

# 腹腔镜胆总管切开取石在老年胆道结石患者中的应用

林汉群 闫俊辉 关养时

(广东省深圳市罗湖区人民医院 深圳 518001)

**摘要:**目的:探讨腹腔镜胆总管切开取石在老年胆道结石患者中的可行性及临床应用价值。方法:选取 2009 年 1 月~2012 年 1 月间的老年胆道结石患者 51 例,并总结所有患者进行腹腔镜胆总管切开取石治疗的术前准备、术中配合、术后护理等全程手术情况。结果:51 例手术均成功,手术时间 60~190 min,无中转开腹。该手术创伤小、出血少,并能减少并发症的发生。术后仅 1 例发生胆漏,经保守治疗治愈;3 例胆道残余结石在门诊经 T 管窦道用胆道镜取净结石,术后康复快、住院时间短。结论:腹腔镜胆总管切开取石术是一种微创、安全、可靠、有效的新技术,能有效缩短手术时间,减少术中出血,改善预后,尤其对老年胆道结石患者只要掌握好手术的适应证和时机就会取得很好疗效。

**关键词:**腹腔镜;胆总管;老年胆道结石

中图分类号:R657.4

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.05.016

近年来,胆道结石发病率逐年增长,成为临床肝胆外科常见病症。在肝胆外科中首选胆总管切开取石术治疗胆道结石<sup>[1]</sup>,而传统开腹手术创伤较大,且老年人的心、脑、肝脏等器官退化,行开腹手术不能快速愈合。随着腹腔镜技术不断成熟,设备不断完善,腹腔镜胆总管切开取石术也得到快速发展。现报道如下:

## 1 资料与方法

**1.1 临床资料** 选取 2009 年 1 月~2012 年 12 月我院收治的老年胆道结石患者 51 例,男 32 例,女 19 例,年龄 55~89 岁,平均 72 岁。患者均有不同程度腹痛等症状,术前诊断,主要依据病史、体征、辅助检查,如:B 超、CT、核磁和经皮肝穿刺胆道造影(PTC)等检查,明确找出结石位置、大小和数量。术前 B 超提示胆总管直径 10~22 mm,平均 16 mm<sup>[2]</sup>。结石分布:胆总管结石 19 例,肝内外胆管结石 12 例,胆总管合并左肝内胆管结石 9 例,胆总管合并右肝内胆管结石 5 例,其中 6 例同时伴有胆囊结石。伴发疾病:糖尿病 14 例,冠心病、高血压和肺炎各 3 例,消化性溃疡 5 例,肝硬化 10 例。

**1.2 器械** Olympus3D 电视腹腔镜及其配套设备、OlympusCHF-P20 型纤维胆道镜及配套取石篮、活检钳、腹腔镜专用万向持针钳、7 号 PTC 针和结石收集袋<sup>[3]</sup>。

**1.3 手术方法** 患者气管插管静脉复合麻醉。建立气腹,压力 12 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa),入境后必须首先观察胆囊、胆囊三角情况,解剖显露胆囊三角,夹闭胆囊管,避免操作过程中结石落入胆总管内,胆囊管暂不离断,以备牵引。解剖出十二指肠上段胆总管时需向下推开十二指肠,并通过细针穿刺证实为胆总管,锐性切口胆总管前壁,长 0.8~1.5 cm,上下端各用 4-0 薇乔线缝合 1 针牵引。从剑突下 trocar 置入胆道镜行胆总管探查,通过腹

腔镜网篮、取石钳、盐水冲洗等方法取出结石<sup>[4]</sup>。

## 2 结果

51 例均成功施行腹腔镜胆总管切开取石术,手术时间 60~190 min,术中取出结石 2 枚 8 例、3 枚 12 例、6 枚 16 例、8 枚 11 例、14 枚 4 例,结石最大为 22 mm×16 mm。该手术创伤小,出血少,术后住院 7~14 d,平均 10.5 d。术后仅 1 例患者发生胆漏和经充分引流、并有适当延长禁食时间和使用生长抑素等处理后胆瘘治愈;3 例胆道残余结石在门诊经 T 管窦道用胆道镜取净结石,术后康复快,住院时间短。

