

尺偏角为 20~25°，桡骨茎突长于尺骨茎突约 12mm，这些结构都是与腕关节功能密切相关的，在桡骨复位时应尽可能恢复上述结构的解剖位置。对于一般的关节外骨折，整复后采用石膏固定，是可以达到满意的治疗效果的，但对于涉及关节面的骨折和不稳定的粉碎性骨折，普通外固定难以维持良好的复位，从而导致桡骨远端短缩、掌倾角及尺偏角减小、关节面不整等，继发疼痛、关节功能障碍。统计表明，涉及关节面的骨折创伤性关节炎的发生接近 40%^[2]。关节面移位超过 2mm，局部应力将增加 27%~51%，同时应力中心一部分将转移到尺骨，产生腕关节的位置和运动变化，并导致腕关节的创伤性关节炎^[3]。因此，治疗上要尽可能恢复桡骨远端的正常形态，特别是关节面的完整性与桡骨的高度，使其恢复腕关节的功能。本组对于累及桡骨远端关节面、骨折关节面移位大于 2mm 者均按不稳定性骨折处理。

桡骨远端骨折切开复位的手术入路随损伤机制的不同可以选择掌侧、背侧、掌背侧入路，笔者认为应以掌侧为优，必要时附以背侧小切口协助复位。因为桡骨掌侧平整，经掌侧入路切开复位时很容易将接骨板放置在桡骨的掌侧面，又能够用旋前方肌覆盖接骨板，对腕部肌腱干扰少。但对于来自于掌侧的暴力造成桡骨远端向背侧移位，掌侧入路术中复位困难者要附以背侧切口，尽可能达到解剖复位。本组功能差的 3 例为背侧移位者，骨折粉碎压缩，采用的是单纯掌侧入路，复位不良，术后仍有桡骨短缩 2mm 以上。本组无 1 例出现腱鞘炎和肌腱断裂现象。

内固定方法的不断发展为桡骨远端关节内骨折的疗效创造了很好的条件，锁定加压接骨板是在动力加压接骨板和有限接触动力加压接骨板的基础上，结合 AO 点接触接骨板和微创内固定系统特点设计研制的，该系统的螺钉分为普通和锁定两种，锁定螺钉的尾部有精密的螺纹，与螺钉空的螺纹相配合，锁定螺钉的植入方向是严格定向的，这就要求钻孔时要借助定位模板进行，锁定螺钉完全拧入并与钢板的螺钉锁定后，钉板系统成为一个整体，这时整个系统类似于一个置于皮下的外固定支架，接骨板无需和骨皮质接触，彼此之间存在的空间空隙既有效地保护了连在骨片上的软组织，减少了骨折片血运供应的干扰，为骨折愈合创造良好条件，又避免了传统接骨板在预弯不良的情况下拧紧螺钉所造成的骨折端移位。本组病例随访表明，直至骨折愈合，固定均未丧失，证实 LCP 锁定机制能够为骨折提供稳定性，还能够提高对骨折端位置的维持作用及螺钉对骨块的抓持力，这一优点在骨质疏松骨折的病人应用上体现得更加充分。

本组患者的实践证明，掌侧入路切开复位 LCP 内固定治疗桡骨远端不稳定骨折具有手术简便、复位准确、固定牢靠、疗效满意的优点。

参考文献

[1]Aro HT, Koivunen T.Minor axial shortening of the radius affects outcome of colles fracture treatment [J].J Hand Surg(Am),1999,16: 392-398
 [2]姜保国,张殿英,傅忠国,等.桡骨远端粉碎骨折及关节内骨折的手术治疗[J].中华骨科杂志,2002,22(2): 80-83
 [3]Baratz ME, Des Jardins JD, Anderson DD,et al. Displaced intra-articular fractures of the distal radius: the effect of fracture displacement on contact stresses in a cadaver model [J].J Hand Surg(Am),1996,21:183-188

