

部分需要复位和固定。颧弓骨折复位和固定方法分为开放复位固定和闭合复位固定,其中开放复位固定创伤较大。大多数颧弓骨折可通过闭合法复位,包括 Gillies 法、Dingman 法、手术巾钳牵拉法、钢丝牵拉法等,其中巾钳牵拉法操作简单,复位效果确切,在二线型、三线型颧弓骨折应用较普遍。但这些方法一方面认为复位后可依靠骨折段的相互嵌接和肌肉筋膜的支持保持稳定,对固定重视不够,事实是复位后往往是不稳定的,即使稳定,受到外力也易再移位;另一方面以往固定所采取的方法较为复杂。如 Blevins 用动脉瘤针引导 26 号不锈钢丝加网眼护罩结扎外固定,需在颧部切开皮肤,用剥离器复位。用双克氏针固定不稳定颧弓骨折,也需先用 Gillies 法复位^[5]。手术巾钳牵拉复位后的固定,多采用大弯三角针,穿 28-32 号不锈钢丝自颧弓上缘皮肤刺入,向深面绕过颧弓深面由颧弓下缘穿出皮肤,然后结扎固定在与颧弓形态一致的自凝塑料夹板或金属秆上,或置网眼护罩结扎外固定。近年来有报道将内窥镜用于颧弓骨折复位和固定^[6-7],也有报道将计算机辅助技术和快速原型技术应用于颧弓骨折的复位与固定^[8],这些方法和技术成本较高,也更为复杂。

复位固定钳进行颧弓骨折复位的步骤与消毒巾钳牵拉复位相同,但复位后即利用钳喙闭合后形成的具有双向开口的中空管腔引导不锈钢丝穿绕颧弓,使不锈钢丝的引导简单易行且无危险性,然后进

行结扎外固定。这样,牵引复位和结扎外固定同步进行,操作简化,手术时间缩短,术前不需要太多准备,可在局部创伤性水肿前完成复位和固定。

参考文献

- [1] Batainch AB. Etiology and incidence of maxillofacial fracture in the north of Jordan[J]. Oral Surg, Oral Med, Oral Path, 1998, 86(1):31-35.
- [2] Bouguila J, Zairi I, Khonsari RH, et al. Fractured zygoma; a review of 356 cases[J]. Ann Chir Plast Esthet, 2008, 53(6):495-503.
- [3] Ugboko V, Udoye C, Ndukwe K, et al. Zygomatic complex fractures in a suburban Nigerian population [J]. Dent Traumatol, 2005, 21(2):70-75.
- [4] 邱蔚六,张震康.口腔颌面外科学[M].5版,北京:人民卫生出版社,2006:196-199.
- [5] Lew DH, Park BY, Lee HB, et al. Simple fixation method for unstable zygomatic arch fracture using double Kirschner's wires[J]. Plast Reconstr Surg, 1998, 101(5):1351-1354.
- [6] Czerwinski M, Lee C. The rationale and technique of endoscopic approach to the zygomatic arch in facial trauma[J]. Facial Plast Surg Clin North Am, 2006, 14(1):37-43.
- [7] Schubert W, Jenabzadeh K. Endoscopic approach to maxillofacial trauma[J]. J Craniofac Surg, 2009, 20(1):154-156.
- [8] 史俊,徐兵,唐友盛,等.个体化复位模板在颧骨复合体骨折治疗中的应用[J].中国口腔颌面外科杂志,2005,3(4):311-314.

(收稿日期:2009-02-10;修回日期:2009-03-30)

(本文编辑:黄攸生)

外伤性心脏破裂 12 例救治成功的经验

魏小东,栗兰凯,昌其,李叙,谢俊,康建宏
(解放军第 101 医院心胸外科,江苏无锡 214044)

[摘要] 目的 总结外伤性心脏破裂的成功救治经验。方法 对救治成功的 12 例外伤性心脏破裂患者进行回顾性分析。本组为男性,年龄平均 36.5 岁。锐器刺伤 9 例,交通事故 3 例。心脏破口位于右心房 2 例,右心室 7 例,左心房 1 例,左心室 2 例,合并有胸骨和肋骨骨折 3 例,血气胸 9 例,肺裂伤 5 例,膈肌伤 2 例,肝脏伤 1 例,胰腺伤 1 例。3 例在急诊室行床边开胸手术,9 例在手术室手术。3 例开胸前自主心跳已停止。结果 所有患者治愈,生活、劳动能力都正常。结论 外伤性心脏破裂的快速诊断、紧急手术是抢救成功的关键,绝大多数毋须体外循环即可获得救治。