## 3 讨论

目前我国胆道结石发病率高达 8%~10%,传统胆道结石取石术有:(1)胆总管切开取石术;(2)经内镜下乳头括约肌切开取石术(EST);(3)高位胆管切开取石术;(4)肝段切除术。开腹胆总管切开取石术,结石清除率高,但手术创伤大,疼痛明显,术后恢复慢,住院时间长;EST 属于微创手术,创伤小,但缺点是局限性较大,对结石较大或多枚结石、肝内胆管结石往往无法通过 EST 取石<sup>[5]</sup>。所以从安全性上讲,腹腔镜手术治疗胆道结石不用暴露腹腔,创伤小,出血少,并能减少并发症的发生,更具可行性。值得注意的是,对于急性胆道感染和有胆道手术史、胆道狭窄、肝切除指征的患者要谨慎,须注意临床适应证。

**3.1 手术时机的选择** 老年胆道结石患者有以下特点:(1)临床症状和体征不明显,患病时间较长,反复并伴有急性炎症发作,胆道周围粘连较重;(2)伴发疾病多,手术风险和复杂性大;(3)身体抵抗力差,应激能力降低;(4)机体组织修复功能差;(5)胆囊结石合并胆总管结石多见;(6)老年患者个体差异较大,并对药物敏感性低且易发生副作用;(7)老年胆道结石患者在急性炎症期会出现组织炎症水

# 温通针法治疗颈肩综合征疗效观察

王华武

(广东省珠海市金湾区妇幼保健院 珠海 514040)

**摘要:**目的:观察温通针法治疗颈肩综合征的疗效。方法:选取 60 例颈肩综合征患者,其中 30 例使用针刺疗法,标记为对照组;另外 30 例使用温通针法治疗,标记为实验组。观察两组的治疗效果。结果:实验组痊愈 20 例(66.7%),好转 8 例(26.7%),无效 2 例(6.7%),总有效率为 93.3%;对照组痊愈 17 例(56.7%),好转 7 例(23.3%),无效 6 例(20.0%),总有效率为 80.0%。两组总有效率比较,差异显著( $P<0.05$ )。实验组能明显缩短疗程,两组比较,差异显著,有统计学意义( $P<0.05$ )。结论:温通针法治疗颈肩综合征疗效确实、安全可靠,值得推广。

**关键词:**温通针法;推拿按摩;颈肩综合征

中图分类号:R246.2

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.05.017

颈肩综合征是一种因颈肩活动过多、以致劳损和退行性病变而造成的颈肩酸痛,活动功能障碍,一侧或双侧上肢麻木,并伴有头晕、耳鸣、颈肩僵硬等症状的常见病和多发病。随着生活节奏的加快和计算机的普及,越来越多的上班族患有此病,颈肩综合征的发病率呈上升趋势,逐渐成为“时尚病”。本研究对温通针法和针刺疗法治疗颈肩综合征的疗效进行了对比观察。现报告如下:

## 1 资料和方法

**1.1 临床资料** 选取 60 例颈肩综合征患者,随机分为对照组和实验组。对照组 30 例,其中男 20 例,女 10 例,年龄 25~72 岁,平均 42.5 岁,体重(50.7±

7.6) kg,身高(165.2± 5.9) cm,病程 1 个月~半年,平均 3.5 个月;实验组 30 例,其中男 18 例,女 12 例,年龄 24~68 岁,平均 38.5 岁,体重(52.5± 6.6) kg,身高(160.5± 5.1) cm,病程 20 d~1 年,平均 4.2 个月。两组患者均有颈肩酸痛、颈肩僵硬、肩胛活动受限等症状,排除脊柱不稳定病变者及合并有心、肝、肾、脑等慢性疾病者和妊娠期、哺乳期妇女。两组在性别、年龄、病情上均无显著差异( $P>0.05$ ),具有可比性。

