间为 2~3 周，固定期间主动活动掌指关节和指间关节及肩、肘关节。术后 6 周开始进行力量性功能锻炼。

3 结果

本组所有患者均获随访，随访时间 10~18 个月，平均 12 个月。X 线片显示骨折全部愈合。桡骨远端掌倾角为 10°~15°，平均 11°；尺倾角为 15°~25°，平均为 20°；桡骨短缩均 <2mm。疗效根据 Dienst 等^[2]功能评估表进行评定(见表 1)：优 20 例，良 5 例，可 1 例，差 1 例。

表 1 Dienst 功能评估标准

评估等级	主观评估		客观评估		
	疼痛	活动	功能	握力	掌屈或背伸减少
优	无	不受限	无损伤	同对侧	<15°
良	偶尔	剧烈活动受限	接近正常	接近正常	15°~30°
可	经常	工作轻微受限	减弱	减弱	30°~50°
差	持续	正常活动受限	明显减弱	明显减弱	>50°

4 讨论

桡骨远端是指距桡骨远端关节面 3cm 以内，该处是松质骨和密质骨的交界处，是解剖上的薄弱部位，一旦受到外力易发生骨折。对于一般的桡骨远端关节外简单骨折，通过整复、小夹板或石膏外固定可以达到满意的效果。但对于关节内和不稳定性骨折，普通的外固定难以维持良好的复位，从而导致桡骨远端的短缩、掌倾角和尺倾角减少、关节面不平整，继发疼痛和关节功能障碍。姜保国等^[3]认为，桡骨短缩将导致腕关节活动度的显著下降，关节面的不平整是导致关节活动时疼痛和创伤性关节炎的主要原因；汪新民等^[4]发现当桡骨远端关节面背倾 10° 以上时，腕关节掌屈、尺偏、旋前、旋后运动范围明显减少。因此，对于桡骨远端不稳定性骨折和手法复位失败的病例，临床上需要采取积极的手术治疗^[5]。手术入路的选择和骨折类型密切相关。按 AO 分类，B2 型骨折(部分关节内骨折，含背侧 Barton 骨折及骨块向背侧移位的骨折)宜采用腕背侧纵形切口和背侧 T 形钢板；其余类型的骨折均采用腕掌侧入路和掌侧 T 形钢板。

通过临床实践，我们认为虽然桡骨远端背侧不平整的骨皮质表面，可通过部分或完全切除 Lister 结节而改善，但 T 型钢板置于桡骨远端背侧，伸拇长肌腱斜跨于 T 型钢板上容易导致伸拇长肌腱炎、肌腱粘连或伸拇长肌腱断裂等并发症。桡骨远端骨折掌侧钢板固定较背侧钢板固定有明显的优势：(1)桡骨远端掌侧缘向背侧凹陷，掌侧皮质与屈肌腱之间存在较大的间隙，钢板易于置入；(2)桡骨远端掌侧缘骨床较平坦，易于钢板的贴附；(3)旋前方肌可将掌侧钢板与屈肌腱分隔，避免出现屈肌腱炎、肌腱断裂等并发症；(4)骨折愈合后无须拆除钢板。对于包括桡骨茎突骨折的 3、4 部分桡骨远端骨折，单纯的掌侧钢板固定起不到稳定桡骨茎突的作用，结合桡骨茎突克氏针或螺钉固定可有效地对抗桡肌对桡骨茎突骨折块的牵拉。

术后并发正中神经损伤是桡骨远端骨折术后的常见并发症，往往是由于术中过度牵拉或术后肿胀引起神经卡压所致，术中充分游离正中神经并加以保护(必要时可行腕管潜行减压)可以预防。T 型钢板内固定治疗桡骨远端不稳定骨折，手术操作简单安全，固定牢靠，避免了反复整复对软组织的损伤，减少诸多医源性并发症的发生，降低了患者骨折畸形愈合、创伤性关节炎及腕关节活动障碍的发生，有利于骨折愈合，是一种较好的治疗方法。

参考文献

[1]Hanel DP,Jones MD,Trumble TE.Treatment of complex fractures, wrist fractures[J].Orthop Clin North Am,2002,33: 35
 [2]Dienst M,Wozasek GE,Seligson D.Dynamic external for distal radius fractures[J].Clin Orthop,1997,338: 160-171
 [3]姜保国,龙奎元,张殿英,等.桡骨远端骨折的治疗策略[J].中华创伤骨科杂志,2004,6(10): 1 118-1 121
 [4]汪新民,钟世镇,赵为东,等.桡骨远端骨折掌倾角改变的三维运动分析[J].山西医科大学学报,2003,34(2): 147-149
 [5]Nana AD,Joshi A,Lichtman DM.Plating of the distal radius [J].J Am Acad Orthop Surg,2005,13(3): 159-171

(收稿日期: 2008-01-14)

泻黄散加味治疗顽固性复发性口疮 45 例

应荣花

(浙江省东阳市中医院 东阳 322100)

