

上臂制动在狐臭切除术后应用比较

易启连 邹平华

(江西省宜丰县人民医院 宜丰 336300)

关键词: 狐臭切除术; 上臂制动法; 术后应用

中图分类号: R619.9

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2005)02-0049-01

上臂制动在狐臭切除术后, 预防切口裂开, 促进切口愈合, 取得了满意的效果。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 我科自 2002 年元月~2004 年 5 月, 共行双侧狐臭切除术 85 例。随机分成 2 组, 治疗组 45 例, 男性 19 例, 女性 26 例; 对照组 40 例, 男性 16 例, 女性 24 例。年龄 16~26 岁。2 组性别、年龄无明显差异。

1.2 上臂制动方法 术后包扎切口, 同时在切口处用厚棉垫压迫切口, 防止皮下渗血, 用绷带把双上臂同身体捆绑在一起, 限制双上臂抬高活动, 直到切口愈合。

2 结果

上臂制动后治疗组有效率 95.6%, 对照组 40.0%。治疗组明显优于对照组, 见表 1。2 组愈合时间比较, 治疗组愈合时间明显短于对照组, 见表 2。

3 讨论

在术后 0~7d 内, 因伤口疼痛, 病人一般不会抬高上臂活

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	45	35	8	2	95.6
对照组	40	9	7	24	40.0

注: 经 Ridit 分析, $P < 0.01$ 。

组别	例数	12~14d	14~16d	20~23d	>23d
治疗组	45	10	30	5	0
对照组	40	0	0	26	14

注: 经 Ridit 分析, $P < 0.01$ 。

动, 7d 后, 因疼痛减轻, 在绷带松懈时, 会无意识的抬高上臂进行活动, 使切口张力增加, 导致切口裂开, 延长切口愈合。上臂制动对预防切口裂开, 促进切口愈合, 有显著效果, 值得在临床上推广使用。

参考文献

[1] 付坚, 刘旭东. 通心络胶囊治疗冠心病心绞痛疗效观察[J]. 江西医学院学报, 2002, 42(6): 55

(收稿日期: 2004-09-14)

中西医结合治疗慢性荨麻疹 120 例

唐伟东

(广西北海市皮肤病防治院 北海 536000)

关键词: 慢性荨麻疹; 中西医结合疗法; 多皮饮; 穴位注射; 合谷穴; 曲池穴; 卡介菌核糖核酸

中图分类号: R 758.24

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2005)02-049-02

2001 年 5 月~2003 年 8 月, 我们采用中西医结合疗法治疗 120 例慢性荨麻疹, 取得满意疗效。现报告如下:

1 临床资料

选择临床确诊为荨麻疹病程超过 6 周且愿意配合治疗的病人 120 例, 其中男 68 例, 女 52 例; 年龄 12~65 岁, 平均 31.5 岁; 病程 6 周~10 年, 平均 9.15 个月; 入选患者无自身免疫性疾病及其他对治疗有影响的病史。对照组 60 例, 男 38 例, 女 22 例; 年龄 13~62 岁, 平均年龄 30 岁; 病程 5.5~11 年, 平均 8.23 个月。

2 治疗方法

治疗组 120 例采用中药内服和穴位封闭治疗结合。中药内服方以赵炳南的多皮饮^[1]为基本方加减, 组方为地骨皮 10g, 五加皮 10g, 桑白皮 15g, 干姜皮 6g, 大腹皮 10g, 白藓皮 15g, 粉丹皮 10g, 赤苓皮 15g, 冬瓜皮 15g, 扁豆皮 15g, 川槿皮 10g, 生地 15g, 当归 15g, 何首乌 12g, 每日 1 剂, 水煎服,