**1.2 治疗方法** 对照组采用针刺疗法,主穴为患侧风池,并选颈椎夹脊穴、肩井、肩中俞、肩外俞、肩髃、肩髃、肩前、肩胛骨内侧缘压痛点、天宗、曲池、

肿症状,此期间手术的死亡率及术后发生并发症的发生率高于择期手术,等炎症消退 1 月后再行手术,以免发生术后并发症<sup>[6]</sup>。本组患者均采用择期手术。

**3.2 做好术前检查** 皮试备皮范围同常规手术,应对脐部彻底清洁。对伴发其他疾病的老年患者,监测指标。伴发高血压患者术前应令患者血压控制在 13.3~18.6 kPa;伴有冠心病患者术前应予以扩冠及强心药物,心功能基本正常;老年胆道结石合并呼吸系统疾病患者,应保证患者肺功能最大通气量>70%;老年胆道结石并伴发糖尿病患者,术前空腹血糖应控制在<8.0 mmol/L,尿糖在(±)~(+);肝功能为 Child A 或 B 级。

**3.3 术中注意事项** 患者气管插管静脉复合麻醉。采用各套管穿刺部位与 LC 相同的四孔法可顺利完成此手术。建立气腹,压力 12 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa),患者在进行气腹开始时应遵循低压低流量原则,CO<sub>2</sub> 流速控制在 0.8~1.5 L/min,对于 CO<sub>2</sub> 的流速以及流量的变化随着手术的进行而调整。

**3.4 术后处理** 术后除常规给予抗炎、止血、护肝

等治疗之外,可给予必要的营养支持,必要时给予静脉高营养治疗,同时应与相关科室密切合作,患者及其家属也应进行自我观察,及时发现问题及时与医护人员沟通,针对合并症及并发症给予有效治疗,尽最大努力减少术后并发症发生。

综上所述,腹腔镜胆总管切开取石术是一种微创、安全、可靠、有效的新技术,能有效缩短手术时间,减少术中出血,改善预后,尤其对于老年胆道结石患者,掌握好手术适应证及手术时机,可取得良好的疗效。

### 参考文献

[1]吴阶平,裘法祖.黄家驷外科学[M]中册.第 6 版.北京:人民卫生出版社,2010.1 262-1 285

[2]吕新生,韩明.胆道外科[M].长沙:湖南科技出版社,2011.234-255

[3]张建良,胡三元,元玉忠,等.胆道手术后腹腔镜胆囊切除胆总管切开取石术[J].腹腔镜外科杂志,2011.12(4):122-138

[4]张建良,徐克森,傅勤桦,等.二氧化碳气腹对老年胆石症病人心血管系统影响的临床研究[J].中国现代普通外科进展,2012,8(10):147-159

[5]陈训如.微创技术在老年胆道外科疾病诊治中的应用[J].实用老年医学,2009,11(4)222-235

[6]丁淑红,张芬,田辉.老年人腹腔镜胆囊切除术围手术期护理[J].腹腔镜外科杂志,2010,6(6):278-288

(收稿日期:2013-05-30)

合谷、后溪、外关、内关辨证取穴,施平补平泻法。单手持 25 mm 不锈钢毫针刺入,针感明显后留针 30 min,隔天 1 次,10 d 为 1 个疗程。实验组采用温通针法治疗,主穴:患侧风池、大椎、颈椎夹脊穴、天宗。随症配穴:颈项僵硬疼痛且活动受限伴头痛、头晕明显者,以患侧风池、大椎、颈夹脊  $C_4\sim C_6$  为主,配合患侧肩井;肩背疼痛且疼痛向前臂放射合并上肢酸胀疼痛麻木明显者,以患侧天宗、大椎、颈夹脊为主,配合患侧肩井、外关。方法:在天宗穴处用指压法找到敏感点,左手拇指为压手,右手持 40 mm 毫针先直上斜刺 25 mm 左右,得气后即行温通针法,使针感沿肩胛传至肩关节部,针尖顶住感应部位守气 1 min 使产生热感。然后退针至皮下再向腋窝方向斜刺,得气后行温通针法,使针感经肩关节沿上肢直达手掌,循经产生热感,守气 1 min,不留针。后嘱患者取正俯伏坐位,取颈夹脊  $C_4\sim C_6$ 、大椎穴,分别用 25 mm 毫针向下直刺,进针 10-20 mm,得气后施以温通手法,不留针。最后取患侧肩井穴,先用左手拇指和食中二指提捏起斜方肌,然后用 40 mm 毫针从前向后施以透刺,得气后施以温通针法,使针感扩散至整个颈肩,守气 1 min,不留针。个别患者同时伴有手指疼痛麻木者,取患侧外关穴,用 25 mm 毫针进针 10-20 mm,得气后即行温通针法,使针感沿手臂传至手指部,针尖顶住感应部位守气 1 min,不留针。隔日 1 次,10 次为 1 个疗程。

