

讨论 胸腰椎压缩骨折及椎管手术,有些因损伤、出血、麻醉、手术等原因,造成机体植物神经功能紊乱,反射性引起胃肠蠕动减弱和消失,气体不能正常地向下行,病员感到满腹胀痛,辗转不安,痛苦万分,严重者呈急促的胸式呼吸,心率加快,血压下降。临床上常采用胃肠减压和肛管排气,但由于治标不治本,治疗时间较长,护理任务较重。采用此方法,能较快促进胃肠道生理功能恢复,促使胃肠蠕动,肛门排气,排大便提前,从而使腹胀症状减轻和消失。

胃复安,能调节胃肠运动和胃排空的作用;新斯的明,抗胆碱酯酶药物,有兴奋平滑肌的作用;松节油对皮肤渗透性强,能促进局部血液循环;甘露醇为高渗性制剂,增加肠内渗透压,使肠内保持有多量水分,容积增大因而刺激肠壁增加蠕动,加上推拿,穴位注射和局部热敷,三者有机结合起来,对人体产生强烈的刺激,从而恢复胃肠蠕动功能,达到治疗目的。

“肚腹三里留”,历代针灸学家都善于取该穴治疗胃肠道疾病,通过实验证明:其核心是足三里穴的神经节段与同节段神经支配的胃肠道发生形态和机能上的联系,在各级神经中枢的参与下,对其生理病理活动进行益向调节,调整胃肠道的分泌和运动机能,达到治疗

胃肠道疾病的目的。

推拿手法,采用掌根揉法,手法要求轻快柔和,切忌暴力按压。为了巩固疗效,在排气排便的第 2 天,适当口服木香顺气丸或保济丸等中成药 2~3 日。

(收稿:1997-12-01)

手法复位治疗肱骨髁上骨折 87 例

武峰 刘贵涛 杨玉增

山东省郓城县人民医院 (274700)

我院自 1988 年起,对 87 例不合并血管、神经损伤的闭合性肱骨髁上骨折,采用电视 X 线下整复,石膏外固定,取得了良好的效果,报告如下。

临床资料 本组男 57 例,女 30 例;年龄 3~14 岁;伸直型 83 例(其中尺偏型 79 例,桡偏型 4 例),屈曲型 4 例。手法复位,石膏托外固定 79 例,适用于骨折移位,但肢体轻度或中度肿胀,血循环良好者。尺骨鹰嘴牵引 5~7 天后行手法复位,石膏外固定 9 例,适用于骨折移位严重,肢体重度肿胀者。

治疗方法 手法复位,伸直型保持伸肘位牵引,前臂旋后稍外翻,先矫正骨折前后错位,再矫正骨折侧方移位及旋转畸形,最后将肘过屈使后侧的骨膜及三头肌绷紧以维持复位,电视下观察,屈肘 100°~120°(伸直位为 0°)时,尺偏型骨折前臂置于中立位较稳定 39 例,旋前位较稳定 38 例;2 例于屈肘 20°~30°(伸直位为 0°)时骨折端较稳定;桡偏型骨折将前臂置于旋后位较稳定;屈曲型骨折复位后 2 例于伸直位较稳定,1 例于屈肘 20°~30°时较稳定,1 例于屈肘 90°位时亦稳定。将患肢于稳定位行石膏托外固定 4 周。

治疗结果 本组病例均获半年以上随访,参考丘氏等^[1]小儿肱骨髁上骨折的治疗疗效评定标准,87 例中优 68 例,良 11 例,优良率为 90.8%。1 例肘内翻角大于 20°,肘关节伸屈功能减少 20°左右,7 例肘内翻角 10°~20°,肘关节伸屈功能减少 15°~20°。

讨论 肱骨髁上骨折治疗的目的是及时准确复位,恢复肘关节屈伸功能,防止肘部畸形及缺血性挛缩。对新鲜骨折无血管神经损伤且肿胀较轻者,可手法复位石膏外固定。对肿胀严重,不能摸清骨的轮廓,对于整复造成了很大困难,且整复固定后易引起血液循环障碍及消肿后骨折位置的变动,宜先行尺骨鹰嘴牵引 5~7 天,再行手法复位石膏固定。肘内翻的原因多数学者认为与下列因素有关:(1)骨折远端内倾是引起

肘内翻畸形的最重要原因；(2)病人通常将前臂悬挂在胸前，致骨折远端连同前臂总保持向尺侧垂落而产生的重力，逐渐引起骨折远端向尺侧倾斜。我们于手法复位时，通过电视 X 线机，对每位病人的骨折端稳定情况进行了观察，发现：(1) 肱骨髁上骨折，伸直型骨折屈曲固定，屈曲型骨折伸直固定，是正确的，但也有例外情况，并与前臂位置有关；(2) 于骨折稳定位行石膏外固定后，其骨折端不易再错位；(3) 利于解剖复位，加之固定合理，降低了肘内翻畸形的发生率。

