DOI:10.16751/j.cnki.2095-4646.2015.05.030

作,保守治疗无明显效果我们采用手术治疗。临床上对于环状混合痔的治疗传统外剥内扎术是经典手术方法,但存在手术创面大、术后出血多、肛缘水肿、术后尿潴留以及可能出现肛门狭窄等缺点;本研究针对传统手术缺点,尤其在处理重度环状混合痔时既要切除混合痔,又要避免保留皮桥出现水肿和肛门狭窄情况,配合痔上动脉结扎肛垫保存术,观察组术后出血情况优于对照组($P<0.05$),住院时间、术后尿潴留、肛缘水肿、肛门渗液以及肛门狭窄方面观察组优于对照组($P<0.05$)。临床上我们采用痔上动脉结扎肛垫保存术,即在多普勒超声引导下,准确地结扎痔上动脉,阻断痔区血液供应,减少动脉血流,促使肛垫内压力降低,肛垫复位,出血停止,对环状混合痔未手术处理的内痔部分起治疗作用,提高远期治疗效果。但对于Ⅳ度混合痔,肛垫复位欠佳。本研究采用肛垫保存术式,临床操作要点如下:①尽可能保留肛管上皮和肛垫;②在肛管上皮桥下切除痔组织;③将脱垂的上皮和肛垫复位、固定在正常位置;③肛周外引流,防止皮赘形成;⑤完全切除痔组织。术后结果显示伤口愈合快,无肛门狭窄,排便疼痛减轻,疗效满意。

医疗费用是影响一项技术进一步发展的一个重要因素,本研究结果显示,痔上动脉结扎肛垫保存术对于环状混合痔患者术后创面愈合时间具有统计学意义,而在住院费用方面无明显差异,因此,笔者认为对于环状混合痔的治疗无论在创面愈合时间、术后出血情况、术后并发症方向均有一定的优势,手术过程中尽量保留正常肛垫组织的同时创伤小,并发症少,为肛肠专科医生按个体化原则处理环状混合痔提供了新的选择。

参考文献:

[1] 喻德洪,杨新庆,黄筵庭. 重新认识提高痔的诊治水平[J]. 中华外科杂志,2000,38(12):890

[2] 中华医学会外科学分会结直肠,中华中医药学肛肠病专业委员会,中国中西医结合学会结直肠肛门病专业委员会. 痔临床诊治指南(2006版)[J]. 中华胃肠外科杂志,2006,9(5):461

(收稿日期:2015-06-29)

长管状骨骨折不愈合48例临床分析

胡学斌

(阳新县陶港镇卫生院,湖北 阳新 435200)

摘要:目的 探讨长管状骨骨折不愈合的原因及治疗措施。方法 对48例长管状骨骨折不愈合进行回顾性总结分析。结果 造成长管状骨骨折不愈合的主要原因是术后不适当或过早的功能锻炼,术后并发骨髓急性感染;其次是骨折复位后固定不牢固,骨折端间存在骨分离,骨缺损或骨质缺损后的不适当处理,骨折部位及手术损伤。结论 一旦长管状骨折8个月内不能达到骨性连接,则属于骨不连接,给予适当有效的综合治疗是必要的。

关键词:骨折;长管状骨;不愈合

中图分类号:R683.4 文献标识码:B 文章编号:2095-4646(2015)05-0403-03

长管状骨骨折不愈合是临床骨科医师经常遇到的问题,是骨折后的严重并发症之一。我院自1993年1月至2003年10月,共收治各类长管状骨骨折不愈合患者48例,现对48例患者资料进行回顾性分析,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组共48例,男34例,女14例;年龄14~57岁,其中45~55岁30例。骨折的部位:胫骨中上段4例,胫骨中下段12例,股骨中段10例,桡骨8例,尺骨4例,肱骨10例。骨折类形:开放性骨折14例,闭合性骨折34例。横断性骨折12例,螺旋形骨折8例,粉碎性骨折28例(其中12例为骨缺损植骨术后)。

1.2 手术方式同骨不连接的关系 尺骨均为骨圆针内骨固定术后,桡骨4例发生于微形钢板内固定术后,4例发生于三棱针内固定术后。胫骨骨折中,12例发生于钢板内固定术后,4例发生于骨外支架固定术后。股骨骨折中,2例发生于骨外支架固定术后,4例发生于髓内钉内固定术后,4例发生于钢板内固定术后;肱骨骨折均发生于钢板内固定术后。

1.3 临床表现 骨折后8个月在X线上见骨折端无骨痂连接,骨折线明显,骨折端出现骨质疏松

(C)1994-2023 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

或硬化,以及假关节形成。

1.4 骨不连接的治疗方法 单纯电疗6例,单纯金葡液局部注射4例,手术植骨6例,植骨后加压固定8例,植骨后加局部注射金葡液6例,带血管蒂的骨瓣转移植骨12例,带血管的骨膜瓣转移加植骨术6例。