1.3 疗效观察 参照国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》<sup>[1]</sup>:痊愈:颈、肩胛及后背部疼痛等症状消失,颈部活动自如;好转:颈、肩胛及后背部疼痛消失,可有肩背部酸重感或颈部转到近极限时颈背部有轻微疼痛,颈部活动不受限;无效:颈、肩胛后背部疼痛及颈部活动受限等症状无明显改善。

1.4 统计学方法 采用 SPSS13.0 统计软件进行统计分析,数据以  $(\bar{X} \pm S)$  表示,组间比较用  $t$  检验,率的比较采用  $\chi^2$  检验,  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组患者治疗效果比较 实验组痊愈 20 例 (66.7%),好转 8 例 (26.7%),无效 2 例 (6.7%),总有效率为 93.3%;对照组痊愈 17 例 (56.7%),好转 7 例 (23.3%),无效 6 例 (20.0%),总有效率为 80.0%。两组总有效率比较,差异有显著性 ( $\chi^2 = 7.28, P < 0.05$ )。见表 1。

表 1 两组间治疗效果比较 例(%)

组别	n	痊愈	好转	无效	总有效
实验组	30	20(66.7)	7(23.3)	2(6.7)	28(93.3)
对照组	30	17(56.7)	7(23.3)	6(20.0)	24(80.0)

注:两组比较  $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者疗程与疗效关系比较 实验组能够明显缩短疗程,两组比较,差异有统计学意义 ( $\chi^2 = 12.55, P < 0.05$ )。见表 2。

表 2 两组患者疗程与疗效关系 例(%)

组别	n	痊愈例数	1 个疗程	2 个疗程
实验组	30	20	16(80.0)	4(20.0)
对照组	30	17	8(47.0)	9(52.9)

注:两组比较  $P < 0.05$ 。

## 3 讨论

颈肩综合征的发病率较高,主要临床表现为颈肩酸痛、活动功能障碍,多合并头晕头痛、上肢酸胀疼痛且发麻无力等,常见于中老年患者,一年中均可发病,其具有发病缓慢、病程长的特点。随着我国社会的发展,颈肩综合征逐渐呈年轻化的趋势,常坐在电脑前的上班族应注意颈肩的活动,工作 1 h 后起身活动 5~10 min,避免过度劳损,导致疾病的发生,一旦发现异常要及时就医。

中医学认为颈肩综合征属于“痹证”,主要由气血不通,经络堵塞致使局部活动范围受限,而局部活动范围受限又使得气血更加受阻,形成恶性循环,导致颈部和肩部疼痛难忍。“温通针法”是郑魁山教授独创的一种针刺手法,该手法突出“温”、“通”、“补”的作用,补泻兼施,能激发经气并通过推弩守气,推动气血运行,使气至病所,具有温经通络、化痰浊、祛风散寒、行气活血、扶正祛邪的作用<sup>[2-4]</sup>。本研究结果显示:实验组痊愈 20 例 (66.7%),好转 8 例 (26.7%),无效 2 例 (6.7%),总有效率为 93.3%;对照组痊愈 17 例 (56.7%),好转 7 例 (23.3%),无效 6 例 (20.0%),总有效率为 80.0%。两组总有效率比较,差异显著 ( $P < 0.05$ )。实验组能够明显缩短疗程,两组比较,差异显著,有统计学意义 ( $\chi^2 = 12.55, P < 0.05$ )。表明温通针法治疗颈肩综合征疗效好,副作用少,安全可靠,在实践中有一定的指导意义。

