

分 2 次服,7d 为 1 个疗程,连用 2 个疗程。昏迷患者一旦清醒,即开始口服中药治疗,其他患者入院后即给予中药口服治疗。

1.3 统计学处理 采用 χ^2 检验。

2 疗效观察

2.1 疗效标准^[1] 痊愈:症状及体征基本消失,日常生活完全自理,病残程度 0 级,功能缺损评分减少 90%~100%;显效:症状及体征明显好转,瘫痪肢体肌力增进 II 级以上,生活部分自理,病残程度 I~III 级,功能缺损评分减少 45%~90%;好转:症状及体征好转,瘫痪肢体肌力增进 I 级,功能缺损评分减少 19%~45%;无效:症状及体征无明显改善,功能缺损评分减少或增加在 17%左右;恶化:功能缺损评分增加在 18%以上。

2.2 治疗结果 经 2 个疗程治疗,两组疗效比较见表 1。

表 1 治疗组与对照组临床疗效比较 例(%)						
分组	n	痊愈	显效	好转	无效	恶化 总有效率(%)
治疗组	36	22(61.1)	8(22.2)	5(13.9)	1(2.8)	0 97.2*
对照组	34	12(35.3)	6(17.6)	9(26.5)	7(20.6)	0 79.4

注:两组比较,*P<0.05。

3 讨论

脑梗死属中医“中风”范畴,由于阴阳失调,气血逆乱,产生“风、火、痰、瘀”,导致脑脉痹阻。病机

主要为气血不足,肝肾阴虚,脏腑功能失调,“风、痰、瘀、热”互结,阻滞经络。故以益气、活血、祛瘀、化痰、祛风、通络为治则。自拟活血化瘀汤方中黄芪、党参、白术益气活血;蜈蚣、地龙、僵蚕、全蝎祛风通络;当归养血活血;川芎、红花、桃仁、丹参活血祛瘀;菖蒲化痰开窍。现代药理研究表明,红花主要有抗血凝、扩血管、增加血流量、改善微循环和抑制血小板聚集、阻止血栓形成、促进血栓溶解等作用^[2];丹参有效成分为脂溶性丹参酮及水溶性酚类物质,能扩血管,降低血液黏度,减少血小板黏附和聚集,改善心脑血管供血不足^[3];黄芪可扩张冠脉,改善心脏功能,增加抗缺氧能力,防止脂质过氧化^[4]。上药合用,标本兼治,疗效满意。在早期治疗急性脑梗死,采用中西医结合治疗,疗效较单纯西药效果要好,值得推广。

参考文献

[1] 中华神经科学会. 各类脑血管病诊断要点 [J]. 中华神经科杂志, 1996,29(6): 379-381
[2] 尹宏斌,何直升,叶阳. 红花化学成分的研究[J]. 中草药,2001,32(9): 776
[3] 杜冠华,张均田. 丹参现代研究概况与进展[J]. 医药导报,2004,23(6): 355
[4] 韩玲,陈可冀. 黄芪对心血管系统作用的实验药理学研究进展[J]. 中国中西医结合杂志,2000,20(3): 234-237

(收稿日期: 2010-05-06)

股骨转子间骨折手术方法选择及疗效分析

程晖 熊冬林

(江西省德安县中医院 德安 330400)

关键词: 股骨转子间骨折; 手术治疗; 治疗方法

中图分类号: R 683.42

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.05.012

股骨转子间骨折多发于老年人,与骨质疏松有关,女性多于男性,因直接暴力或间接暴力所致,转子间是骨囊性病变的好发部位,也可发生病理性骨折。治疗上有非手术疗法和手术疗法,因非手术疗法(牵引)常需长时间卧床,并发症多,死亡率高,因此除患者有绝对手术禁忌证,否则应当选用手术内固定治疗。我院自 2004 年 2 月~2009 年 12 月共收治 96 例股骨转子间骨折患者,手术疗效满意。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 股骨转子间骨折 96 例,男 37 例,女 59 例,平均年龄 59.7 岁,合并高血压 25 例,糖尿病 19 例,慢性支气管炎 5 例,均内科治疗病情稳定后手术。

1.2 手术方法 A 组 59 例:行 DHS 术,具有滑动加压、骨折端可严密加压、有利于骨折愈合的特性。

B 组 18 例:行髓内固定术,不暴露骨折端,减少手术切开带来的创伤、失血、感染等,缩短了手术时间,减少术中风险,还保护了骨折区的血液循环^[1]。C 组 19 例:行人工髋关节置换术,手术时间短,出血量少,能早期迅速恢复行走功能,减少骨质疏松,改善全身状况。

1.3 结果 优(关节活动自如,无疼痛及短缩)82 例,良(关节活动可,下肢稍水肿,偶有酸胀)7 例,可(出现轻度髋内翻,患肢短缩 1.5cm)7 例。其中 A 组优 51 例,良 4 例,可 4 例,优良率 93.2%。B 组优 15 例,良 1 例,可 2 例,优良率 88.9%。C 组优 16 例,良 2 例,可 1 例,优良率 94.7%。

2 讨论

股骨转子间骨折多有外伤史,在跌倒时,身体发生旋转,在过度外展或内收位着地,或跌倒时侧方着地,大转子直接撞击,均可发生(下转第 76 页)