参考文献

1. 丘耀元, 葛宝丰. 小儿肱骨髁上骨折的治疗. 骨与关节损伤杂志, 1989, 4 (3): 146

(收稿: 1997-12-01)

螺钉内固定治疗四肢长骨干 不稳定性骨折

郑维钱

浙江省乐清市人民医院 (325600)

1993 年 1 月~1997 年 1 月, 对 28 例四肢长骨干不稳定性骨折, 采用开放螺丝钉内固定, 疗效满意, 探讨如下。

临床资料 本组 28 例中男 19 例, 女 9 例; 年龄 13~52 岁; 车祸伤 13 例, 跌扭伤 7 例, 绞轧伤 3 例, 坠落伤 5 例。骨折类型: 长斜型 6 例, 短斜型 11 例, 螺旋型 9 例, 蝶型 2 例。骨折部位: 股骨干 3 例, 胫腓骨干 21 例, 肱骨干 4 例。开放性骨折 16 例, 闭合性骨折 12 例。手术距外伤时间 2 时~1 周。

治疗与结果 28 例均行开放复位螺丝钉内固定加外固定。开放性骨折彻底清创后, 酌情扩大切口。骨折端用 1~3 枚加压螺丝钉内固定。斜型骨折螺钉与骨干纵轴垂直, 蝶型骨折螺钉介乎垂直骨干纵轴与骨折线之间。股骨干骨折手术前先行骨牵引或皮牵引 1 周。术后肱骨干、胫腓骨干用石膏托外固定 4~5 周后, 更换小夹板。股骨干用皮牵引 5 周后, 更换小夹板外固定。复查 X 光片示, 骨折端对位对线良好, 螺钉无松脱。经抗菌素对症等治疗, 创口 28 例均一期愈合。1 例因小腿后侧皮肤坏死, 行二期植皮术创面愈合。随访时间: 最短 5 个月, 最长 11 个月, 骨折端位置佳, 骨愈合良好, 肢体功能恢复正常, 治疗效果满意。

讨论 理想骨折固定治疗, 应该是固定方法简便, 骨折愈合快而好, 不遗留功能障碍。本组 28 例四肢长骨干不稳定性骨折, 采取开放复位, 螺丝钉内固定^[1,2]

与结合外固定^[3]是按照不同骨折的不同情况选择固定方法, 所以取得满意效果。其优点是: (1) 开放复位螺丝钉内固定, 可以达到解剖复位, 有利功能恢复。(2) 手术创伤少, 操作简便, 不损伤或很少损伤骨膜及肌肉, 又可以消除或减少骨折端间隙和微细活动, 为骨折愈合创造良好条件。(3) 不稳定骨折变为稳定性骨折, 外固定时间短, 早期可以开始功能锻炼, 不仅可以防止关节功能障碍, 又可促进骨折愈合。(4) 螺丝钉内固定无张力, 对创口周围软组织无损伤及压迫坏死, 有利创口一期愈合, 并发症少。

通过本组病例探讨, 笔者认为, 螺丝钉内固定, 结合外固定, 适用于斜型、螺旋型和蝶型骨折。对横型和严重的粉碎性骨折不适合。对于胫腓骨干、胫骨干和儿童股骨干不稳定性骨折更适宜。但青壮年股骨干不稳定性骨折慎用。使用螺钉内固定时, 必须严格掌握进钉方向应符合生物力学原理, 钻孔进侧皮质稍大于螺钉, 对侧皮质孔适合于螺纹, 螺钉长度要适宜, 才能取得坚固、加压内固定作用, 有利骨折愈合。由于内固定牢固, 操作简便, 损伤少, 不需要长时间外固定, 可以早期开始进行关节功能锻炼, 因此骨折愈合快而好, 关节功能恢复良好, 获得满意治疗效果。

参考文献

1. 过邦辅, 吕裕生, 郑纯波, 等. 骨折与关节损伤. 第 1 版. 上海: 上海科学技术出版社, 1984. 207~210
 2. Etter C. Treatment by external fixation of open fractures associated with severe soft tissue damage of the leg. Clin Orthop, 1983, 178: 80
 3. 王亦璁, 崔甲荣, 罗世祺, 等. 创伤早期处理. 第 1 版. 北京: 人民卫生出版社, 1994. 130

(收稿: 1997-10-21)

肩凝定痛汤治疗肩周炎 84 例

胡任 孙丽萍

福建省漳州市中医院 (363000)

笔者用自拟肩凝定痛汤, 配合功能锻炼, 治疗肩周炎 84 例, 取得较好疗效, 现报道如下。

临床资料 本组 84 例中, 男 31 例, 女 53 例; 年龄 38~71 岁, 其中 45~55 岁 59 例; 病程 1 个月~4 年; 多在秋冬季节发病, 以单侧患病为主。

治疗方法 肩凝定痛汤组成: 黄芪 24~50g, 当归、桂枝、赤白芍、姜黄、羌活、防风、桃仁各 10g, 川芎、红花、蕲蛇各 6g。