### 参考文献

- [1]周庆华.“三位一体”综合治疗颈肩综合征 78 例[J].上海中医药杂志,2006,40(9):55-56
- [2]许扬,赵英凯,程建斌.颈肩综合征的临床辨证思路与治疗方法的探索[J].中国针灸,2007,27(5):379-382
- [3]郑魁山,郑俊江,郑俊朋,等.针灸补泻手法[M].兰州:甘肃科学出版社,2009.89
- [4]方晓丽.郑魁山针灸临床经验集[M].北京:人民卫生出版社,2007.3

(收稿日期:2013-05-22)

欢迎投稿!

欢迎订阅!

欢迎广告惠顾!

# 18 例 AO 微型钢板内固定治疗手部第 V 掌骨颈骨折临床观察

郭依强 杨玉法 张绍勇

(江苏省徐州市贾汪区大吴中心卫生院 徐州 221132)

**摘要:**目的:探讨 AO 微型钢板内固定治疗手部第 V 掌骨颈骨折的临床效果。方法:对 2008 年 3 月~2012 年 8 月我院骨科收治的 33 例手部第 V 掌骨颈骨折患者临床资料进行回顾性分析,随机分为观察组(18 例)和对照组(15 例),其中观察组行 AO 微型钢板内固定治疗,对照组行普通克氏针治疗。按照 TAM 评级标准从指关节功能恢复情况进行功能评价,同时对比两组骨折愈合时间及并发症情况。结果:观察组治疗优良率明显高于对照组( $P<0.05$ );观察组骨平均愈合时间明显短于对照组( $P<0.05$ );观察组感染 1 例,明显低于对照组感染率(5 例);肌腱粘连、关节僵硬等并发症发生率对照组普遍高于观察组( $P<0.01$ )。结论:AO 微型钢板内固定治疗手部第 V 掌骨颈骨折疗效显著,可以减轻患者病痛,利于患者尽快康复,值得在骨颈骨折治疗中推广应用。

**关键词:**AO 微型钢板;第 V 掌骨颈骨折;效果

中图分类号:R687.3

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.05.018

手部第 V 掌骨颈骨折系临床常见的骨科疾病,多发生于握拳击打物体时,因此又称“拳击手骨折”<sup>[1]</sup>。AO 微型钢板可以良好地稳固患肢,帮助患者术后早期进行功能锻炼,促进手功能的尽快恢复。随着固定材料的不断发展和进步,微型钢板内固定技术在临床治疗骨颈骨折中的应用将越来越广泛。对此,本文对 2008 年 3 月~2012 年 8 月我院骨科收治的 33 例手部第 V 掌骨颈骨折患者分别采用 AO 微型钢板和普通克氏针进行治疗,并对其疗效进行分析。现将结果报道如下:

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2008 年 3 月~2012 年 8 月我院骨科门诊收治的 33 例(35 指)第 V 掌骨颈骨折患者。其中男 18 例,女 15 例,年龄 19~58 岁,平均(30.3+3.4)岁。其中开放性骨折 10 例,闭合性骨折 13 例。随机分为观察组 18 例和对照组 15 例,两组在年龄、性别、骨折类型及部位、致伤原因等方面对比差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

**1.2 手术方法** 两组均取仰卧位臂丛麻醉,在气囊止血带下进行,背侧纵行切口暴露骨折端。术中适当剥离骨膜,保护关节囊、伸肌腱等,直视下牵引复位。观察组:采用 AO 微型钢板内固定复位。以第 V 掌骨颈骨折处为中心,作向桡侧方、略过掌指关节的弧形切口,由伸肌腱尺侧旁 4 mm 切开腱周组织及骨膜,剥离骨膜,显示骨折端予以复位。依据骨折形态选择 T 型或 L 型钢板,置于骨折背侧,再用钻头或克氏针钻孔置入螺丝钉。同时活动手部各关节,检查内固定是否牢固。最后常规 X 线片检查是否复位满意,冲洗伤口,缝合腱周及皮肤,术后全身使用抗生素预防感染 3 d。适时适当开展功能训练。对照组:采用克氏针固定。