关键词: 顽固性复发性口疮;泻黄散加味;中医药疗法

中图分类号:R 781.5

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2008)04-0034-01

泻黄散出自《小儿药证直诀》，又名泻脾散，由藿香、栀子、石膏、甘草、防风组成，功用泻脾胃伏热，主治脾胃伏火、热在肌肉、口疮、口臭等。顽固性复发性口疮是口腔黏膜反复发作疼痛性溃疡，久治难愈，病因不明，西医治疗药效不明显。本人自 2001 年 1 月~2007 年 6 月共应用泻黄散加味治疗该病 45 例(均为门诊病人)，取得较好疗效。现报道如下：

1 临床资料

1.1 一般资料 45 例中年龄最大 68 岁，最小 5 岁，多数 20~45 岁。男性 16 例，女性 29 例。病程 1 年以内 12 例，1~3 年 20 例，3~5 年 6 例，5 年以上 7 例。复发间歇期：基本无间歇期 3 例(此起彼伏)，间歇 1~2 周复发 8 例，间歇 1~2 个月 20 例，不定期者 14 例。无诱因者 9 例，女性经期发作者 16

例，自觉与饮酒或吃火锅、烧烤及辛辣之品有关者 15 例，与其他疾病共患者 5 例。

1.2 治疗方法 泻黄散加味：栀子 6g、生石膏(先煎)30g、防风 12g、藿香 10g、大黄(后下)3g、黄连 3g、黄芩 5g、白茅根 30g、甘草 3g。加减：儿童减量，未婚女性生石膏改用 10g；便秘者去黄连、黄芩，加党参、白术，山药；气虚明显者加黄芪、白术；阴虚明显者加生地、玄参；湿热重者加佩兰、豆蔻、米仁；舌尖红者加生地、竹叶。每天 1 剂，服至溃疡消失，续服 1 周，停药观察。

1.3 疗效评价标准 显效：停药 6 个月无复发；有效：停药后偶有小发作，但溃疡个数、面积缩小，发作时间缩短，间歇期延长；无效：服药半月以上无效果或停药后 1(下转第 41 页)

标准:急诊手术;有可能引起恶心呕吐的消化道、中枢神经系统及其他疾病史;有糖尿病及皮质类固醇禁忌证病史;近期使用止吐药;1 周内皮质类固醇激素及鸦片类药物应用史。血清电解质及生化指标均正常,术前禁食 8~12h。120 例随机分为联合组、托烷司琼组、对照组各 40 例。三组患者年龄、体重、手术时间、气腹时间比较差异均无显著性意义($P>0.05$),见表 1。

表 1 三组一般资料比较 ($\bar{X} \pm S$)

组别	n	年龄/岁	体重/kg	手术时间/min	气腹时间/min
联合组	40	50.1± 9.1	56.2± 9.3	106.8± 17.4	87.6± 8.0
托烷司琼组	40	49.3± 10.2	55.8± 10.7	100.4± 19.6	89.2± 14.6
对照组	40	51.2± 10.1	57.1± 11.1	99.6± 13.0	90.4± 5.0

1.2 研究方法 诱导前 10min,联合组:静脉注射托烷司琼 2mg (国药准字 H20060460)+ 地塞米松 10mg+ 氟哌利多 2mg;托烷司琼组:静脉注射托烷司琼 2mg;对照组:静脉注射生理盐水 10mL;联合组及托烷司琼组均用生理盐水稀释至 10mL,注药速率与对照组相同。

1.3 观察指标 观察术后 24h 恶心呕吐发生情况及严重程度,PONV 评级:0 度:无 PONV;I 度:有恶心但无呕吐;II 度:30min 内呕吐 1~2 次;III 度:30min 内呕吐 3 次以上。并随访 24h 清醒状态及有无焦虑、锥体外系症状等不良反应发生。

1.4 统计分析 采用 SPSS10.0 统计软件进行统计学分析,计量资料以均数± 标准差($\bar{X} \pm S$)表示,组间比较采用成组 t 检验,计数资料比较采用卡方检验。

2 结果

对照组有 6 例病人 PONV 严重,静脉注射托烷司琼 2mg+ 氟哌利多 2mg+ 地塞米松 10mg 后很快停止。与对照组比较,联合组、托烷司琼组的 PONV 发生率、严重程度明显降低($P<0.05$),联合组 PONV 发生率最低,见表 2。24h 三组病人意识均清醒,120 例病人未发现有焦虑、锥体外系症状等不良反应的发生。

表 2 24h PONV 情况 例

组别	n	0 度	I 度	II 度	III 度	I-III 度合计[例(%)]
联合组	40	36	2	2	0	4(10)*
托烷司琼组	40	28	6	4	2	12(30)*
对照组	40	16	6	12	6	24(60)

注:与对照组相比,* $P<0.05$ 。

3 讨论

近年来的研究发现,除麻醉因素外,许多与麻醉没有直接相关的因素也可影响恶心呕吐的发生率^[2]。本研究选择同类手术、麻醉用药和麻醉方式,以减少影响恶心呕吐的因素,从而保证研究的可靠性。

