

有出现应激反应。与此同时,麻醉助手将食管上口压瘪,以预防胃内进入气体以及出现返流现象。在诱导时避免使用琥珀胆碱,因为此药物能够升高胃内压以及颅内压。在维持麻醉时,应注意保持患者循环系统以及颅内压的稳定。所以,应维持平稳的诱导,并使患者的呼吸处于畅通状态,预防出现引起颅内压上升的两个重要因素,即蓄积二氧化碳以及缺氧。在对患者的硬脊膜以及骨瓣进行开启时,应注意预防因麻醉转浅而造成的屏气与呛咳,以避免颅内压上升^[5]。在术后,应积极预防患者出现休克,避免脑组织进一步缺氧或缺血。笔者认为应在保证通气充分以及麻醉平稳的前提下,对患者的尿量、心电图以及血压与脉搏等进行严密监测,如颅内压上升则应立即停止用药。此外,输液以及输血管理方面也要加强,将尿量以及血压等变化的情况作为参考,对输血量以及输液速度进行适量调整,为了确保患者血液流动的稳定性,则应为失血较多的患者输入全血。为了预防颅内压上升以及引起脑出血,则应严防患者出现呕吐以及恶心等,如患者出现吞咽及咳嗽并恢复一定意识,则应将呼吸道当中的分泌物清理干净,并谨慎拔管。如患者处于深度昏迷状态,同时呼吸以及血压都不稳定,则应将呼吸道当中的分泌物吸尽,以便使呼吸道变得畅通。为了避免局部的黏膜承受太多压力,则应将气管导管所用的充气囊松开,如果在实行手术之后的48h,仍然不能为患者拔管,则应切开气管。

颅内压上升是导致患者死亡的一个重要原因,而要使颅内压得以降低,则可以采用以下方法:第一,通过过度以及间断通气的方法,来降低 PaCO_2 ,以达到使脑血流量得以减少的目的。第二,可将药物甘露醇与呋塞米联合正在一起应用;第三,可将皮质激素用于患者的治疗,因为此药物能够对血管的通透能力进行改善,并使血脑屏障得以维持与恢复。在处理脑膨出方面应注意的事项如下。当患者在手术当中出现脑膨出时,情况比较危急,也难以控制,在有

的情况下需要将一部分脑组织切除才能继续治疗。导致脑肿胀的常见原因为脑血管出现扩张或自动调节方面的功能遭到损坏。因此,在对脑膨出进行处理时,应对动脉的收缩压进行控制,以避免脑血管出现急剧的扩张现象。

在出现颅脑外伤的情况下,通常会合并多器官组织的损伤,例如肝脾破裂以及四肢骨折等。这些并发症的出现会减少循环血量,引起休克以及低血压等,从而加重病情,导致患者死亡。对此,要协调好颅脑手术与其他手术之间的关系,尽量将失血减少,并对休克进行纠正,以便尽早恢复正常循环。综上所述,在对颅脑外伤患者进行麻醉处理时,应注意尽量选用不会对正常体循环造成过大影响以及不会引起颅内压上升的药物。在麻醉处理的过程中,应强化管理麻醉处理工作,积极预防患者出现误吸与返流的情况;为患者保持畅通的呼吸道,控制患者的颅内压,尽量避免颅内压出现上升现象;应为患者维持充足循环血量,并对其供氧状态进行改善,以满足急诊手术的需要。

参考文献

- [1] 耿志宇,宋琳琳,许幸,等.异丙酚复合芬太尼或瑞芬太尼靶控静脉麻醉与静吸复合麻醉的比较[J].中华麻醉学杂志,2010,29(11):941-942.
- [2] 高立群,张英,吴范,等.急症创伤性休克患者的麻醉处理[J].齐齐哈尔医学院学报,2010,29(14):570-571.
- [3] 唐怡菲.肌间沟颈臂丛神经阻滞用于肩部或锁骨手术的麻醉分析[J].河南外科学杂志,2010,31(25):9053-9054.
- [4] 陈武荣,庄心良,王红薇,等.不同全麻诱导药对重型创伤患者脑氧代谢的影响[J].中华麻醉学杂志,2009,20(13):396-397.
- [5] 叶远柱,岳武,杨富明,等.老年外伤性颅内血肿预后影响因素探讨(附144例临床分析)[J].实用老年医学,2010,20(11):1160-1161.

