

肠套复位、禁食、胃肠减压、清洁灌肠、抗感染、解痉、纠正水、电解质紊乱和酸碱失调、对症支持等措施,

使得大部分粘连性肠梗阻(93例)缓解,避免了探腹手术。

表1 国内不同年代机械性肠梗阻病因变化[构成比(%)]

作者	统计时间 (年份)	n	第一位	第二位	第三位	第四位	第五位
黄萃庭	1956	1 024	疝(32.6)	粘连(21.1)	扭转(10.2)	套叠(9.5)	蛔虫(5.1)
曾宪九	1960	7 335	疝(27.1)	粘连(20.1)	套叠(18.5)	扭转(10.2%)	蛔虫(5.1)
王汪青	1978	632	套叠(40.5)	粘连(23.4)	疝(15.7)	扭转(12.8)	癌肿(4.3)
卿三华	1997	622	粘连(39.5)	癌肿(31.4)	疝(3.9)	肠结石(3.4)	肠扭转(2.6)
本文	2003	277	粘连(61.4)	癌肿(17.3)	肠套(15.5)	疝(2.2)	蛔虫,肠扭转(各1.1)

2 讨论

本组肠粘连所致肠梗阻 170 例,占总数的 61.4%,其中 78%有既往手术史,76.4%在 11~50 岁年龄段发病,考虑发病因素除与腹部手术有关外,还与该年龄段人群活动量大、学习或工作紧张、饮食规律相对较差、易造成肠功能紊乱有关。另外外科医师在手术中尽可能减少创伤,精细操作,尽量减少手术暴露范围和暴露时间,彻底清除腹腔污染,对减少术后肠粘连有重要意义。对有粘连体质的患者可考虑在关腹前应用药物“己丁糖”涂于肠管表面,以减少粘连发生率。

嵌疝引起的机械性肠梗阻从 20 世纪 50~60 年代的第 1 位下降到现在的第 4 位,主要因为择期疝手术的普及使疝源性肠梗阻明显减少。但疝源性肠梗阻常可引起绞窄坏死,一旦发生应及时处理,切忌盲目强力手法复位。本组 6 例中 1 例绞窄坏死行肠切除吻合,1 例在基层医院手法复位致肠穿孔、弥漫性腹膜炎而行肠修补、腹腔引流术。

恶性肿瘤所致肠梗阻患者在 40 岁以上年龄段显著增加(38/48),其中:80%以上患者有大便节律改变史,50%患者有黏液和(或)血便史,95%以上患者大便隐血阳性,6%(3/48)的患者有腹部包块史。

因此对 40 岁以上有上述征候的就诊者应行肛门指诊、钡剂灌肠或纤维结肠镜检查,可望早期发现结直肠肿瘤,避免恶性梗阻的形成。由于结直肠癌的发生与人们的生活水平提高、饮食结构改变、高脂肪、低纤维素有一定关系^[4],因此提倡健康饮食,减少脂肪摄入和增加粗纤维食物的比例,有益于降低结直肠癌的发病,进而降低恶性肿瘤所致肠梗阻的发病率。

肠道寄生虫所致肠梗阻多在 10 岁以下年龄段,其发病比率明显下降,源于生活条件的提高和卫生条件的改善。婴幼儿肠套叠发病比率的升高可能与母乳喂养的减少、人工喂养的增多或滥加辅食造成婴幼儿肠功能紊乱的多发有关。因此,提倡母乳喂养,科学合理的增加辅食,可能会减少婴幼儿肠套叠的发生。

[参考文献]

- [1] 卿三华,彭明,侯宝华,等.肠梗阻 768 例病因分析[J].中华普通外科杂志,2000,15(4):242~243.
- [2] 周俊元.肠梗阻[A].见:武汉医学院、上海第二医学院主编.外科学[M].北京:人民卫生出版社,1979:462~474.
- [3] 吴在德.肠梗阻[A].见:吴在德主编.外科学[M].第 5 版.北京:人民卫生出版社,2001:515~524.
- [4] 敖金文.肠梗阻 866 例病因探讨[J].临床外科杂志,2002,10(Supp):68~69.