10d 为 1 个疗程。穴位注射取穴(合谷、曲池、血海、足三里)常规消毒, 取一次性 5mL 注射器取卡介菌核糖核酸(商品名为斯奇康) 2mL 行穴位注射, 每穴 0.5~1mL, 4 组穴位交替注射, 隔日 1 次, 10 次为 1 个疗程。对照组 60 例给予口服赛庚定片剂 2mg, 每天 3 次, 雷尼替丁胶囊 0.15g, 每日 2 次, 2 周为 1 个疗程。

3 观察指标及评分标准

主要观察红斑、风团大小、数目、发作频次、皮肤划痕及瘙痒程度, 各指标均按四级评分法(0=无, 1=轻度, 2=中度, 3=重度)进行观察记录。每周随访 1 次, 观察患者前后主客观症状和体征变化情况, 按通常用的四级评分标准, 用积分的方法判断疗效, 积分%=[(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分]×100%。详见表 1。评价治愈: 积分下降大于 70%; 有效: 积分下降在 30%~70%之间; 无效: 积分下降小于 30%或不变。

锁定钢板治疗肱骨近端骨折的临床体会

杨勇¹ 肖义波¹ 熊朝霞²

(1 江西中医学院 2002 级研究生 南昌 330006; 2 江西省新余市人民医院 新余 338025)

关键词: 肱骨近端骨折; 手术疗法; 锁定钢板

中图分类号: R 683.41

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2005)02-0050-02

2002 年 10 月~2004 年 11 月,我科使用 AO/ASIF 锁定钢板治疗肱骨近端骨折患者 18 例,疗效满意。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组男 13 例,女 5 例;骨折愈合时间 3~7 个月,平均 3.8 个月;按 Neer 分型,I 型骨折 8 例,II 型骨折 4 例,III、IV 型骨折 6 例。

1.2 手术方法 采用臂丛麻醉,三角肌胸大肌间隙入路,牵开肌肉,必要时分离部分三角肌,不需要剥离骨膜,清除血肿及碎骨片,复位骨折。有骨质疏松明显患者取自体骨填塞支撑,克氏针临时固定,锁定钢板放于肱骨大结节顶点下 0.5cm,结节间沟后 0.5 cm,放置导向装置及 LCP 钻头导向器,钻孔近端上 1 个锁定螺钉,再加 1~2 个松质骨螺钉,远端用 1~2 个锁定螺钉,其余可全用皮质螺钉。如有肩袖损伤,常规修复,活动肩关节无碍,冲洗后关闭切口。

1.3 术后处理 患肢悬吊位固定 3d,不需其他外固定,除 1 例患者因股骨头严重粉碎性骨折,让其推迟至 3 周后肩关节功能锻炼,其他患者 3~7d 后即行肩关节功能锻炼。

1.4 随访结果 18 例患者经上述方法治疗后随访 15 例骨折均愈合;随访时间最长 20 个月,均未见股骨头坏死,按国际上采用的 Neer 评定^[1],肩关节功能恢复均满意。

1.5 典型病例 患者,男,62 岁,因车祸致左侧肱骨头颈部粉碎性骨折,在外院行“T”型钢板内固定,术后 2 个月仍感患肩酸胀疼痛,且关节活动明显受限。X 线检查示:左侧肱骨头碎片 3 块,且有翻转移位。后在我院手术取出钢板,骨折给予解剖复位,采用肱骨近端锁定钢板固定,骨折近端用 1 个