骨化性肌炎的临床X线诊断

涂圣伟

(广东省工伤康复医院,广东 广州 510000)

【摘要】目的 通过对骨化性肌炎患者的X线表现做探讨分析,为此病的诊断提供更多依据。**方法** 对我院28例骨化性肌炎患者的X线表现行回顾性分析。**结果** 本组均是单发病例,病发部位4例在前臂、2例在肘、3例在肩、1例在大腿、2例在小腿、5例在膝、11例在髋关节。X线12例呈“蛋壳”样骨化、4例邻近骨骼周围环绕状骨化、8例有骨膜增生、4例为条带状骨化;**结论** 骨化性肌炎X线表现具有一定的自身特性,一般呈分层、团块、条片状、囊状骨化,如“蛋壳样”较具有特点,亦可通过这些特性与某些骨恶性肿瘤做出区分。

【关键词】 骨化性肌炎; X线诊断; 临床诊断

中图分类号: R685.2

文献标识码: B

文章编号: 1671-8194 (2012) 35-0483-02

骨化性肌炎是一种致病因素尚不明确且较为少见的良性含有非肿瘤性钙化和骨化的病变。在临床治疗中该病早、中期影像较难确诊,部分会呈肿瘤样生长,术前常难与某些骨恶性肿瘤区别,易误诊,因此。为进一步提高对该病的认识、鉴别及诊断,本文对我院2011年1月至2012年1月间诊治的28例骨化性肌炎患者的X线资料行回顾性分析,详情如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

我院2011年1月至2012年1月间收治的骨化性肌炎患者28例,其中男性19例,女性9例;年龄18~50岁,平均年龄32岁;治疗3~25个月,平均治疗过程15个月;28例患者中21例有手术或创伤史、7例诱因不明确。临床上表现为:有局部肿块17例;关节活动受限5例;有明显

压痛6例。皮温稍高或不高,血管无异常;血清AKP检测偏高5例;碱性磷酸酶均正常。本组患者均无家族史,均行X线及均经病理活检证实诊断;28例患者中18例行手术治疗,10例未行手术,行保守医治,临床观察其病情进展。

1.2 检查方法

X线平片,常规拍摄正侧位片。

1.3 临床分期

早期:局部软组织出现肿块,伴有发热、疼痛,关节活动受限。X线片示患处内有不规则棉絮状模糊或关节周围云雾状的钙化阴影,此为反应期。中:局部皮肤高温、发热、压痛,肿块质硬。局部肿块逐渐增大,肌肉僵硬、萎缩,关节疼痛、功能活动受阻。X线片示患处周围生成大量花边状新骨,界限清晰,过后,患处肿物会逐步

股骨近端锁定钛板治疗老年不稳定型股骨粗隆间骨折

谭继华

(昆明东川区第二人民医院骨外科, 云南 昆明 654100)

【摘要】目的 探讨股骨近端锁定钛板治疗老年不稳定型股骨粗隆间骨折的手术方法及临床疗效。**方法** 回顾性分析 2008 年 10 月至 2011 年 10 月治疗的 36 例老年不稳定型股骨粗隆间骨折, 按 Evans 分型, III 型 24 例, IV 型 12 例。全部病例均采用股骨近端锁定钛板内固定治疗。**结果** 术后随访 34 例, 随访 10~46 个月, 平均 20 个月, 骨折全部愈合, 愈合时间 4~6 个月。采用 Harris 疗效评定标准进行评价, 其中优 26 例, 良 6 例可 2 例, 手术治疗优良率 94.8%。**结论** 股骨近端锁定钛板内固定是治疗老年股骨粗隆间不稳定型骨折的好方法。

【关键词】 股骨近端锁定钛板; 股骨粗隆间骨折; 老年

中图分类号: R683.4

文献标识码: B

文章编号: 1671-8194 (2012) 35-0484-02

股骨粗隆间骨折是老年人较常见的骨折, 而不稳定型股骨粗隆间骨折是较为复杂的骨折。非手术治疗的卧床时间长, 并发症及病死率较高^[1]故现目前手术治疗粗隆间不稳定骨折已成为骨科界的共识^[2], 2008 年 10 月至 2011 年 10 月本科在完善术前准备, 提高麻醉和手术耐受力的前提下, 对 36 例老年不稳定型股骨粗隆间骨折选择了近端锁定钛板内固定手术治疗, 取得了较好的疗效, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组 36 例, 男 10 例, 女 26 例, 年龄 61~83 岁, 平均 73.4 岁。受伤原因, 跌伤 32 例, 车祸伤 4 例, 骨折按 Evans 分型 III 型 24 例, IV 型 12 例, 均为新鲜闭合性骨折, 单纯股肌粗隆间骨折 33 例, 合并其他部位的骨折 3 例。合并有不同程度内科疾病的有 30 例, 如心脑血管病、高血压、支气管炎、糖尿病等, 伤后至来诊时间 2h~5d, 平均 3d, 手术均在入院后 1 周内完成。