[文章编号] 1000-2200(2004)05-0439-03

·临床医学·

有限内固定结合外固定支架治疗胫骨干骨折

胡旺阳,孙旭东

[摘要] 目的:介绍应用有限内固定结合外固定支架治疗 87 例胫骨不稳定骨折的经验,并对本方法的治疗结果进行评估。方法:术中对 87 例患者取小腿骨折部为中心前路切口,切口长度平均 6.5 cm;A 和 B 型骨折用 1~2 枚拉力螺钉,应用 AO 内固定技术垂直骨折面固定;C 型骨折用 2~3 枚拉力螺钉将 3 cm 以上的骨块先行固定,将复杂骨折转变为简单骨折后,安装外固定支架。

[收稿日期] 2004-03-09

[作者单位] 安徽省马鞍山市人民医院 骨科,243000

[作者简介] 胡旺阳(1957-),男,江苏南京人,副主任医师。

结果:术后下肢功能恢复优良率为 88.51%。有 2 例出现钉道局限性感染;1 例出现骨不连;无 1 例断钉。结论:应用有限内固定结合外固定支架治疗胫骨骨折,手术方法操作简单、安全、切口小,软组织剥离小,血供破坏少,有利于切口愈合;能够早期功能锻炼,减少卧床时间,是一种治疗不稳定型胫骨骨折有效方法。

[关键词] 胫骨骨折;外固定支架;骨折;内固定

[中国图书资料分类法分类号] R 683.42 [文献标识码] A

胫骨骨折在全身长骨骨折中发生率较高,占 3.85%^[1]。尤其是胫骨中下 1/3 处骨折,骨不连发生率较高,同时对于开放性骨折而言感染发生率也较高。1997 年 4 月~2002 年 7 月,我院应用单臂外固定支架结合拉力螺钉固定治疗不稳定胫骨骨折 87 例,取得良好的效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 87 例,男 64 例,女 23 例;年龄 14~52 岁。根据 AO 骨折分型^[2],A1 33 例,A2 15 例,B1 21 例,C1 18 例。其中开放性骨折 43 例,I 度开放性骨折 22 例,II 度开放性骨折 18 例,III 度开放性骨折 3 例。合并腓骨骨折 42 例;合并其他部位骨折 8 例。

1.2 手术方法 所有患者均在连续硬膜外麻醉下手术,术中取小腿骨折部为中心前路切口,开放性骨折根据创面适当扩创,切口长度平均 6.5 cm;暴露骨折端后予以整复,全部 A 和 B 型骨折先用 1~2 枚拉力螺钉,应用 AO 内固定技术垂直骨折面固定骨折端;C 型骨折用 2~3 枚拉力螺钉将 3 cm 以上的骨块固定,将复杂骨折转变为简单骨折后,由胫骨内侧面分别拧入 4 枚 Schanz 钉,安装单臂外固定支架。手术时间平均 55 min。

1.3 术后处理 术后常规 Schanz 钉孔滴乙醇,每天 2 次,2~3 天后切口疼痛减轻即开始关节功能锻炼,一周后扶双拐不负重下地行走;每月摄片检查,6 周后行外固定支架动力化,改单拐;8 周独立行走。

2 结果

本组随访 84 例,随访时间 4~32 个月。开放性创口均一期愈合。16 周拆除外固定支架,1 年后取出内固定。胫骨干骨折治疗最终效果的评价标准^[3]:根据前后倾及旋转角度、活动能力及有无行走疼痛来综合评定,成角 0°~5°,活动正常,无疼痛为优;成角 6°~10°,活动 > 80%,偶尔疼痛为良;成角 11°~20°为可;> 20°为差。本组优良 77 例,可 5 例,差 2 例;优良率为 88.51%。有 2 例出现钉道局限性感染,经抗感染治疗后好转。1 例开放性骨折因伴有骨质缺损而出现骨不连。无一例断钉。