2 结 果

45例经治疗后痊愈,1例经再次手术治疗未愈合而未来院继续治疗,2例再次手术未愈合而转入上级医院治疗。

3 讨 论

3.1 影响骨折不愈合的因素 在正常情况下,骨折经过适当处理后均可在8个月内达到骨性愈合,若骨折后8个月内仍不能达到骨性连接则属于骨不连接,造成骨折不愈合的因素很多,概括起来主要同下列因素有密切关系。

3.1.1 术后不适当或过早的功能锻炼 一方面可加大骨折端的各种应力,同时可使内固定发生变形弯曲或折断,是骨折术后发生骨不连接各因素中最重要的因素,因此必须选择适当时机的功能锻炼和正确的锻炼方法,尽可能避免人为因素引起的骨不连接。

3.1.2 术后并发骨髓急性感染是造成骨不连接的重要因素 一旦发生骨髓炎,则会发生骨折端坏死及营养动脉栓塞造成供血不足,从而导致骨不连接,同时急性骨髓感染后,患者的衰竭,营养状态明显差,亦是造成骨不连接的原因。

3.1.3 骨折复位后固定不牢固 骨折后如果没有恰当合理的固定,则可能存在各种不利骨折愈合的因素,使骨折端存在剪刀力或旋转外力,这些力量的存在使骨的再生迟缓或障碍,从而导致骨不连接。因此AO主张坚固的内固定是解决骨折愈合过程中各种应力的有效措施,并主张在坚固内固定的基础上加上有效的外固定。

3.1.4 骨折端间存在骨分离 在正常情况下,对骨折端的接触要求接触严密,这样才能保证骨折的有效愈合,要求骨折端间的距离不超过3mm,若超出5mm或骨折端间有软组织嵌入,使骨折端间不能有效接触,这样势必发生骨不连接,因此要求临床工作者在手术中,使骨折端紧密接触,避免软组织嵌入骨折端,同时术后,特别是在髓内钉内固定术后不能使用各种造成骨折端分离的措施。

3.1.5 骨缺损或骨质缺损后的不适当处理 在开放性粉碎性骨折中,在清创时,若骨折片过多剔除将造成骨质缺损,或骨质缺损时未给予有效的植骨处理,使骨折段缺乏有效的连接或支架作用,使得新生骨痂不能通过骨折线,从而发生骨不连接,因此要求手术中尽可能保留骨折片,对已有骨质缺损者,应作有效的植骨处理。

3.1.6 骨折部位及手术损伤 一些部位的骨折如肱骨中上1/3处骨折,胫骨中下1/3处骨折,由于损伤了滋养动脉使骨折端血液供应减少,手术中的过多剥离既可破坏血液供应,同时可破坏成骨的骨膜,使得无法膜内成骨,从而造成骨不连接。

3.2 骨不连接的治疗 骨不连接一旦发生往往将造成严重的不良后果,因此必须及时发现,并给予适当有效的治疗,有利于骨折的愈合,减少残废或后遗症,提高患者的生活质量。

3.2.1 电刺激治疗骨不连接 各项临床及基础研究证实,骨的生长过程同物理力学紧密相联,其中以分子内的电磁学较为突出,依据这一原理,自1812年Horshore采用刺激治疗骨不连接,到1971年Brighton[1]报道直流电刺激治疗骨不连接获得成功,此法早已广泛使用于临床,根据wolff定律,在骨质受压一侧产生负电荷,可以促进骨折愈合,在分离的一侧即受张力侧为正电荷,可使骨质吸收消失,据此可以推测,体外电磁场可以使组织细胞产生反应,有利于骨不连接的愈合。

3.2.2 金葡液治疗骨不连接 骨髓炎患者,由于金葡菌感染后,可发生骨膜及骨质的增生性改变,说明骨质有较活跃的生长时期,在受各种因素如金葡菌感染后即可激发这一时期,根据这一发现,杭州生物制品研究所提取的无毒性的金葡液,由于这种液剂不具致病性,只含有金葡菌中各种生物活性物质,经实验及临床应用证实,这种液体在骨折端处作骨膜下局部注射后,能激活骨膜的成骨活性,诱导成骨,从而促进或加速骨折的愈合。

3.2.3 骨折端的加压治疗 骨折端加压治疗是防止骨折防治发生骨不连接的有效方法,后来1892年wolff提出如下定律:活力对机械应力总是以对它最有利的结构性反应产生形态改变来适应的,应力可以促进骨折愈合。1895年Roux认为,纯压力和纯张力能驱动纤维细胞向成骨方向发展,剪力只能产生纤维组织。骨不连接的愈合取决于骨折端坚固而稳定的固定及生物特性和生理应力的刺激。Pauwels认为,骨折不连接的治疗是一个力学问题,除加压外,应消除剪力、骨折端的