PONV 是全麻后常见的合并症之一,可导致切口张力增加,静脉压增高,水电解质紊乱,酸碱失衡以及误吸、窒息等合并症^[3]。据文献报道,PONV 发生率为 1%~80%,平均 20%

(上接第 34 页)周即新发溃疡者。

1.4 治疗效果 显效 13 例,有效 25 例,无效 7 例,有效率为 84.4%。疗效与性别、年龄无明显关系,与病程长短有显著相关,病程越长,疗效越差。

2 讨论

顽固性复发性口疮临床多见,其特点是此起彼伏,患者极其痛苦,往往影响进食。足太阴脾经连舌本,散舌下,舌为

~40%,尤以妇科腹部手术为甚^[4]。与恶心呕吐有关的神经递质包括乙酰胆碱、组胺、多巴胺、去甲肾上腺素和 5-羟色胺,其中以 5-HT₃ 作用最为显著。PONV 多发生在术后 24h 内,以往研究通常在术毕或行术后镇痛时才应用止吐药物,但事实上机体在术中就已释放大量的神经递质,尤其是 5-HT₃。所以在切皮前预防应用 5-HT₃ 受体拮抗药可以最大限度地阻止 5-HT₃ 与受体结合。

本研究中的托烷司琼^[5]是 5-HT₃ 受体强效、高选择性的竞争拮抗药,主要通过选择性地拮抗外周神经元突触前 5-HT₃ 受体而抑制呕吐反射,同时也可能通过对中枢 5-HT₃ 受体的直接阻断而抑制迷走神经的刺激作用。这种双重作用阻断了呕吐反射过程中神经递质的化学传递,从而降低 PONV 的发生率。托烷司琼有效作用时间为 24h,国内多中心的随机研究显示,单次静脉注射托烷司琼可降低全麻下腹部手术 PONV 的发生^[6,7]。而氟哌利多属于丁酰苯类药物,可特异性地阻断中枢多巴胺受体而发挥镇静、止吐作用,但不能有效抑制迷走神经兴奋引起的下腹不适和严重的 PONV 反应,且剂量大及反复应用时可产生焦虑及锥体外系症状等不良反应。地塞米松是一种皮质类固醇激素,其作用时间为 36~54h,其止吐作用机制不甚明了,可能与中枢或周围两种途径抑制 5-HT₃ 产生分泌有关,也可能与中枢前列腺素的合成或改变血脑屏障对血浆蛋白的通透性,降低了血液中的 5-HT₃ 作用于大脑催吐感受区的浓度,从而抑制恶心呕吐等有关^[8]。本研究结果显示,托烷司琼合用小剂量地塞米松及氟哌利多预防 PONV 有协同作用,三者联合应用的作用更明显,维持时间更长久,可有效地降低 PONV 的发生率,值得在临床推广应用。

参考文献

- [1]赵晓琴,叶铁虎,罗爱伦,等.腹腔镜胆囊切除术后患者恶心呕吐的预防[J].中华麻醉学杂志,1997,17(1):46-47
- [2]安刚,薛富善.现代麻醉学技术[M].北京:科学技术文献出版社,1999. 1 193-1 196
- [3]Cohe MM, Cameron CB,Duncan PG.Pediatric anesthesia morbidity and mortality in the perioperative period[J].Anesth Analg, 1990,70: 160-167
- [4]Kovac AL. Prevention and treatment of postoperative nausea and vomiting[J].Drugs,2000, 59 (2):2
- [5]顾漪闻,应隽,王祥瑞.托烷司琼对曲马多静脉自控镇痛相关恶心呕吐的防治作用[J].临床麻醉学杂志,2006,22(2): 93-95
- [6]彭章龙,赵欣,金环,等.托烷司琼预防腹腔镜胆囊切除术后病人恶心呕吐的效应[J].中华麻醉学杂志, 2006, 26(7):609-611
- [7]朱明炜,曹金锋,祝学光,等.托烷司琼临床腹部手术后恶心,呕吐的多中心随即对照研究[J].中国临床药理学杂志,2003, 19(2):96-99
- [8]Tsakagoshi S.A new antiemetic ramosetron hydrochloride [J].Jpn J Lanaer Chemotherapy,1997,24(3): 371-380

(收稿日期: 2008-01-23)

脾之外候,又舌为心之苗,故心脾伏火易发口疮。顽固性复发性口疮的病机多数为热伏心脾。泻黄散主治脾胃伏火,大量清热解毒药能清热泻火,重用防风发散郁热,取《内经》“结者散之”、“火者发之”之意。而苦寒过重易伤脾胃,且影响发散的疗效,用小量泻心汤泻火;佐以藿香芳香醒脾,理气和中,振奋脾胃之气机,并助防风以疏散脾中伏火;使以白茅根、甘草和中泻火,清热生津。诸药合用,伏火得清,口疮自愈。

(收稿日期: 2008-02-02)