回缩, 从而形成较为致密的骨化性团块, 此为活跃期。晚: 局部无痛感, 肌肉严重萎缩, 僵硬, 关节强功能、活动严重受限, 局限于某一个体位或活动尺度, X 线片示出现壳状骨性软骨骨化, 范围局限骨化明显致密, 此为骨化期。

2 结果

2.1 28 例患者发病部位主要位于前臂、肘、肩、大腿、小腿、膝、髌关节及肌群。病发后最早骨化时间为 18~75/d, 平均 32/d。本组均是单发病例, 病发体位 4 例在前臂、2 例在肘、3 例在肩、1 例在大腿、2 例在小腿、5 例在膝、11 例在髌关节。

2.2 X 线片示邻近患处的骨骼呈波浪或分层状改变, 其中有 12 例表现为骨性致密影, 长轴与骨干分离, 两者间有线或带状透亮影是典型的“蛋壳”样骨化; 4 例患处分别位于胫腓、股骨近段, 团状高度致密影包裹, 使骨髓腔显示不清晰, 呈絮、放射状致密影是邻近骨骼周围环绕状骨化。8 例表现为高度致密影, 边界清晰为骨膜增生; 4 例呈带状高度致密影, 边界清晰为条带状骨化。

3 讨论

骨化性肌炎的发病机制尚不明确, 一般常见于儿童或青年, 大都为创伤后并发症的表现, 多为患者创伤处血肿吸收, 但亦可继发肌肉僵硬、萎缩和骨化形成, 致使受累肌肉相应关节僵直, 影响关节功能, 甚至造成骨干骨折^[1-3], 但如果及时医治, 就可以减少和控制患者病痛。

临床采用 X 线片检查对骨化性肌炎的确诊有很大帮助, X 线片检查结果往往能将该病的明显症状和特征突现出来, 并能揭示其病情状况^[4]。早期骨化性肌炎的病症是活动时患处非常疼痛, 活动范围受限变小, 局部肿胀, 有明显压痛感, 有硬结出现。通过 X 线片可见患处组织内有不规则棉絮状模糊或关节周围云雾状的钙化阴影, 伴随着病情不断发展, 阴影面积、密度也会随之增大和加深, 中期 X 线摄片显

示患处肿物周围大量生成花边状新骨, 界限清晰, 中后期, 患处肿物会停止发展并缩小, 而形成骨化性团块。晚期时会严重影响关节功能, 导致关节僵硬。本资料显示, 邻近骨骼显示波浪或分层状改变, 其中 12 例呈典型“蛋壳”样骨化、4 例邻近骨骼周围环绕状骨化、8 例有骨膜增生、4 例为条带状骨化。分别位于胫腓骨、股骨近段, 团状高度致密影包裹, 使骨髓腔显示不清, 呈絮状、放射状致密影。

骨化性肌炎临床治疗中会有少数病例无明确外伤史, 其影像表现会酷似恶性骨肿瘤, 因而在手术前不能做出正确诊断。我们认为虽然两者在临床及影像表现上有相似之处, 但其发病机理和病理上有本质上的差别。骨化性肌炎的“骨化”成份为钙化的骨样组织和成熟的骨小梁, 骨化影呈条片状或不定形, 但其间可见骨小梁结构。而起源于骨或软骨的骨肿瘤可有“瘤骨”或“瘤软骨”形成, 影像学表现有其特点。骨软骨瘤为软骨源性肿瘤, 多为长骨干骺端向外生长的局限性骨块, 瘤体表现有环状钙化影。滑膜肉瘤起源于关节滑膜、滑囊、腱鞘及骨骼的恶性肿瘤。X 线表现为跨关节生长的分叶状软组织肿块, 瘤体内可出现点状、片状、条状各型钙化。

综上所述, 骨化性肌炎 X 线表现较具特征, 在临床治疗中值得应用推广, 以提高诊断的准确性, 提高医疗质量。

参考文献

- [1] 戴文海, 徐军红. 局限性骨化性肌炎 X 线诊断[J]. 现代医用影像学, 2006, 15(4): 183-184.
- [2] 刘世学, 张国明. 骨化性肌炎 X 线诊断[J]. 遵义医学院学报, 2011, 34(1): 44-45.
- [3] 劳群, 章士正. 骨化性肌炎的发病机制、病程与影像学关系[J]. 浙江医学, 2007, 29(3): 294-295.
- [4] 贾新年. 局限骨化性肌炎的 X 线、CT 诊断分析[J]. 中国保健营养, 2012, 22(6): 10.