(收稿日期: 2010-01-10)

中医外治法治疗过敏性鼻炎 38 例体会

张东林

(江西省南丰县中医院 南丰 344500)

关键词:过敏性鼻炎;中医外治法;体会

中图分类号:R 765.21

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.03.023

过敏性鼻炎是发生在鼻腔黏膜的变态反应性疾病，以喷嚏、流涕、鼻痒、鼻塞等为主要症状，病证顽固，反复发作，根治手段欠佳，抗组织胺类、类固醇类药物运用只能起到缓解症状的作用。自 2003 年以来笔者运用中医外治法治疗过敏性鼻炎 38 例，取得较满意的疗效。现报道如下：

1 临床资料

1.1 一般资料 病例均为本院门诊、住院病人。62 例病例中，男性 35 例，女性 27 例。治疗组 38 例，年

龄最大 46 岁，最小 5 岁；病程 1~11 年。对照组 24 例，年龄最大 45 岁，最小 6 岁；病程 1~12 年。症状为突发流涕、鼻塞、鼻痒、喷嚏，发病迅速，常反复发作，或轻或重，患者鼻腔黏膜多潮红或水肿或黏液多。

1.2 治疗方法

1.2.1 治疗组 中药细辛、苍耳子、辛夷花、白芷、薄荷、冰片各 1 份，焙干研末，装瓶备用。用消毒棉球蘸取药末轻轻塞于鼻腔深处，两(下转第 36 页)

经时间 32~56d, 初孕者 12 例, 有孕产史 38 例。

1.2 方法 甲氨喋呤 50mg 单次肌注, 同时口服宫外孕 II 号方汤剂(赤芍 15g、丹参 15g、桃仁 9g、三棱 5g、莪术 5g), 每日 2 次, 共服 7 剂。用药期间静滴抗生素预防感染。在治疗第 4 日或第 7 日测血 β -HCG, 若治疗后 4~7d 血 β -HCG 下降小于 15%, 应重复甲氨喋呤剂量治疗, 然后每周重复直至血 β -HCG 降至 5U/L, 一般需 3~4 周。治疗期间须严密监护并注意患者病情变化、生命体征变化、下腹痛、阴道流血等情况及药物毒副反应, 必要时中药方可随症加减控制并发症。

1.3 疗效标准 若用药后 14d 血 β -HCG 下降并连续 3 次阴性, 腹痛缓解或消失, 阴道流血量减少或停止, B 超盆腔包块缩小或不继续增大, 血 β -HCG 下降 30%~50%或接近正常为治愈; 腹痛加剧, B 超包块未缩小或增大, 血 β -HCG 未下降或增高, 治疗过程中出现手术指征, 改行手术治疗者为无效。

1.4 结果 42 例治愈, 治愈率 84%。15 例用药后出现轻度恶心呕吐、腹胀腹泻, 可以忍受, 继而症状渐渐消失; 2 例出现转氨酶升高; 10 例用药 3~4d 出现明显腹痛, 阵发性, 持续 24~48h 减轻或消失。8 例无效, 中转手术。

2 讨论

输卵管妊娠是妇科常见的病种, 治疗方法分为保守治疗及手术治疗(腹腔镜及开腹手术), 手术治疗虽然直截了当, 迅速消除病灶, 但由于其可能切除患侧输卵管, 减少了术后的妊娠机率, 对患者的身体造成一定的创伤, 且费用较高, 存在一定的局限性, 故而许多患者不愿接受。近年来, B 超检查结合血 β -HCG 定量检测, 可使大多数输卵管妊娠在破裂之前确诊, 从而为输卵管妊娠的非手术治疗创造了先机与有利条件。药物治疗方法多样, 但甲氨喋呤为首选, 其疗效确切。甲氨喋呤是叶酸拮抗剂, 可抑制四氢叶酸生成而干扰 DNA 的合成, 使滋养

