

应用克里索菲克斯胸部护板治疗多发肋骨骨折临床观察

王明元, 林雨冬, 王剑平, 杜京丽

〔摘要〕 目的 观察克里索菲克斯胸部护板治疗多发肋骨骨折的临床效果。方法 采用克里索菲克斯胸部护板外固定肋骨骨折 56 例。结果 56 例均治愈出院, 且住院时间短, 并发症少, 胸廓无畸形。结论 克里索菲克斯胸部护板治疗多发肋骨骨折简便易行, 该方法安全可靠, 疗效满意。

〔关键词〕 胸部护板; 多发肋骨骨折; 连枷胸

中图分类号: R655.1 文献标志码: B 文章编号: 1672-271X(2010)06-0536-02

肋骨骨折在胸部创伤中的发病率为 45% ~ 75%, 是战创伤中胸外科最常见的急诊之一。创伤多发性肋骨骨折致连枷胸可严重影响循环和呼吸功能, 严重时可危及生命, 其固定方法很多, 但总存在一些缺点^[1-2]。2007 年 3 月至 2010 年 1 月, 我们收治 56 例肋骨骨折, 应用胸部护板行外固定治疗取得满意效果, 报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 56 例, 占同期我院收治胸外伤的 38.9%, 男 48 例, 女 8 例; 年龄 18 ~ 67 岁。患者肋骨骨折 4 ~ 16 根, 其中 18 例为多段骨折, 所有患者均有反常呼吸, 合并锁骨骨折 2 例, 四肢骨折 12 例, 肺挫伤 52 例, 血胸和(或)气胸 48 例, 合并颅脑损伤 11 例, 发生肺不张 2 例, 行胸腔闭式引流 13 例, 因合并膈肌破裂、胸腔出血等原因开胸 6 例。合并肝脾破裂手术 8 例。

1.2 方法 应用克里索菲克斯胸部护板, 先将要贴覆的皮肤表面用医用乙醇拭干净, 在健侧对称处压制出肋骨轮廓, 调整护板的弯度以符合肋骨的弧度。将护板贴至肋骨断裂位置, 贴毕后, 将自带的透气胶布贴覆于护板四周, 加强固定, 确保无反常呼吸。必要时可同时应用 2 ~ 3 块, 双侧肋骨骨折可行双侧护板固定。固定 7 d, 摄胸部 X 线片后, 根据患者恢复情况, 更换护板, 方法同上。其他治疗根据病情, 行闭式引流、止血、消炎等, 有呼吸困难者给吸氧, 必要时应用呼吸机辅助呼吸。

2 结果

作者简介: 王明元(1962-), 男, 四川大竹人, 大学, 主任医师, 从事胸外科临床工作

作者单位: 351100 福建莆田, 解放军 95 临床部外科

56 例行外固定后即刻疼痛明显减轻, 按主诉疼痛程度分级法(VRS)评估^[3], 即刻从Ⅲ、Ⅱ级降至Ⅰ级, 呼吸明显改善。固定 7 ~ 21 d, 平均 9 d, 住院 16 d, 全部治愈出院。胸部 X 线片示折断的肋骨接近正常位置愈合, 无明显胸壁畸形。

3 讨论

连枷胸是胸外科常见的危重症, 对呼吸功能有很大影响, 严重时危及生命。多发肋骨骨折, 易发生反常呼吸及疼痛, 不敢深呼吸和有效咳嗽, 这些均可导致通气量明显下降。连枷胸如不适当固定, 纵隔器官不稳定, 骨折端活动易损伤组织, 愈合后也可能导致严重胸廓畸形, 因此, 有必要进行固定以纠正胸壁反常呼吸。对连枷胸治疗方法通常采用肋骨牵引固定, 肋骨固定带固定、用胶布固定或厚棉垫加压包扎等方法。但目前常用的牵引外固定或内固定都存在着一一定的缺点, 这些固定方法固定后有可能降低肺通气量, 导致肺不张和呼吸功能不全; 厚棉垫加压包扎还可能使胸壁内陷, 加重肺挫伤和缺氧, 并且骨折对合差, 愈合较慢^[1-2]。牵引固定法效果较确切, 但患者较疼痛, 且不能下床活动, 长期卧床, 可延缓肺功能恢复, 增加肺炎、肺不张等并发症的发生; 手术内固定损伤大, 出血多, 增加感染机会。传统的胶布固定治疗肋骨骨折会进一步限制呼吸, 抑制呼吸道分泌物的排出, 导致肺不张、肺部感染和呼吸功能不全等并发症, 应尽量避免使用^[4,6]。

我们采用克里索菲克斯胸部护板治疗连枷胸, 取得了满意的效果。我们体会有以下几点: ①该方法简单, 易掌握, 不需要特殊设备, 便于携带, 在基层卫生队甚至战场或训练场上也能使用。②固定胸壁后胸廓稳定, 可减轻肺水肿, 有利于肺挫伤治疗。

