维普资讯 http://www.cqvip.com

1.踝关节损伤的分类:踝关节损伤的分类方法很多,究竟哪一种分类方法能全面反映损伤的全部结构,又能对治疗方案起到指导作用,目前尚有争议。1950年Lauge-Hansen在尸体上作了很有意义的实验后提出了分类法,根据受伤时足部所处的位置、力作用方向以及不同的创伤病理改变,而分为旋后内收型,旋后外旋型,旋前外展型,旋前外旋型和垂直压缩型。踝关节损伤大多数为间接扭转暴力引起,即有骨损伤又有韧带损伤。Lauge-Hansen分类法强调踝关节骨折波及单踝、双踝或三踝是创伤病理的不同阶段,在重视骨折的同时也必须重视韧带损伤,强调踝关节受暴力损伤时受力方向,骨与韧带损伤的先后顺序,以全面认识损伤的发生与发展过程。按暴力大小,损伤严重程度,Lauge-Hansen每型又分成几度,这就与受伤机制联系在一起,这对正确估计损伤的严重程度,确定正确的治疗方案,有更好的指导作用。因此,本文认为是比较可取的。

2.内固定手术治疗踝关节损伤的意义:踝关节是一个负重关节,在步行、站立、跑跳等姿势下,都承受着很大的负荷。所以当踝关节骨折脱位时,进行精确的复位,稳定的固定,对踝关节功能的恢复是有着重要意义的。较重的骨折脱位,手法整复与外固定,对于复位程度和固定稳定性是有限的。对X线显示下胫腓联合分离,距骨及外踝向外移位超过2 mm,距骨与内踝间的间隙大于4 mm,胫骨后唇骨折片超过关节面1/4者,我科采用手术治疗。现已公认外踝与腓骨对踝关节稳定与负重和维持距骨正常位置的重要作用。腓骨远端骨折如未行坚强内固定,又没有固定下胫腓联合,由于腓骨干轴线与外踝之轴线相交成向外侧开放10~15°角,在负重与小腿肌肉作用下和距骨与外踝相互作用下,外踝将上移,可造成踝穴增宽,引起距骨在踝穴内不稳定,最终出现创伤性关节炎。Yablon等曾用新鲜尸体作踝关节骨折脱位试验,发现踝关节三角韧带切断不会产生踝关节不稳,内踝在关节平面截断可使踝关节产生10°的旋转移位,但很少产生外翻移位与不稳[2]。只有当外侧副韧带切断后才有30°左右的外旋不稳定及距骨的明显不稳。外踝截断后则可产生明显的旋转及外翻不稳,并随着应力的加大,这种不稳现象进行性加重。在Yablon等报道的53例双踝骨折中,经外踝解剖复位及四孔钢板固定后,均使距骨及内踝获得了解剖整复,并认为外踝整复使距骨在踝穴内保持正常的解剖关系是双踝骨折解剖复位的关键。而仅内踝整复与固定,则不能避免距骨及外踝的移位。本组65例中,根据骨折不同类型和分度,分别采用6孔或4孔钢板固定外踝及腓骨骨折,均获得踝关节稳定与解剖复位。Toard认为采用腓骨截骨延长治疗畸形愈合的踝关节骨折脱位,可以显著地改善踝关节功能。本组有一例骨折9月后就诊病例,已畸形愈合,进行了腓骨截骨延长,使踝关节稳定性增加。

3.下胫腓韧带在踝关节稳定中的作用。当内踝骨折或三角韧带断裂并伴有下胫腓所有韧带断裂时,距骨将向外侧脱位,如同时再合并腓骨骨折,距骨脱位将达到很严重的程度。距骨向外侧移位5 mm胫距接触面下降达42%,向外侧移位2~4 mm胫距接触面下降达65%。这样关节软骨的压力负荷增加,远期将出现创伤性关节炎,故恢复下胫腓和胫骨正常的解剖关系是极其重要的。有作者认为在下胫腓韧带完全断裂时内旋60°位双侧对比摄片,胫腓下联合间隙明显增宽者才应做螺丝钉或螺栓固定。本文认为由于下胫腓关节在踝关节跖屈、背伸时,可有轻微活动,所以强调短期内固定下胫腓联合,使断裂韧带得到充分修复,可避免负重后踝穴增宽、踝关节稳定性差所致的创伤性关节炎。特别是在内侧结构损伤无法修复或固定时,或腓骨骨折严重粉碎难以施行内固定时,更提倡固定下胫腓联合。应用长螺钉固定下胫腓关节,可以起到人工韧带稳定下胫腓关节的作用。但应注意螺钉的松紧度,即把踝关节在功能位固定后,再旋紧下胫腓固定螺钉,并在手术中摄片观察踝穴与距骨间的关系,如能保持内外踝与距骨间2 mm的间隙,术后就可获得满意的效果。本组有1例背屈轻度受限可能与下胫腓关节固定螺钉太紧有关。

参 考 文 献

1.毛宾尧,主编.足外科学.北京:人民卫生出版社,1992.14.
2.邵振海,主编.实用骨科手册.北京:人民军医出版社,2001.56.