[关键词] 心脏损伤;外伤性心脏破裂;救治

中图分类号: R654.2 文献标识码: B 文章编号: 1672-271X(2009)04-0346-03

作者简介:魏小东(1966-),男,江苏靖江人,硕士,副主任医师,从事胸部肿瘤、创伤和微创胸部外科研究。

2005年6月~2008年5月,我们成功救治外伤性心脏破裂患者12例,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组12例患者,男性,年龄14~55岁,平均36.5岁。锐器刺伤9例,交通事故3例。心脏破口位于右房2例,右室7例,左房1例,左室2例。合并有胸骨和肋骨骨折3例,血气胸9例,肺裂伤5例,膈肌伤2例,肝脏伤1例,胰腺损伤1例。受伤至就诊时间30分钟~2小时,接诊至开胸时间为15~50分钟,平均28分钟。术前行急诊床旁B超8例,胸部CT2例,未行检查2例。3例在急诊室行床边开胸手术,9例在手术室手术。3例开胸前自主心跳已停止。

1.2 方法 在全麻常温非体外循环下平卧位手术。选择左前外侧切口9例,胸骨正中切口2例,胸腹联合切口1例。迅速进胸,打开心包减压并找到心脏破口,手指压迫破口控制出血,清理心包积血后以带垫片心脏缝线缝合破口,如开胸前心脏已经停止跳动,则迅速彻底敞开心包,先以粗线快速简单缝合心脏破口后立即行心脏挤压,心脏复跳、循环稍稳定后再加强缝合破口。2例右心耳破裂的以10号粗丝线直接结扎,7例右心室破裂,1例左心房破裂行间断横褥式缝合,2例左心室破裂行双荷包缝合。5例同期行肺修补,1例同期行肝修补及膈肌修补,1例行膈肌修补,1例行胰尾修补。局限于心、胸部伤者心包开窗后,一般仅置左侧一根胸腔闭式引流管。合并有腹部伤者,胸、腹部分别置引流。3例患者术中回输自体血600~1000 ml。

2 结果

手术时间40~100分钟,平均70分钟。失血量800~3000 ml,平均1600 ml。所有患者康复出院。成功率100%,住院10~32天,平均17天。术后3~6个月随访,所有患者生活质量、劳动能力恢复正常。

3 讨论

外伤性心脏破裂病情凶险,不经及时手术处理患者几乎均在送达医院前死亡。能送达医院的患者病死率仍高达15%~30%^[1]。随着现代急救系统的完善,医院急诊收治的心脏外伤患者有增多的趋势。快速明确诊断、迅速及时的手术控制出血及解除心脏压塞是成功救治的关键^[2,4]。

3.1 诊断及急救处理 外伤性心脏破裂根据不同的伤因多表现为急性大量失血、急性心包填塞及亚急性心包填塞^[5]。病史和体检是明确诊断的首要因素。心前区刺伤、表现为大量失血的患者多可迅速明确诊断。有时患者伤口并不在心脏的体表投影区,右胸、上腹部、腋下甚至颈部的锐器伤均可能伤及心脏。本组有1例患者混乱中被人用螺丝刀刺中腋下倒地抽搐,以“癫痫”送医院,查体只在其腋下发现0.3 cm皮损和极少量血迹,但患者迅速休克,后经胸部CT确诊大量心包积液。多数心脏破裂患者体检表现为休克和代表心包填塞的“Beck三联征”。我们体会,急诊床边B超是快捷、可靠的辅助检查手段,而如果病情允许,急诊胸部CT较B超更有价值,尤其是在亚急性心脏损伤及多发伤合并心脏损伤时,胸部CT可帮助我们准确判断伤情。如果考虑到有心脏破裂伤可能,我们从时间、效果出发,一般不做单纯胸部X线片及诊断性心包穿刺。对于来院时病情已垂危,诊断已大致明确的患者,应果断放弃辅助检查,直接手术,以免因搬动和检查加重病情,耽误最佳抢救时机。

3.2 手术体会 避免减压过快引起迅猛出血或心脏肿胀造成骤停。打开心包后边清理血块边迅速寻找出血口,并以手指压迫裂口控制出血。心脏压迫解除、出血控制后再悬吊心包进一步改善暴露以利缝合操作。如心脏已经停止跳动,则迅速彻底敞开心包,先以粗线快速简单缝合心脏破口后立即行心脏挤压,心脏复跳、循环稍稳定后再加强缝合破口。减压后,停跳的心脏多可自动复跳,我们的体会是手术时心跳尚未完全停止的患者应尽量少用肾上腺素,因心跳过快会导致快速大量失血并给指压控制出血及缝合破口带来困难。有条件时应尽量使用带垫片缝线缝合心肌,如无专门缝线可使用细针粗线并以心包剪成小块自制成垫片,不用普通丝线直接缝合,以免造成撕脱致裂口扩大。右心耳破裂可直接结扎心耳根部,而右心室则需带垫片针线间断褥式缝合。缝合时注意避开冠状血管。左心室压力高,间断缝合常难以奏效或容易造成撕裂,最好以带垫片针线双层荷包缝合方能稳妥控制出血。本组有1例左心室破裂患者,以带垫片针线间断缝合及单荷包缝合,打结后均造成撕裂,破口变大,后改双荷包缝合成功。缝合心包后保留一窗口,同侧置胸腔闭式引流即可。缝合冠状动脉附近的破裂口,宜在动脉外侧深层潜行褥式缝合止血,避免损伤和缝扎冠状动脉。