**1.3 手术效果评定** (1)功能评价:依据 Tang 等提出的手指主动性活动综合手功能评级标准(TAM)

评定,功能分为优、良、中和差四级。(2)骨折愈合时间。(3)并发症及感染情况。

**1.4 统计学分析** 采用 SPSS14.0 软件进行数据分析,计量资料采用( $\bar{X} \pm S$ )描述,组间比较采取  $\chi^2$  检验, $P<0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组 TAM 关节功能评分情况** 行 AO 微型钢板内固定治疗的观察组在治疗优良率上明显高于行克氏针治疗的对照组( $P<0.05$ )。见表 1。

表 1 两组 TAM 关节功能评分情况比较 例

组别	n	优	良	中	差	优良率(%)
观察组	18	12	4	1	1	88.9
对照组	15	5	4	3	3	60.0
P						<0.05

**2.2 两组骨愈合时间比较** 观察组骨平均愈合时间明显短于对照组( $P<0.05$ )。

表 2 两组骨愈合时间比较 ( $\bar{X} \pm S$ ) 周

组别	n	愈合时间	平均愈合时间
观察组	18	4~6	5.4+1.0
对照组	15	8~10	8.4+0.9
P		<0.05	<0.05

**2.3 两组并发症发生率比较** 1 观察组出现感染 1 例,感染率 5.6%,明显低于对照组的 33.3%( $P<0.01$ );肌腱粘连、关节僵硬等并发症发生率对照组普遍高于观察组( $P<0.01$ )。见表 3。

表 3 两组并发症发生率比较 例(%)

并发症	n	感染	肌腱粘连	关节僵硬
观察组	18	1(5.6)	0(0)	0(0)
对照组	15	5(33.3)	3(20.0)	4(26.7)
P		<0.01	<0.01	<0.01

## 3 讨论

手部第 V 掌骨颈骨折多系握拳使承受纵向暴力所致,在四肢骨折中较为常见。由于手部骨折后掌侧骨皮质存在不同程度的互相嵌插,使得维持复位后骨折的位置比较困难,易出现短缩、旋转、成角畸形等问题,影响手部外形和功能<sup>[2]</sup>。临床实践证实,手术治疗对治疗第 V 掌骨颈骨折较传统治疗方

# 后路截骨内固定手术治疗老年骨质疏松性胸腰椎骨折疗效分析

钟诚凡

(广东省茂名高州市人民医院 高州 525200)

**摘要:**目的:研究并分析后路截骨内固定手术治疗老年骨质疏松性胸腰椎骨折疗效。方法:选取我院收治的 35 例骨质疏松性胸腰椎骨折老年患者作为临床研究对象,对患者施行后路截骨内固定手术治疗,观察并应用 JOA 评分法对手术前后患者临床情况进行评估,同时应用 X 线评估融合及后凸状况,按 Bridwell-Dewald 脊柱疾患疼痛及功能评定标准对手术后疗效进行评定。结果:手术时间 120~180 min,平均 150 min,术中出血 150~650 mL,平均 360 mL。对患者进行 36 个月的随访,JOA 评分(26.2±5.3)分,显著高于术前(12.5±2.3)分, $P<0.05$ ,具有统计学意义。平均后凸角改善较大程度, $P<0.05$ ,具有统计学意义;术后的疼痛、工作和社交较术前有显著改善。术后无并发症产生。结论:后路截骨内固定手术治疗老年骨质疏松性胸腰椎骨折较为安全,且术后并发症少,是一种效果良好的临床手术方法。

**关键词:**后路截骨内固定手术;骨质疏松性胸腰椎骨折;临床疗效

中图分类号:R683.2

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.05.019

随着社会老龄化的加重,骨质疏松性胸腰椎骨折(OVCF)患病人数逐年上升。OVCF 通常伴随着后凸畸形和骨折不愈合现象,其通常会引引起节段不稳和因神经受脊柱椎体的压迫而剧烈疼痛。虽然通过椎体成形术或后凸成形术使患者脊柱椎体稳定和矫正,但上述方法难以解决脊神经受压迫情况。后路截骨内固定手术是通过改善脊柱后凸畸形,松弛受压的脊髓、神经进行治疗<sup>[1-2]</sup>。我院现采用后路截骨内固定手术治疗老年骨质疏松性胸腰椎骨折。