锁定螺钉加 1 枚松质螺钉,远端用 3 枚皮质螺钉,1 周后患者逐渐行肩关节功能锻炼,局部疼痛消失,关节功能明显改善。

2 讨论

2.1 肱骨远端的骨折的分型及治疗方法 现通用的分型是 Neer 在 Codorman 分类基础上^[1],根据肱骨近端 4 个解剖部位,即肱骨头,大结节,小结节。如肱骨干及相互之间移位程度来进行分类,I 型为所有移位小于 1 cm,旋转小于 45 度的骨折;II 型为两部分骨折;III 型即三部分骨折;IV 型为四部分骨折。肱骨近端骨折多发生于老年及骨质疏松患者,近年来随着车祸的增多,青壮年发病也呈上升趋势。它的治疗原则是争取解剖复位,尽可能保留肱骨头的血液循环,维持骨折端的稳定,并早期开始功能锻炼。对肱骨近端移位不明显的骨折,我们通常行闭合性复位,外展支架或贴胸位固定,而对骨折移位明显或伴肩关节脱位的患者,通常予以手术切开复位内固定术。手术方法包括克氏针张力带、可吸收缝线缝合、T 型钢板固定、三叶草钢板固定、假体置换等。

由于肱骨头大部分为松质骨,老年患者又常有骨质疏松改变,而对于严重粉碎性骨折、骨缺损患者,克氏针张力带固定或可吸收缝线缝合显然不适合。而普通 T 型钢板的横部比较宽而厚、塑形性差,与肱骨近端难以密切服贴,固定于肱骨头的松质骨螺钉数量少,固定不够坚强可靠^[2];三叶草钢板虽部分克服 T 型钢板的缺点,但也存在组织剥离损伤大,且骨折近端固定牢靠性差的缺点。而假体置换更是由于价格昂贵且术后关节活动受限而用之甚少。故以上手术都有术后满意率低、术中操作困难、手术损伤大、术后并发症多等,如断钉、乌、地骨皮、五加皮补肾滋阴,清热安神;丹皮、桑白皮、白鲜皮、川楝皮清热祛风止痒;茯苓皮、扁豆皮、干姜皮、大腹皮、冬瓜皮健脾去湿利水。统观全方无论对实热虚热、实风虚风、实湿虚湿均有疗效。荨麻疹患者发病过程中除体液免疫参与外,细胞免疫也起一定作用的观点已被国内外学者所证实^[2]。临床上常遇到某些严重荨麻疹患者单用抗组胺药物疗效不佳易复发的现象,更多地选择其它免疫治疗药物是可行的。本文用具有免疫调节作用的斯奇康行具有清热祛风、补血活血通络的合谷、曲池、血海、足三里穴位封闭,药物和经络穴位共起协同作用,从而增强机体的抗病能力,抵抗外来致敏源和消灭体内各种致敏炎症介质。提示中西医结合是治疗慢性荨麻疹较好的方法。

表 1 荨麻疹症状和体征的四级评分标准

	0 分	1 分	2 分	3 分
瘙痒	无	1~2 次/d	3~5 次/d	≥6 次/d
红斑	无	少,轻	中等	多量
风团	无	少,<0.5cm	中等,<1cm	多,>1cm
皮肤划痕症	无	略高,缓	条隆,快	条隆,迅速

4 结果

治疗组和对照组分别痊愈 101、30 例,有效 16、20 例,无效 3、10 例,总有效率 97.5%、83.3%。经统计学处理 P<0.05。停药 2 周后 2 组总有效率分别为 92.3%、66.5%,停药 3 周后为 90%、62.3%。2 组相比,无论近远期疗效差异均有显著性。

5 讨论

慢性荨麻疹是皮肤科常见病,病因复杂,病情反复,大部分病人经多种方法多种抗组胺药治疗,疗效均不佳。笔者多年应用中医皮肤科专家赵炳南治疗慢性荨麻疹的经验方多皮饮加减配合斯奇康注射液行穴位封闭治疗慢性荨麻疹取得较好临床效果,尤其远近期效果均优于对照组。多皮饮养血活血,清热祛风,去湿止痒。其中当归、生地养血活血;何首

参考文献

[1]赵炳南,张志礼,孙在原.简明中医皮肤病学[M].北京:中国展望出版社,1983.176
 [2]唐亚娟.荨麻疹外周血 T 淋巴细胞及亚群的检测[J].临床皮肤科杂志,1999,28(4):284

(收稿日期: 2004 - 11 - 09)