

于合并严重神经系统症状、就诊超过 2 周(一般 10d 后复位很困难)、CT 示椎管变窄超过 30%者(预示后纵韧带损伤严重,无法使骨折块复位),需要行椎管探查减压的,也要尽量少破坏后柱结构。

3.4 GSS 椎弓根螺钉系统的特点 GSS 系统是北京协和医院骨科研制设计的一种新型胸腰椎后路椎弓根内固定器械,可以使椎体高度、矢状面、冠状面 Cobb 角得到满意恢复,后突畸形得以纠正。具有如下特点:(1)其螺钉的设计采用一种新型结构,螺纹纵剖面为自上而下外径一致的圆柱形,螺纹深度自钉尖至颈部变浅,在颈部趋于光滑,而钉杆实心部分的纵剖面为锥形,这种结构不但消除了深螺纹结构引起的螺钉颈部应力过于集中,而且可以避免反旋调整引起的螺钉松动。与直径相同的圆柱形及锥形螺钉相比,GSS 螺钉前部的螺纹更深,并且螺纹的纵剖面呈“ $\angle$ ”形设计,轴向拔出力大于 SOCON 与 CCD,表明 GSS 螺钉有很好的锚固作用^[8,9]。(2)GSS 结合了目前常用的多种先进脊柱内固定系统的优点,采用螺钉顶部垂直安装的结构,并有骨折复位器和滑椎复位器等专用工具,可提供多方向、多角度的矫形,无需精确弯棒,操作简便,大大降低了操作难度,节省了手术时间,并且无需过大的术野显露。(3)能很好地纠正侧方移位,对于难复性的胸腰椎骨折脱位,可以于病椎植入螺钉,提拉或者压入复位,效果满意。对于多节段的椎体骨折,植入的螺钉往往不能准确地打在一条直线上,而用 GSS 可通过连接棒的折弯,使连接棒较容易放入钉孔的开口内^[10]。(4)GSS 螺钉和连接棒均采用梯形螺塞,结构更加安全。椎弓根螺钉与棒的连接配合采用球环垫过渡,可使螺钉在矢状面上做 30 度范围的多方

向多角度调节。(5)GSS 连接棒呈圆柱形,锁紧后成为一种半刚性系统,受力均匀,避免了螺钉颈部应力过于集中。(6)GSS 螺钉低切迹设计,可更好地适应脊柱的解剖外形,同时避免了以往内固定钉尾过高压迫皮肤出现破溃或外露内固定现象。本组患者,手术复位效果好,复查 X 线片显示植骨全部融合,近期疗效满意,远期疗效尚需进一步随访。

参考文献

[1]Denisa OA,Shaffrey CI,Jane JA,et al.Surgical approaches for the correction of unstable thoracolumbar burst fractures:a retrospective analysis of treatment outcomes[J].J Neurosurg,1995,83(6):997
[2]Langrana NA,Harter RD Jr,Lin DC,et al.Acute thoracolumbar burst fractures[J].Spine,2000,27(5):498~508
[3]Kim NH,Lee HK.Neurological injury and recover in pations with burst fracture of the thoracolumbar spine [J].Spine,1999,24(3):290~294
[4]李文基,覃辉,程友昌,等.保留脊柱后韧带结构的开门扩大成形术治疗椎管狭窄症的研究[J].中华新医学,2001,2(7):581~582
[5]蔡福金,沈根标,阮狄克,等.后纵韧带对椎体爆裂骨折椎管内骨块复位作用的生物力学研究 [J]. 中国脊柱脊髓杂志,2001,11(6):351~354
[6]Ruan DK,Shen GB,Gui HX,et al.Shen instrumentation for the management of unstable thoracolumber burster fracture [J].Spine,1988,13:526~531
[7]BensonDR.Unstable thoraclumbar fractures with emphasis on the burstfracture[J].ClinOrthop,1998,230:14
[8]李书纲,邱贵兴,翁习生,等.通用型脊柱内固定系统椎弓根螺钉的生物力学测试[J].中华骨科杂志,2002,22(4):229~232
[9]李书纲,邱贵兴,翁习生,等.通用型脊柱内固定系统椎弓根螺钉翻修作用的生物力学研究[J].中华骨科杂志,2002,22(11):648~652
[10]张伟曾,李福平,杨军,等.后路 GSS II 系统在胸腰椎骨折的应用 [J].实用医技杂志,2005,12(11):3 125~3 126

(收稿日期:2007-03-25)

中药热敷治疗静脉炎的疗效观察

王晓英 应震红

(浙江省宁海县第一医院 宁海 315600)