3.3 术后处理 术后常规置中心静脉,术后早期应注意容量平衡,在血压稳定的情况下控制液体入量。适量输血,提高血球压积。术后三天内适量应用糖皮质激素,除非术前有较长时间的心脏停搏,一般不需要使用正性肌力药物。心脏破裂伤多合并心肌挫伤,术后需给极化液和心肌营养药,并监测心肌酶。生命体征平稳后给予查全导联心电图、心脏彩超,以发现可能遗漏的心脏内损伤如心脏瓣膜损伤及间隔损伤。

参考文献

[1] Demetriads D. Cardiac wounds[J]. Ann Thoracic Surg, 1998, 203

(1):315-317.

- [2] 倪科伟,许林海.心脏破裂伤的诊治探讨[J].中华急诊医学杂志,2004,13(4):234-235.
- [3] 刘维永.严重心脏大血管创伤早期救治进展[J].中国胸心血管外科临床杂志,2006,13(3):184-187.
- [4] Gunay C, Cingoz F, Kuralay E, et al. Surgical challenges for urgent approach in penetrating heart injuries[J]. Heart Surg Forum 2007, 10(6):473-477.
- [5] 殷桂林,王荣平,胡建才,等.心脏破裂伤的急救[J].中华胸心血管外科杂志,2007,23(2):104-106.

(收稿日期:2008-10-23;修回日期:2009-01-09)

(本文编辑:黄攸生)

高龄人工髋关节置换术的围手术期风险回顾性分析

吴继明,李颖,杨俊生

(解放军第454医院骨科,江苏南京 210002)

[摘要] 目的 通过临床病例分析总结高龄患者行髋关节置换术的手术指征及围手术期处理的经验。方法 应用回顾性分析方法对我院2003年3月~2008年3月80岁以上高龄患者86例人工髋关节置换术进行临床总结。结果 围手术期1例死于心血管疾病,4例肾功能不全半年内死于多器官功能衰竭,3例死于肺栓塞,4例糖尿病患者发生术后感染,5例失访,69例随访2年,患肢功能评价:优40例,良24例,可4例,差1例。结论 心脏病及肾功能不全对高龄患者是一个高危因素,手术指征应从严把握。糖尿病为中危因素,术前空腹血糖控制在8.0 mmol/L内比较安全。高血压、冠心病为低危因素。高龄患者选择硬膜外麻醉对患者血流动力学及内环境影响小,术后恢复快,效果满意,故推荐使用硬膜外麻醉。

[关键词] 高龄;髋关节置换术;围手术期;回顾性分析

中图分类号: R687.49 文献标识码: B 文章编号: 1672-271X(2009)04-0348-03

2003年3月~2008年3月,我们对80岁以上高龄患者86例人工髋关节置换术进行总结,报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 患者86例,男34例,女52例,年龄80~92岁,平均86岁。新鲜股骨颈骨折67例,陈旧性股骨颈骨折19例,均为单侧股骨颈骨折。合并单一脏器疾病患者44例,其中高血压23例,糖尿病14例,冠心病6例,慢性支气管炎1例。合并有两种或以上脏器疾病的患者42例,其中冠心病和肾功能不全12例,冠心病、肝功能异常、肾功能不全5例,冠心病和高血压病9例,冠心病、高血压病和糖尿病8例,高血压病、糖尿病、肾功能不全5例,高血压病和肾脏疾病3例。

1.2 术前常见病处理 术前请内科及麻醉科会诊,

综合评价患者对麻醉和手术的耐受能力,协同评估手术风险,并将各器官功能调整到一个合理的可以耐受手术的水平,是保证手术顺利进行和降低术后并发症的前提条件,是手术成功的基础^[1]。

1.2.1 原发性高血压 老年人血管硬化,血管弹性明显降低,其高血压以收缩压增高、脉压差增大为主要特点。对高龄患者来说,创伤早期可导致血压的应激性升高,过大的血压波动容易引起心血管致险事件。因此对患有高血压的高龄患者,术前血压应调整至正常高值,以维持冠状动脉灌注压,保持心肌供氧。降压药宜选用ACE-I类,对单用ACE-I类效果不明显的可联合应用钙拮抗剂,药物应用到术前。择期手术患者血压宜控制在不超过160/90 mm Hg。术前宜辅助以少量安定镇静剂,以控制围手术期血压的应激性升高。

作者简介:吴继明(1951-),男,安徽黄山人,本科,主任医师,从事骨科临床工作。