能使折断的肋骨在接近正常的位置愈合,胸廓不留畸形。③克里索非克斯胸部护板可根据患者身体形状弯曲,固定骨折部位,避免断裂肋骨相互移动,使患者在佩戴后减轻疼痛,可早期下床活动,可深呼吸和有效咳嗽,缓解缺氧症状,减少肺部并发症的发生,加快肺功能的恢复。④克里索非克斯胸部护板可透过 X 线,在固定期间仍可行胸部 X 线检查,可及时了解固定情况。⑤克里索非克斯胸部护板固定期间可同时行闭式引流术,不影响血气胸治疗。⑥克里索非克斯胸部护板的应用,不受患者意识、体位、气管切开后应用呼吸机等因素的影响。⑦防护薄膜可以透气,且具有防水功能,让患者在佩戴期间可以淋浴。

【参考文献】

[1] 张 东. 胶布固定治疗创伤性肋骨骨折对呼吸功能的影响

[J]. 疑难病杂, 2008, 7 (11): 688.

[2] 魏凌云, 徐志飞, 赵学维, 等. 包扎、肋骨牵引和内固定治疗对连枷胸犬呼吸功能的影响[J]. 创伤外科杂志, 2009, 11 (3): 211-213.

[3] 周 甜. 心胸外科患者术后疼痛的评估和护理对策[J]. 现代中西医结合杂志, 2007, 16 (13): 1846-1847.

[4] 陈 波, 贾 萌, 张承圣, 等. 手术固定治疗多发性肋骨骨折的临床应用[J]. 创伤外科杂志, 2009, 11 (3): 266.

[5] Iwasaki Y, Kawasaki S, Shinozaki M, et al. Surgical stabilization of multiple rib fracture and flail chest[J]. Kyobu Geka, 2006, 59 (11): 980-984.

[6] 王铁灵, 张胜辉, 费 苛, 等. 包扎、肋骨接骨板内固定术、肋骨固定钉内固定术与传统保守疗法在多发性肋骨骨折中的治疗比较[J]. 创伤外科杂志, 2009, 6 (7): 45-46.

(收稿日期: 2010-03-16; 修回日期: 2010-06-21)

(本文编辑: 黄攸生)

椎间盘镜治疗腰椎间盘突出症的体会

张 耘, 戴守达, 董小雄, 周正顺, 刘洪业, 韩 顺

【摘要】 目的 探讨椎间盘镜治疗腰椎间盘突出症的方法及疗效。**方法** 用枢法模公司提供的 MED-Ⅱ椎间盘手术系统治疗腰椎间盘突出症。**结果** 经平均 2.5 年(10 个月~5 年)的随访, 治疗 104 例, 优良率 94.2%, 疗效满意。**结论** 椎间盘镜手术具有视野清晰、创伤小、出血少、并发症少和恢复快优点。

【关键词】 腰椎间盘突出症; 椎间盘镜

中图分类号: R681.5+3 文献标志码: B 文章编号: 1672-271X(2010)06-0537-02

我院 2002 年 8 月至 2009 年 12 月开展椎间盘镜下髓核摘除术治疗腰椎间盘突出症 104 例, 疗效满意。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 104 例, 男 58 例, 女 46 例; 年龄 23~58 岁, 平均 37 岁。突出节段: L₃₋₄ 6 例, L₄₋₅ 66 例, L₅~S₁ 32 例。突出类型: 突出型 30 例, 脱出型 42 例, 游离型 32 例。所有病例术前均作腰椎正侧位、过屈过伸位 X 线片检查, CT 或 MRI 检查证实。

1.2 临床表现 症状以腰腿痛为主, 大部分腿痛重于腰痛, 直腿抬高试验及加强试验阳性, 部分对侧交叉试验阳性, 患者肢体肌力下降或肌肉萎缩, 腱反射

减弱或消失, 不同程度的患肢小腿、足部皮肤感觉减退, 有 2 例伴有会阴部麻木、大小便困难。

1.3 手术方法 硬膜外麻醉成功后取俯卧位, 腹部悬空, 细针探至手术间隙的上位椎板下缘, C 型臂 X 线机透视确定间隙, 棘突旁 1.5 cm 处切开皮肤, 沿定位细针用扩张器逐步扩张软组织, 钳夹清除椎板外肌肉组织, 椎板钳咬除上位椎板下缘及部分关节突内侧, 至黄韧带游离缘, 从黄韧带游离缘开始咬除黄韧带, 咬除下位椎板上缘及神经根管后外侧壁, 剥离神经根, 显露并环切纤维环, 摘除髓核组织^[1]。

2 结果

手术平均时间 60 min。脑脊液漏 1 例, 后经腰背筋膜加固缝合, 头低足高位后治愈。2 例改为开放手术。无椎间隙感染、神经根或马尾神经损伤及硬膜外血肿等并发症。术后抗生素预防感染、止血、止痛及预防神经根水肿等输液治疗 3 d, 术后 1~2 d

作者简介: 张 耘 (1976-), 男, 江苏启东人, 本科, 主治医师, 从事脊柱外科工作

作者单位: 243100 安徽当涂, 解放军 86 临床部骨科