3 讨论

近年来单臂外固定支架在治疗胫骨骨折时已显示出其优越性,但随着应用例数的不断增加,发现骨折端再移位的发生率也在不断上升;在治疗粉碎性骨折时,因碎骨片不能很好复位,往往不能达到最好疗效。笔者根据胫骨骨折的特点,应用有限内固定结合外固定支架治疗胫骨骨折,使骨折端的相对稳定性提高,有效地防止了骨折端的移位;同时对于粉碎性骨折而言,拉力螺钉可以使多个碎裂的骨块连成整体,使之转化为两部分骨折,便于外固定支架加压固定。

与有限内固定结合石膏外固定事实上相比较,外固定支架具有可延长、可加压的特点,可以对骨折断端间进行加压,增加骨折断端间的稳定性,便于进行早期膝、踝关节功能锻炼,防止关节僵硬;同时便于切口的换药和引流,利于切口愈合,降低感染率,尤其对于大面积皮肤挫伤撕脱、肌肉挫伤,需观察换药的切口。本组仅有 2 例出现钉道局限性感染,开放性创口均一期愈合。与拉力螺钉结合中和钢板固定相比较,应用有限内固定,术中切口小,减少了骨折断端骨膜及周围软组织的剥离,避免对骨折端血运的破坏,降低骨不连的发生率。本组有 1 例发生骨不连,其主要原因是骨折端有骨缺损,因其它原因未植骨。与交锁髓内钉相比,它可以广泛应用于各种开放性骨折,同时手术时间相对较短,创伤小;也避免了 X 射线的反复照射。

应用有限内固定结合外固定支架同时也存在不足之处:(1)有钉道感染的风险,文献报道外固定支架钉道有 9.4%~25%的感染率^[4]。笔者体会不仅术中须精细操作,尤其对开放性骨折,清创必须彻底,而且术后常规 Schanz 钉孔滴乙醇,每天 2 次,从而减少感染的发生率。本组有 2 例(2.29%)出现钉道局限性感染,原因主要是 2 例均为外地患者,钉孔未按常规滴乙醇,以致钉孔早期流出炎性分泌物,中晚期钉孔处肉芽组织增生,后经换药、抗感染好转。(2)外固定支架影响外观,特别对冬季患者,患肢的保暖带来影响。(3)应力遮挡引起骨不连,本组有 1 例发生骨不连,除骨折端有骨缺损、影响骨折愈合外,患者术后未按期复诊,未能及时调整支架和

拆除延长杆,骨折端因应力遮挡而引起骨不连。故笔者认为外固定支架术后需定期复查,根据骨折部位早期骨痂形成,调整支架。我们要求每月摄片检查,6 周后行外固定支架动力化,增加骨折端应力刺激,促进骨折愈合。

[参 考 文 献]

[1] 李世民,党耕町,冯传汉,等. 临床骨科学[M]. 天津:天津科学

技术出版社,1998:345.

- [2] 荣国威,翟桂华,刘沂,等译. 骨科内固定[M]. 第3版. 北京:人民卫生出版社,1995:106~107.
- [3] 刘云鹏,刘沂,于洪祥,等. 骨与关节损伤和疾病的诊断分类及功能评定标准[M]. 北京:清华大学出版社,2002:234~235.
- [4] 于仲嘉,刘光汉,张志占,等. 单侧多功能外固定支架的临床应用(附2 524 例报告)[J]. 中华骨科杂志,1996,16(4):211~214.