超声心动图在室间隔缺损封堵术中的应用

刘铭东 李蓉蓉
(山东省平度市人民医院 平度 266700)

关键词:室间隔缺损封堵术;手术治疗;超声心动图
中图分类号:R 654.2 文献标识码:B doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.05.063

本文观察我院经超声心动图监测室间隔缺损(VSD)封堵术患者 24 例,旨在探讨超声心动图在室间隔缺损封堵术术前对封堵器型号的选择、术中封堵器的放置及术后判断封堵效果的应用价值。

1 临床资料

1.1 病例选择 2007 年 1 月~2010 年 1 月在我院行先心病体检的患者中,筛查出 24 例室间隔缺损符合封堵器介入治疗适应证者,其中男性 14 例,女性 10 例,平均年龄(18± 10)岁。

1.2 仪器与材料 Philips IE-33 型彩色超声诊断仪,探头频率为 2.5~4.0MHz。上海形状记忆合金材料有限公司生产的 VSD 封堵器、猪尾导管、端孔导管,根据缺损的最大直径选择相匹配的具体型号。

1.3 方法 全部病例在介入治疗时均再次经心导管造影检查,造影测值为 2.0~11.0mm,平均 4.5mm,与超声测值基本符合。术中超声监测输送鞘管达左室腔后,根据造影显示的 VSD 大小,参考超声测值选用不同型号伞状封堵器,型号一般较 VSD 测值大 2mm。然后通过输送杆沿输送鞘管推送封堵器到左室腔,打开左室盘,由超声监测指导输送鞘管向右室回撤,使之紧贴 VSD 的左室面。注意观察封堵器有无影响主动脉瓣、三尖瓣和左室流出道,如无异常,释放出封堵器腰部及右室盘,超声再次了解右室盘是否与 VSD 的右室面紧贴。观察封堵器腰部与缺损口部位是否充填及左、右伞盘是否夹住缺损周边的室间隔组织。再次经心导管左室造影确认后,释放封堵器,结束封堵术。

1.4 结果 在超声心动图引导下,24 例患者均成功行 VSD 封堵术,手术过程中均未出现并发症。术后即刻、3 个月、6 个月经超声心动图检查,其中 23 例均无分流,封堵器位置适当;另 1 例术后发现仍有左向右分流,但分流处不在封堵处,为术前漏诊的小室间隔缺损,该患者为两处室间隔缺损,大小分别为 8mm、3mm。

2 讨论

超声心动图检查具有无创、操作简便、实时清晰显示心肌内部结构及血流动力学并可多次重复检查等优点。在先天性心脏病介入治疗中发挥着重要作用,已成为 VSD、ASD、PDA 术前、术中及术后监测必不可少的工具^[1-2]。术前经超声心动图检查,能明确 VSD 的存在,测量 VSD 的大小,确定 VSD 的位置及数量,判断有无封堵术禁忌证,选择适合封堵术病例,预选封堵器型号。术中经超声心动图监测,能在直观下引导封堵器到位,观察确定封堵器的位置,判断封堵术是否成功,观察封堵周围有无分流及封堵器对心脏各有关瓣膜有无影响,对比封堵前后心脏血流动力学改变。术后经超声心动图复查,可观察心脏房室大小的改变及心脏血流动力学改变。总之,利用超声心动图监测引导 VSD 封堵术,是一种直观、便捷、安全、实用、可靠的方法。

参考文献

[1]张朝霞,舒先红,潘翠珍,等.经胸实时三维超声心动图在房间隔缺损诊疗中的应用价值[J].医学影像学杂志,2004,14(19): 728
[2]舒先红,潘翠珍.超声心动图在先天性心脏病介入治疗中的应用[J].诊断学理论与实践,2008,7(2): 135-137

(收稿日期: 2010-06-29)

(上接第 20 页)转子间骨折^[2]。根据患者的实际情况选择手术方式极为重要,DHS 适用于年龄相对较小、身体好、耐受手术能力强、而经济上较差的患者。缺点为骨折端骨质吸收而导致股颈短缩,其钢板位于股骨外侧,力臂较长,不能有效防止骨折端旋转移位,创伤大,出血多^[3]。若股骨粉碎性骨折,内侧缺乏支撑,股骨头坏死和髓内翻发生率极高。髓内针固定对于年龄大、身体条件差、不能承受长时间手术者可选择。在手术前因仔细阅片、详细了解髓腔情况。如骨折呈粉碎性及骨质疏松严重,

为了让患者尽早恢复活动可选择人工双机股骨头置换。对股骨转子间骨折应个性化治疗,医师应对每个病人的情况进行具体分析,针对不同患者的情况确定相应的治疗方案,避免“一刀切”。

参考文献

[1]雷安,赵志国.闭合复位 PFN 治疗股骨粗隆间骨折(附 89 例报告)[J].中国中医骨伤科杂志,2009,17(12): 61-62
[2]杨志明.外科学[M].第 6 版.北京:人民卫生出版社,2003.800
[3]范卫民,陶松年.股骨转子间骨折内固定物的力学研究及疗效观察[J].中华骨科杂志,1995,15(9): 581-583

(收稿日期: 2010-05-06)