(收稿日期:2002-12-20)

异位妊娠误行药物流产15例临床分析

和亚兰* 王 东* 张文谨*

米非司酮配伍米索前列醇药物终止早孕,效果满意,目前已广泛开展,但一部分输卵管妊娠患者在没有得到明确诊断的情况下,误认为自己宫内孕而匆忙服药,致使输卵管妊娠破裂产生严重后果。1996年1月至2002年5月我院收治异位妊娠误诊而服用米非司酮配伍米索列醇患者15例,现分析如下。

一、资料与方法

1.临床资料:本组15例,年龄18~33岁,平均24.5岁。已婚7例,未婚8例。其中有人工流产史4例,药物流产史12例,初孕患者2例。

2.服药方法:15例中有9例自行服药,6例在个体诊所服药。分2 d服用米非司酮150 mg,第3天空腹顿服米索前列醇0.6 g,15例均未到医院或诊所观察。

* 作者单位:671000 云南省大理学院附属医院妇产科

维普资讯 http://www.cqvip.com

3.服药后表现:服药后均有阴道流血,量较少,一般少于月经量,均有阵发性下腹疼痛。8例出现下腹剧痛,伴恶心、呕吐及肛门坠胀等休克表现。7例为下腹隐痛。化验HCG均为阳性,B超检查提示附件区有包块。

二、结果

15例均行手术治疗,术时腹腔内出血量为300~2 500 ml,一侧输卵管峡部妊娠破裂4例,一侧输卵管壶腹部妊娠破裂5例,流产型3例,卵巢妊娠1例,陈旧性宫外孕2例。所有病例术后均有病理检查证实,拆线后痊愈出院。

三、讨论

1.抗早孕药物终止早孕机理:米非司酮是人工合成的甾体化合物,是作用于受体水平的抗孕酮药物。它本身无孕激素、雌激素、雄激素和抗雌激素的活性。通过与孕酮受体的结合而起到阻断孕酮的作用。它主要作用于子宫内膜受体引起子宫蜕膜变性和绒毛变性出血。配用米索前列醇可促使子宫平滑肌收缩,终止早孕疗效确切[1]。

2.抗早孕药物对异位妊娠的影响:输卵管妊娠时,由于不能形成完整的蜕膜反应,对米非司酮敏感。米索前列醇是前列腺素E1衍生物,它对平滑肌有收缩作用,输卵管妊娠时,它对输卵管平滑肌的收缩作用可使管腔压力改变而诱发输卵管妊娠流产或破裂。

3.经验教训:本组中有9例仅凭自我测定尿HCG阳性即认为宫内孕而自行购药服药,另6例虽到个体诊所就诊,从业医师亦凭HCG阳性或妇科检查而确定宫内孕让患者服药而无观察随访造成严重后果。因此各地应加强流产药物的管理,提高从业医师水平,加强生殖健康教育,让广大妇女了解药物流产的副作用及其危害。

4.预防:(1)严格掌握药物流产的适应证,常规做B超检查,明确宫内妊娠。并向孕妇说明药物流产优缺点、注意事项、流产过程等[2]。(2)严格遵守药物流产的规范性用药方法。用药后注意观察和按时监护和随访,而不能将前列腺素类药物给孕妇带回家使用[2]。

参 考 文 献

1.戈海棠,乔攀峰.药物流产致输卵管妊娠破裂30例分析.实用妇产科杂志,2002,18(1):61.

2.韩向阳,孙敬霞,韩燕燕.药物流产并发症的种类处理和预防.中国实用妇科与产科杂志,2000,16(10):592.

(收稿日期:2003-01-21)

重型特重型颅脑损伤57例临床分析

安贵群* 许树元* 王稚钧*

重型、特重型颅脑损伤患者致残率及死亡率高,预后差。为提高治愈率,改善生存质量,自2000年1月至2002年12月,我科对57例患者采取综合治疗的措施,收到理想的治疗效果,现报告如下。

一、资料与方法

1.临床资料:男38例,女19例。年龄14~75岁,平均49岁。车祸27例,砸伤和打击伤9例,跌伤13例,坠落伤8例。入院时GCS评分:3~5分15例,6~8分42例。单侧瞳孔散大16例,双侧瞳孔散大9例。复合伤3例,2例合并脾破裂,1例合并血气胸。

2.影像学资料:本组57例均行头颅CT扫描,其中12例同时行MRI扫描。脑挫裂伤43例,单纯硬膜外血肿6例,硬膜下血肿21例,脑内血肿12例,颅内多发血肿7例,迟发性血肿3例,弥漫性轴索损伤8例。

3.治疗:手术治疗45例,血肿清除术8例,血肿清除+去骨瓣减压术19例,血肿清除+去骨瓣减压+天幕裂孔切开术18例。非手术治疗12例。

4.并发症:大脑后动脉闭塞致枕叶梗塞6例,应激性胃肠溃疡出血12例,肺部感染3例,肾功能衰竭1例。

二、结果

本组57例患者死亡8例,存活49例。对存活的49例患者随访6~20个月,恢复良好28例,中残13例,重残6例,植物生存2例。

三、讨论

1.早期诊断:患者送到医院后要及时行头颅CT检查。重点是迅速查明伤情,特别是查出危及生命的颅内血肿,颅内外大出血,严重的合并伤与低血压、休克、呼吸障碍的原因。早期治疗的重点是在伤后迅速进行呼吸复苏与循环复苏。在呼吸、循环得到支持保证的情况下,对具有紧急手术指征的病例,早期手术处理。清除颅内血肿,制止出血,解除脑受压与脑疝。如果脑疝早期手术,预后较好,延误手术,处理过晚,如病人双侧瞳孔散大超过1 h,呼吸已呈衰竭,手术结果多数很差[1]。严重的合并伤如张力性气胸、血胸、肝、脾、肾破裂者,必须立即处理。本组3例复合伤病人,经积极处理均恢复良好。颅脑损伤后早期低血压是死亡率增高的因素,不能忽略。所以从现场、院前急救到专科治疗都要抓紧。

2.正确确定手术指征和手术方法:手术治疗是颅脑损伤处理中的重要措施,对每一例颅脑损伤病人都要首先分析有无紧

* 作者单位:200431 上海市仁和医院神经外科