关键词:中药热敷;静脉炎;中医药疗法

中图分类号:R 543.6

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)05-0066-02

静脉炎是病人输液部位沿静脉走向出现条索状红斑,局部组织发红、肿胀、灼热、疼痛,有时伴畏寒、发热等全身症状^[1]。静脉炎是临床护理常见难题,既增加了病人的痛苦,也影响了治疗抢救工作。在临床护理实践中,笔者采用中药热敷 60 例静脉炎患者,并与常规 50%硫酸镁湿敷 60 例进行对照,收到了较为满意的疗效。报告如下:

1 一般资料

将 120 例病人随机单盲法分为治疗组 60 例,对照组 60 例。治疗组男 22 例,女 38 例,年龄 16~68 岁;对照组男 25 例,女 35 例,年龄 20~70 岁。2 组年龄、性别、用药种类、外渗局部红肿面积大小经统计学处理无显著性差别。

2 治疗方法

2.1 治疗组 外敷中药:红花 10g、当归 10g、川芎 10g、元胡 12g、莪术 10g、没药 6g、乳香 6g、黄芩 10g、黄柏 8g、大黄 6g、麝香 1 支,均匀混合装入布包中,放在锅里蒸煮 5~6min,取出稍冷,敷于患处,每个药包可重复使用 3~5 次。

2.2 对照组 立即用 50%硫酸镁湿敷外渗局部 1~2d。

3 疗效观察

3.1 疗效判定 外敷 24h 内,局部红肿疼痛消失,肿胀完全消退为显效;24h 内疼痛明显减轻,肿胀部分消退为有效;24h 疼痛未减轻或加重,未消肿者为无效。

3.2 结果 见表 1。

表 1 2 组治疗效果比较 ($\bar{X} \pm S$) 例					
组别	n	消退时间(h)	显效	有效	无效
治疗组	60	15.87± 7.25	36	24	0
对照组	60	22.05± 5.15	21	25	14

4 讨论

方中红花、当归、川芎补血活血,祛瘀止痛,具有明显扩张血管、降低血液黏稠度及血管平滑肌解痉作用;乳香、没药活血,止痛,消肿,生肌;莪术、醋元胡活血行气止痛;黄芩、黄柏、大黄具有清热活血解毒、燥湿泻火、消肿散结之功效。现代药理学认为黄芩、黄柏的有效成分为小檗碱,具有广谱抗菌作用,有利于炎症的局部消退^[2]。麝香为开窍药,辛温香窜,

38 例再次异位妊娠诊治分析

任建平

(浙江省宁波市江北区人民医院 宁波 315020)

摘要:目的:分析再次异位妊娠的诊断、治疗及结局。方法:回顾性分析 1997 年 9 月~2006 年 9 月我院 38 例再次异位妊娠诊断,首次盆腔粘连情况,治疗方式与本次之间的关系。结果:再次(2 次)异位妊娠 38 例,发生率为 4.37%,再次异位妊娠发生于原患侧与对侧比例基本相同。经腹保守性手术后再次异位妊娠 83.3%发生于原患侧,腹腔镜保守手术无同侧发生,两者有显著差异($P<0.05$),药物保守后原患侧再次异位妊娠与保守性手术相比无差异($P>0.05$)。结论:异位妊娠药物保守与保守性手术治疗效果相近。但术后促进炎症吸收消退,早期复通输卵管有效防止异位妊娠再次发生,提高宫内妊娠有待探讨。

关键词:再次异位妊娠;药物保守;保守性手术;宫内妊娠

中图分类号:R 714.22

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)05-0067-02

再次异位妊娠是指首次异位妊娠经手术切除或保守性治疗(手术或药物)后,再次发生异位妊娠。本文就我院近 9 年来诊治的 38 例再次异位妊娠的病例进行回顾性分析。

1 资料和方法

1.1 临床资料 1997 年 9 月~2006 年 9 月我院共收治异位妊娠 870 例,其中再次异位妊娠 38 例,占 4.37%,38 例患者异位妊娠次数为 76 次,其中我院诊治 50 次,其余 26 次为外院治疗。50 人次异位妊娠中,20 人次为术后病理证实,30 人次根据病史、临床表现、血 HCG 报告结合 B 超确诊。38 例患者中 9 例再次异位妊娠治疗后,宫内妊娠分娩。患者年龄(29.8 ± 5.4)岁,两次异位妊娠间隔为 5 个月~10 年。