(上接第 32 页) 鼻交替用药, 每日 3~5 次, 以出现多次喷嚏为佳, 连续用药 4 周。同时将以上药末加入适量醋, 做成黄豆大小的醋药丸, 每晚用胶布固定于迎香穴(双侧)、印堂穴。有季节性发作史者, 冬季发作可夏天治疗, 夏季发作可冬天治疗。

1.2.2 对照组 口服息斯敏 3mg, 1 次/d, 外用滴鼻净, 2 次/d, 连续用药 4 周。
1.3 治疗结果 治疗组 38 例, 治愈 10 例, 好转 24 例, 无效 4 例, 总有效率 89.5%; 对照组 24 例, 治愈 2 例, 好转 16 例, 无效 6 例, 总有效率 75.0%。两组比较有显著差异 ($P < 0.05$)。

细胞分裂受阻, 胚胎发育停止而死亡, 反复用药物对输卵管组织无破坏性, 多数患者治疗后输卵管通畅。中医认为异位妊娠为少腹血瘀之实证, 治疗始终以活血化瘀、消癥杀胚为法, 中西医结合, 可加速胚胎死亡, 使瘀血得去、气血通畅, 且可预防输卵管瘀血阻滞粘连, 中药方随症加减, 还可减轻甲氨喋呤的毒副作用。

宫外孕 II 号方和甲氨喋呤联合治疗非破裂型输卵管妊娠应该注意: (1) 要严格掌握药物治疗的指标, 根据症状及 B 超、实验室检查综合判断, 治疗前必须向患者及家属详细说明病情、治疗的目的、方法、优势、注意事项及可能的预后转归, 取得患者及家属的同意与配合。(2) 治疗过程中有少数患者(本组 6 例)的血 β -HCG 出现一过性升高, 然后降至正常, 这或许是甲氨喋呤自身的衍生物细胞内谷氨酸聚合反应增加了 HCG 代谢及滋养细胞坏死, HCG 释放入母体血循环中所致, 不一定是药物化疗无效, 故此时不应急于手术治疗, 可观察, 若血 β -HCG 用药后成倍快速上升或出现内出血征象时应考虑手术治疗。(3) 少数患者在用药初期腹痛加剧, 可能与药物作用使滋养细胞坏死溶解, 与输卵管分离, 少许渗血或妊娠组织物流至腹腔内刺激腹膜, 引起子宫收缩有关, 如生命体征稳定, 血 β -HCG 无异常, B 超盆腔内积液无或无增加, 亦可继续观察, 不应急于手术。(4) 部分患者有用药后阴道流血量增多并排出蜕膜组织的现象, 这可能是杀胚的反应, 因此, 我们认为这很可能是观察药物治疗效果或预测成功的一个征兆。(5) 甲氨喋呤毒副作用较大, 用药前应让患者及其家属知情, 并在用药期间注意检查血常规、肝肾功能, 防止发生不良后果。

总之, 宫外孕 II 号方和甲氨喋呤联用治疗非破裂型输卵管妊娠疗效确切, 预后良好, 患者乐于接受, 可在临床上广泛应用。

(收稿日期: 2010-01-14)

2 讨论

过敏性鼻炎属中医“鼻鼽、鼽嚏、鼽衄”范畴。由于生态环境失衡、空气污染、气候反常等因素, 本病发病率逐年增高。本病病程缠绵, 反复发作, 中西医结合治疗方法多而疗效欠佳。经皮肤黏膜给药治疗过敏性鼻炎, 可有效克服药物所产生的毒副反应和耐药性, 其局部产生的血药浓度对改善和修复病变组织有明显的效应。细辛、辛夷花、苍耳子、薄荷、白芷、冰片具有辛散走窜、解毒消炎的功效; 苍耳子、辛夷花有类似于“抗组胺药”作用。本组结果显示, 中医外治法治疗过敏性鼻炎疗效较好, 值得临床推广。

(收稿日期: 2010-01-11)