治疗效果更为明显,能很好地促进外形和功能恢复。

目前临床上应用手术复位手部骨折的方法有多种,且互有优势和缺陷。常规方法钢丝或克氏针疗法应用较为常见,但存在不稳固、强度差等问题,术后还需借助外固定支撑,这对关节自有活动造成掣肘,具有骨不愈合风险;钢丝螺钉能很快地实现稳定可靠的内固定,有助于保证术后复位和早期进行功能恢复训练,随着材质和内固定技术的发展,钢板螺钉固定技术应用范围扩展到不稳定骨折、复杂粉碎性骨折,治疗效果有进一步提高<sup>[3]</sup>。微型钢板内固定是近年来临床手术应用比较广泛的一种方法,该方法的特点和优势在于吸取了钢板螺钉固定稳定牢靠优点,同时将固定时对肌腱阻挡作用减到最小,钢板螺钉所承受的重力也相对较小,这缩短了固定时间,有助于患者早日进行手功能训练,促进关节快速恢复。另外,该方法手术适应证较广,可适用于不稳定性骨折、开放式骨折、粉碎性骨折、多发性骨折及涉及关节面、软组织损伤的骨折等。微型钢板治疗第 V 掌骨颈骨折要遵循 AO 内固定原则,目的是保护伸肌腱滑动,减少肌腱黏连<sup>[4]</sup>。本组资料显示看,行 AO 微型钢板内固定治疗的观察组

现报告如下:

## 1 资料与方法

**1.1 临床资料** 选取 2009 年 1 月 1 日~2011 年 12 月 31 日我院收治的 35 例骨质疏松性胸腰椎骨折老年患者作为临床研究对象。纳入标准:经 X 线检测确诊并排除原发性或转移性肿瘤等其他因素致使的病理性骨折,无严重心肝肾功能异常等情况,对手术能够耐受。男性 5 例,女性 30 例,年龄 56~77 岁,平均(63.6±11.5)岁,术前病程(6~36)个

治疗优良率要明显好于行克氏针治疗的对照组( $P<0.05$ ),提示 AO 疗法治疗第 V 掌骨颈骨折疗效满意。骨愈合时间对比结果则进一步佐证了 AO 疗法的优势。克氏针对照组并发症发生率较高,原因或与克氏针稳固性差有关,术后常需依靠石膏外固定,这会影响到关节活动,无法开展康复训练;而 AO 微型钢板则采用螺钉固定指、掌骨骨折,减少外固定时间,有效弥补了克氏针贯穿固定存在的缺陷,使复位接近解剖部位,同时充分保护了骨折端血液,有助于术后尽快愈合。

综上所述,AO 微型钢板内固定治疗手部第 V 掌骨颈骨折疗效确切,在一定程度上缩短骨愈合时间,减少并发症发生率,利于患者术后尽快康复,建议在骨颈骨折治疗中推广应用。

### 参考文献

- [1]苟中坤,李杰峰,刘永青,等.AO 微型钢板内固定治疗掌骨骨折 24 例[J].临床医学工程,2010,17(7):91-92
- [2]郭柳生.AO 微型钢板内固定治疗掌指骨骨折[J].医学理论与实践,2012,25(15):1 873-1 874
- [3]周光盛.AO 微型钢板与交叉克氏针治疗掌指骨骨折的临床对比研究[J].中国医学创新,2011,8(30):110-111
- [4]王纪亮,杨晓红,赵雨千.AO 微型钢板内固定、微型外固定架和克氏针内固定治疗掌指骨骨折的疗效分析[J].西南国防医药,2011,21(4):379-381

(收稿日期:2013-06-03)

月。其中病变节段为单一节段 22 例,双节段 8 例,三节段 5 例。其中骨折不愈合伴有假性关节和腰背钝痛 8 例,迟发型后凸畸形伴有神经功能缺失 22 例,爆裂性骨折伴有神经功能障碍 5 例。对患者进行 15~36 个月的随访,观察记录患者的康复情况。

