30 例肩胛骨骨折的手术治疗临床分析

Clinical analysis on the treatment of scapular fracture in 30 cases

陈 强, 王小兵, 左红光 (盐城市响水县人民医院临床骨外科,江苏 盐城 224600)

[关键词] 肩胛骨;骨折;手术治疗
[中图分类号] R683.41 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2013)03-0317-02

肩胛骨不易受伤,前后由肌肉包绕,位于胸廓后上方两侧,为不规则扁平骨。目前随着交通和社会经济的快速发展,发生肩胛骨骨折的发生率也有所上升。如果延误治疗时机或初次处理不当,都有可能引起上肢和肩关节功能障碍。本文对 30 例肩胛骨骨折患者手术情况进行了分析,对不同类型的肩胛骨骨折以及手术的适应证进行了探讨,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

从 2005 年 8 月至 2011 年 11 月对 30 例肩胛骨患者进行了手术治疗,其中女 8 例,男 22 例,年龄 17 ~ 52 岁。重物挤压伤 2 例,高处坠落伤 6 例,交通事故伤 22 例。肩胛骨骨折有合并损伤 26 例,其中颅骨损伤 7 例,心脏挫伤 5 例,肺挫伤和(或)血气胸 21 例,多发肋骨骨折 21 例。闭合腹部损伤 1 例,对侧髋部骨折 1 例,同侧锁骨骨折 3 例。受伤后 6 ~ 13 d 手术。依据 Hardegger 骨折的分型标准,喙突骨折 1 例,肩峰骨折 5 例,肩胛角骨折 4 例,肩胛盂骨折 7 例,肩胛颈骨折 18 例,肩胛骨体部骨折 26 例;其中大于或等于 2 处骨折的有 19 例。

1.2 方法

1.2.1 一般治疗 先对患者的病情进行分析,对于危及生命的肺、胸、头部等合并损伤应当积极处理。常规行全身检查、CT 检查、盂肱关节的腋位 X 线片、肩胛骨侧位及前后位的 X 线片、胸部 X 线片。患者整体情况稳定以后,5 ~ 20 d 内行肩胛骨、锁骨骨折切开复位,拉力螺钉或重建钢板内固定术。

1.2.2 手术治疗 术前 1 d 开始应用抗生素,骨折手术都采取全麻,术中不需要输血。根据骨折的部位和类型,进行手术入路选择:①肩胛骨外侧缘入路。患侧在上,45°侧俯卧位。手术切口根据骨折情况进行确定,切口沿肩胛骨外侧缘进行。小圆肌与于冈下肌间隙分离,切断部分三角肌,显露关节囊和肩胛骨颈部、体部。应用此切口治疗 8 例。②肩胛骨后侧入路。患侧在上,45°侧俯卧位。皮肤切口始于肩峰,与肩胛冈外侧 2/3平行,自肩胛冈起点处切断三角肌,至肩胛骨下角的切口,沿小圆肌与冈下肌间隙分开,将前者向下拉,后者向上拉,要做好肩胛上神经的保护,根据情况确定是否切断冈下肌肱骨大结节止点,切开、显露关节囊。应用此切口治疗15例。③前侧入路。改良肩关节 Henry 与 Thompson 切口入路,不需要向远端延伸过多就可以进行切口的改良,能够很好地暴露喙突、肩胛盂前缘等。应用此切口治疗 7 例。直视下认真做好骨折的复位工作,先行钻入克氏针或骨折抓钳进行临时固定,依据患者骨折的具体情况确定是否采取重建钢板固定,如果确定采取钢板固定,应当先进行模板测试,然后进行钢板的塑型及固定。对于骨折线长及粉碎性骨折等情况可以采取克氏针或拉力螺钉内固定。术后指导逐步进行功能锻炼。

2 结果

本组 30 例全部得到随访,时间为 10 ~ 30 个月,根据 X 线片、临床检查以及 CT 扫描表明骨折均愈合,较为理想。异位骨化 2 例,肩部慢性疼痛 1 例,肩关节不稳定 1 例,肩关节活动受限 1 例,浅表感染 1 例。根据 Dolfi 等评分标准进行评分:优 17 例,良 10 例,可 3 例,优良率为 90%。

3 讨论

3.1 肩胛骨骨折的分类

肩胛骨骨折一般发生于颈部和体部,可以分为肩胛骨喙突骨折、肩峰骨折、肩胛颈骨折、肩胛体部骨折。根据肩关节整体的稳定性、肩盂与骨折的相关位置可以将肩胛骨骨折分为不稳定的关节内骨折和关节外骨折、稳定的关节外骨折 3 种类型。

3.2 肩胛骨骨折进行影像学检查的重要性

肩胛骨骨折需要摄肩胛骨腋位、侧位、前后位片,可以确定肩峰、肩胛体部、肩胛颈部、肩胛盂骨折。由于在肩胛骨区域存在复合的关节,因此利用 CT 可以很好地确定和帮助辨认关节内骨折的位移程度。对于损伤的细节及骨折形态可以通过 CT 以及 CT 三维重建技术获取。CT 三维重建对于某些复杂的骨折以及累及关节的损伤的诊断准确率得到了很大的提高,为科学合理固定、指导术中整复等有很大帮助。