1.2 研究方法 回顾性分析 38 例再次异位妊娠患者首次异位妊娠治疗方法,术中所见盆腔粘连情况与本次异位妊娠之间的关系。

1.3 统计方法 采用卡方检验。

2 结果

2.1 再次异位妊娠特点及部位 38 例再次异位妊娠发生于原患侧 20 例,对侧 18 例,再次异位妊娠发生于原患侧与对侧比例基本相同。我院诊治 50 人次异位妊娠中有停经史者 43 人次,平均停经时间 42.3d,无停经 7 人次,占 14%;有阴道流血者 44 人次,占 88%;有腹痛者 27 人次,占 54%。异位妊娠经手术检,其中发生于输卵管壶腹部 14 人次,伞部 4 人次,峡部 2 人次,破裂 4 例,流产型 6 例。20 人次输卵管腹腔内积血,平均 310mL,包括 4 例破裂型。

2.2 首次异位妊娠治疗方法与本次妊娠部位的关系 9 例首次异位妊娠行一侧输卵管切除,其中 5 例发生于 2000 年以前,4 例发生于 2000 年以后,一侧输卵管切除后本次异位妊娠均发生于对侧,无发生于残端者。保守性手术(包括输卵管切开取胚胎、孕囊挤出搔刮、输卵管伞端造口)中,经腹手术后本次发生于原患侧 5 例,对侧 1 例;腹腔镜手术后本次均发生于对侧 2 例,两者有差异($P<0.05$)。药物保守治疗后,于原患侧再次异位妊娠 15 例,对侧 6 例,与保守性手术相比无差异($P>0.05$)。见表 1。

2.3 再次异位妊娠与盆腔粘连关系 再次异位妊娠者经腹*****能行血分之滞,开血分之结,具有通经活络、活血散结、消肿止痛之功效,因含麝香酮又有抗菌消炎作用,故对静脉炎的防治效果好^[3]。中药热敷价格便宜,操作方便,且无毒副作用,患者容易接受。

治疗方式	首次异位妊娠	本次异位妊娠	
		同侧	对侧
手术切除一侧	9	0	9
经腹保守手术	6	5	1
药物保守	21	15	6
腹腔镜保守手术	2	0	2
共计	38	20	18

手术 16 例,术中见盆腔严重粘连 8 例,轻度粘连 3 例,共占 69%,发生于原患侧 6 例,对侧 5 例;术中未见明显粘连 5 例,原患侧发生异位妊娠 3 例,对侧 2 例。两者相比无明显差异($P>0.05$)。术中均未行病原体测定,术后给予中西药治疗。

2.4 随访 38 例再次异位妊娠患者除去 3 例因恐惧再次异位妊娠而切除双侧输卵管外,余 35 例进行电话或门诊随访。3 例因子宫内异症伴子宫肌瘤行子宫切除,5 例避孕至今,19 例经中药灌肠结合宫腔镜治疗,9 例宫内妊娠分娩。8 例失访。

3 讨论

3.1 诊断 本组 38 例再次异位妊娠患者中,4 例为输卵管妊娠破裂,腹腔内积血均未超过 1 000mL。分析病史均有其特殊性,2 例无停经史,少量阴道流血认为月经,因腹痛来我院就诊由内科转入;2 例宫内节育器放置后月经不调,原有盆腔炎炎,当地医院抗炎治疗腹痛未缓解而来我院急诊入院。近年来由于患者和医师对异位妊娠的警惕,以及血尿 HCG 测定和超声的应用,异位妊娠得以早期诊断。

3.2 治疗方式 研究表明输卵管妊娠采取电视腹腔镜下保守治疗,在原患侧再次发生异位妊娠机率小于经腹腔镜保守手术,有文献报道药物治疗后重复异位妊娠发生率低于经腹腔镜造口术^[4],对保守治疗而言,选择药物或手术保守,在原患侧或对侧再次异位妊娠的可能性接近。药物保守性治疗或手术保守治疗均可能造成输卵管腔瘢痕、狭窄、粘连,但对输卵管完整性而言药物保守优于保守性手术。

再次异位妊娠者经腹手术 16 例中盆腔粘连 11 例,其中异位妊娠发生于原患侧 6 例,对侧 5 例,与术中未见明显粘连 5 例,异位妊娠发生部位相比无差异,提示盆腔粘连与不可能与受孕机率有关,而再次异位妊娠可能与输卵管局部炎*****

参考文献

[1]丁言雯.护理学基础[M].北京:人民卫生出版社,1998,210~211

[2]王筠默.中药药理学[M].上海:上海科学技术出版社,1990.36

[3]颜正华.中药学[M].北京:人民卫生出版社,1991.710,806

(收稿日期: 2007-03-21)