[文章编号] 1000-2200(2004)05-0441-02

· 临床医学 ·

重度妊娠高血压综合征 67 例临床分析

丁彩云

[摘要] 目的:探讨重度妊娠高血压综合征(妊高征)终止妊娠时机和方式。方法:对 67 例重度妊高征进行回顾性分析,观察重度妊高征及终止妊娠的时机和方式对母儿的影响。结果:重度子痫前期 54 例,产前子痫 10 例,产时子痫 2 例,产后子痫 1 例,产妇均存活,剖宫产率 74.63%,新生儿窒息率 34.33%,围产儿死亡率 11.69%。结论:重度妊高征除药物治疗外,适时剖宫产是抢救重度妊高征的一种有效手段。

[关键词] 妊娠并发症;高血压;子痫;剖宫产术

[中国图书资料分类法分类号] R 714.24 [文献标识码] A

妊娠高血压综合征(妊高征)是妊娠期特有的疾病,对母婴危害极大,是孕产妇及围产儿死亡的重要原因之一。重度妊高征分娩方式和时机的选择为本症治疗的重要一环^[1]。1999~2001 年,我科共收治重度妊高征 67 例,现作分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料 67 例中,孕周<32 周 2 例,32~34 周 3 例,>34~37 周 15 例,≥37 周 47 例;其中双胞胎 11 例。年龄 21~30 岁 61 例,32~38 岁 5 例,43 岁 1 例。初产妇 62 例,经产妇 5 例。诊断标准按《妇产科学》第六版妊高征分类^[2],67 例中,重度子痫前期 54 例,产前子痫 10 例,产时子痫 2 例,产后子痫 1 例。入院后发现各种合并症及并发症者 16 例,其中妊娠肝损害 4 例,肾脏病 1 例,胎盘早剥 1 例,低蛋白血症 5 例,糖尿病 1 例,肺部感染 1 例,地方性甲状腺肿 1 例,精神分裂症 1 例,先兆子宫破裂 1 例,臀位 4 例,胎膜早破 3 例,视网膜剥离 1 例;产前子痫患者均未进行正规产前检查且为院外抽搐后转至我院。

1.2 治疗方法 入院后均采用硫酸镁解痉治疗,同时配合降压、镇静、扩容、利尿等治疗,有合并症者在

内科医师指导下对症处理,待病情稳定后及时终止妊娠。

1.3 分娩方式及时机 重度子痫前期 54 例,阴道分娩 13 例,其中死胎 5 例(含 1 例因孕 21⁺周治疗 3 天无好转行利凡诺尔引产术),死产 2 例,其中 1 例为妊娠肝损害,臀位,足月小样儿(体重 1 500 g),1 例为重度子痫前期米索引产过程中,胎心消失,脐带绕颈 1 周。另 6 例中 1 例为双胞胎。剖宫产 41 例,其中死胎 2 例,1 例为双胞胎之一子宫内死亡,另 1 例因子宫先兆破裂入院而手术,40 例(包括 1 例双胞胎之一子宫内死亡)经药物治疗后择期行剖宫产,其中双胞胎 10 例,产前子痫 10 例,其中 6 例于控制抽搐后 2~7 h 行剖宫产。1 例外院抽搐控制后转至我院,对症治疗 6 天后剖宫产。1 例为入院前抽搐 6 次,入院时宫口开 5 cm,予解痉、镇静、降压、利尿等治疗 4 h 子宫口开全后阴道分娩,胎吸助产。1 例为经产妇,臀位、脐带脱垂,阴道分娩,死产。1 例因孕 32⁺3 周产前子痫入院,经治疗病情稳定,1 周后阴道分娩。产时子痫 2 例,其中 1 例为经产妇,有产前子痫病史,本次妊娠入院时血压正常,尿蛋白阴性,未用硫酸镁,产时抽搐 1 次,用硫酸镁等治疗后,产钳助产,1 例为外院催产素引产过程中抽搐后转到我院剖宫产。产后子痫 1 例为术后未用硫酸镁,于术后 21 h 发生抽搐 1 次,用硫酸镁等治疗后痊愈。剖宫产者均采用硬膜外麻醉,面罩给氧,取左侧卧位

[收稿日期] 2004-02-17

[作者单位] 安徽省淮北市人民医院 妇产科,235000

[作者简介] 丁彩云(1955-),女,安徽淮北人,副主任医师。