3.3 肩胛骨骨折采取手术治疗的优点

肩胛骨骨折采取手术治疗的优点主要是减少肩关节疼痛、畸形及粘连,防止肌肉萎缩,缩短了外固定时间,为肩关节功能锻炼提供了基础,旋转肩袖功能的影响得到消除,肩胛骨周围肌肉张力和长度能够得到有效恢复,使肩胛骨前面平整,骨折可以很好地实现复位和固定,骨折端的积血可以很好地得到清除[1-2]。对于选择手术入路,可以考虑后方入路、外侧缘入路、前方入路,喙突骨折可采取前侧入路手术,如果采取后入路手

DOI:10.11659/jjssx.1672-5042.201303037
[收稿日期] 2013-01-18 [修回日期] 2013-01-29

术,可以有效避免损伤旋肩胛血管、旋肱后血管以及腋神经。

3.4 肩胛骨骨折的手术后康复治疗

肩胛骨骨折术后要认真做好肩部功能的锻炼,对于改善和恢复肩关节的功能有着非常重要的意义。患者术后进行肩部的功能锻炼,有利于消肿,促进血液循环,预防肌肉粘连[3]。同时还可以有效地预防创伤性关节炎、关节僵硬、软组织挛缩等的发生,能够提高患者的生活质量,缩短康复时间,有效加速骨折的愈合。肩部的康复训练应当循序渐进地进行,不能进行过于剧烈的运动,否则对于肩关节的功能恢复很不利,有可能导致更为严重的损伤。

肩胛骨骨折常合并多发严重损伤,可以借助CT三维重建技术确定治疗方案,肩胛骨骨折切开复位内固定可取得较好的效果。肩胛骨骨折手术后,要进行早期功能训练有利于恢复关节功能。

[参考文献]

[1] 吕应文,陈明见,任周奎,等.11例肩胛骨骨折的手术治疗[J].重庆医学,2006,35(12):1122-1123.

[2] 李 波,宋先舟,陈继革,等.多发伤合并不稳定性肩胛骨骨折的手术治疗探讨[J].创伤外科杂志,2009,11(6)501-503.

[3] 吴晓红.肩胛骨骨折的手术治疗与护理[J].按摩与康复医学(中旬刊),2012,03(17):115-116.

(编辑:杨 颖)

·个案与短篇·

注射用兰索拉唑与盐酸罂粟碱存在配伍禁忌

杜 洪 (第三军医大学大坪医院野战外科研究所心内科,重庆 400042)

[关键词] 兰索拉唑;盐酸罂粟碱;配伍禁忌

[中图分类号] S859.51 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2013)03-0318-01

我院2012年10月至2012年12月在使用兰索拉唑与盐酸罂粟碱时,发现2种药物存在配伍反应,2种药物混合后液体变成乳白色浑浊。查阅药品说明书未提及两者存在配伍反应[1-2]。因发现及时,未对患者造成伤害及损失。因此,对上述2种药物进行了实验观察,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

注射用兰索拉唑:由南京海辰药业有限公司生产,每支30 mg,粉剂。国药准字号:H20120071。盐酸罂粟碱注射液:由东北制药集团沈阳第一制药有限公司生产,每支30 mg,规格为1 mL,针剂。国药准字号:H20122246。

1.2 方法

所用的药物来均自以上同批号,各取1支。兰索拉唑用0.9%氯化钠注射液10 mL稀释,用同一支无菌注射器抽取盐酸罂粟碱1支,发现注射器内立刻出现乳白色浑浊,30 min后浑浊液体内出现结晶。让混合后的白色混浊物存放1 h后,白色混浊物体无明显改变。再将结晶体放入干燥试管中,试管加热15 min后,发现结晶体无明显改变。同时还将结晶体放入有血清的试管中1 h后,发现结晶体仍无明显改变。

2 结果

由此证明,变色、结晶则提示存在化学反应,同时也证明兰索拉唑与盐酸罂粟碱存在配伍禁忌。

3 讨论

兰索拉唑属于质子泵抑制剂,分布于胃黏膜壁细胞的酸性环境后,转变为有活性的代谢物[3]。盐酸罂粟碱用于治疗脑、心及外周血管痉挛所致的缺血,肾、胆或胃肠道等内脏痉挛[4]。临床常规配伍禁忌表及药物说明书中并未注明2种药物存在配伍禁忌。但以上实验证明2种药物确实存在配伍禁忌。2种药物不能同时使用,不能同时加入一组液体中。若2种药物需同时使用,应在2组液体中间输入生理盐水冲管,避免在使用时发生不良反应,减少患者的痛苦。在今后的药物使用过程中即使药品说明书未提及相关配伍反应,医务人员也应多加留心,避免对患者造成伤害[5]。

[参考文献]

[1] 钱 琼,姚若瑶.注射用还原型谷胱甘肽与注射用兰索拉唑存在配伍禁忌[J].解放军护理杂志,2012,2(4):12.

[2] 冷富萍,王安静,李明祥.泮托拉唑与多种药物存在配伍禁忌[J].护理学报,2009,16(11):23.

[3] 马 琳.兰索拉唑临床应用的安全性评价[J].实用药物与临床,2008,11(2):103-104.

[4] 刘绪文,孙云廷.罂粟碱的临床及药理作用研究进展[J].中国药物与临床,2006,06(9):697-699.

[5] 栗海燕.注射奥美拉唑与盐酸氨溴索注射液存在配伍禁忌[M].局解手术学杂志,2009,l8(5):369.

(编辑:杨 颖)

DOI:10.11659/jjssx.1672-5042.201303038

[收稿日期] 2013-04-10 [修回日期] 2013-05-09