(C)1994-2023 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

移位和扭力,只有在坚固的固定下,骨不连接才能向成骨转化,若在加压固定的基础上加局部电刺激或局部注射金葡液,则能促进骨不连接的愈合。

3.2.4 诱导成骨 诱导成骨是现代基础医学与临床医学共同发展的产物,它最早由Voist于1965年经大量研究后提出,他发现使用脱钙骨基质在肌肉内能使间质细胞转化为骨系细胞发生成骨,这种脱钙骨基质后来应用于治疗骨不连接,亦具有较好的促进成骨作用,它的诱导成骨机理可能是:脱钙骨基质作用骨折端的血管周围的游走的未分化的间充质细胞,使之分化为骨系细胞,同时激发肌母细胞分化为骨系细胞,从而成骨进而促进骨折愈合。

3.2.5 植骨术 是目前使用最广的治疗骨不连接的有效方法。它使用很早,文献中1878年Macewen报道了植骨治疗骨缺损获得良好的治疗效果,后被广泛应用于临床,此方法疗效比较肯定。目前植骨的材料来源多种,主要有两种,包括自体骨和异体骨。植骨方式包括带血管蒂的骨瓣转移植骨和游离骨片植骨,后者骨片植入后只能起支架作用,它将被新生骨替代而自身被吸收,不具有成骨作用,因通常需配合其他治疗方式,前者由于存在血液供应,自身能成骨并能起支架作用,尤适合于有骨质缺损的患者。

3.2.6 骨膜瓣转移术 骨折的愈合过程必须有骨膜包括内外骨膜的参与。骨膜对骨折的愈合过程起着很重要的作用。骨折后24h内,骨折端外骨膜开始增生肥厚,新生毛细管伸入骨膜深层,开始膜内骨化,外骨膜的成骨细胞增殖较快,并开始分化,在血液供应适当的情况下,转变为骨母细胞和骨小梁。在骨膜缺损及剥离较多的情况下,则可引起骨折不愈合,带血管的骨膜瓣转移术由于植入骨膜有良好的血液供应,能保证骨折的愈合过程中的血液供应,假若能同时加植骨处理,则是治疗骨折不愈合的良好方法之一,本组6例采用此方法治疗骨不连接均获得满意效果。

目前治疗骨不连接的方法很多,种种方法对治疗骨不连接均有一定的作用,但骨不连接的治疗是一个综合性治疗,应从多方面综合考虑,以保证骨不连接的愈合,以免造成终身残废。

参考文献:

[1] Brighton CT,Heppenstall RB,Labosky DA. An oxygen microelectrode suitable for cartilage and cancellous bone[J]. Clin Orthop Relat Res. 1971,80:161

(收稿日期:2015-03-16)

子宫压迫缝合术在产后出血治疗中的临床应用观察

朱启娟

(厦门市妇幼保健院产科,福建 厦门 361003)

摘要:目的 探讨子宫压迫缝合术在治疗产后出血中的疗效与临床应用。方法 回顾性分析我院2012年1月至2013年1月76例产后出血采用子宫压迫缝合术的患者临床资料,统计患者出血原因与处理方式,总结子宫压迫缝合术疗效与临床应用。结果 73例患者止血效果良好,有效率为96.05%(73/76),且均未出现并发症。产后42d行彩超检查,3例患者子宫切口处发现液性暗区,73例患者子宫愈合良好。所有患者未出现晚期产后出血。结论 子宫压迫缝合术可有效止血,具有操作简单、适用性强、并发症少等特点,可有效提高产妇生活质量,值得在临床上推广。

关键词:子宫压迫缝合术;产后出血;临床应用

中图分类号:R714.461 文献标识码:B 文章编号:2095-4646(2015)05-0405-03

产后出血是指胎儿娩出后24h内,阴道分娩者出血量≥500ml、剖宫产分娩者出血量≥1000ml。在传统产后出血治疗中,多采用宫缩剂、宫腔纱条填塞、盆腔血管结扎、子宫动脉栓塞等处理方法。子宫压迫缝合术(B-lynch缝合及其他保守缝合法)治疗产后出血,对传统产科来说是一个里程碑式的进展,大大提高产后出血治疗成功率[1]。我院近年来在产后出血治疗中推行子宫压迫缝合术收到良好效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 我院2012年1月至2013年1月76例产后出血患者采用子宫压迫缝合术。患者年龄25~34岁,平均(29.5±2.1)岁;孕期37~42周,

(C)1994-2023 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net