**1.2 手术方法** 气管插管全麻后,取俯卧位,常规暴露病变节段棘突及病变节段双侧上下位椎体关节突,C 臂机定位下在上下位椎体打上椎弓根螺钉。从椎板间隙用椎板咬骨钳咬除上、下椎板及病变平面关节突,切除黄韧带,显露并牵开神经根,可见病变节段椎体后缘。用骨刀、“L”形骨刀、刮匙、反向刮匙针对病变椎体作楔形截骨。将钛棒安装在双侧螺钉上,用加压器合拢截骨面,改善脊柱后突畸形,松弛受压的脊髓、神经,用螺帽锁紧钛棒,装好横连器。生理盐水反复冲洗伤口,将切下的棘突、椎板及关节突骨质修剪成小颗粒状骨植入两侧椎旁。充分电凝止血或明胶海绵填塞止血,放置负压引流后,关闭切口,手术完成。术中无硬膜、胸腹腔血管、脏器损伤等意外发生。

**1.3 观察指标** 观察并应用 JOA 评分法和 Frankel 分级对手术前后患者临床情况进行评估,同时应用 X 线评估融合及后凸状况,按 Bridwell-Dewald 脊柱疾患疼痛及功能评定标准对手术后疗效评定。

**1.4 统计学处理** 采用 SPSS15.0 软件进行分析,计量数据采用  $(\bar{X} \pm S)$  表示,组间比较采用 *t* 检验;计数资料采用  $\chi^2$  检验,以  $P < 0.05$  为有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 术前、术后及末次随访时 JOA 评分和后凸 Cobb 角的测量情况** 表 1 结果显示,对患者进行 15~26 个月的随访,末次随访时 JOA 评分明显优于术前,  $P < 0.05$ 。后凸角平均值较矫正术前有很大改善,  $P < 0.05$ ,差异具有统计学意义。

表 1 术前、术后及末次随访时 JOA 评分和后凸 Cobb 角的测量情况  $(\bar{X} \pm S)$

项目	n	术前	术后	末次随访时
JOA 评分(分)	35	12.5± 2.3	20.1± 4.1	26.2± 5.3
后凸 Cobb 角(°)	22	37.4(21~40)	6.3(0~18)	12.3(0~25)

**2.2 Bridwell-Dewald 脊柱疾患疼痛及功能评定情况** 表 2 结果显示,术后患者的疼痛程度、疼痛性质、社交限制相对于术前均有较大改善,  $P < 0.05$ ,具有统计学意义。

表 2 Bridwell-Dewald 脊柱疾患疼痛及功能评定情况  $(\bar{X} \pm S)$  分

项目	n	疼痛程度	疼痛性质	社交限制	日常工作
术前	35	4.1± 1.1	4.0± 1.2	4.1± 0.6	4.1± 1.2
术后	35	1.3± 0.5	1.2± 0.6	1.3± 0.4	1.2± 0.8
T		15.1782	12.3468	22.9716	11.8960
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

## 3 讨论

随着社会老龄化的加重,骨质疏松性胸腰椎骨折越来越引起临床医生的重视。OVCF 通常伴随着后凸畸形和骨折不愈合现象,导致患者发生骨折椎体缺血坏死,从而造成节段不稳和引起神经压迫性剧烈疼痛<sup>[1]</sup>。通过椎体成形术或后凸成形术可使患者脊柱椎体稳定和矫正,但上述方法难以解决患者疼痛问题。后路截骨内固定术主要针对于骨折不愈合-假关节形成、迟发性后凸合并神经损害和 EVOSG 分类中 C3 型骨折保守治疗无效者<sup>[4]</sup>。对原发性或转移性肿瘤等其他因素致使的病理性骨折,严重心肝肾功能异常等情况,对手术不能耐受者应禁忌<sup>[5]</sup>。

本试验通过后路截骨内固定手术治疗老年骨质疏松性胸腰椎骨折,发现患者的 JOA 评分和平均后凸角有较大程度的改善,术后患者的疼痛程度、社交限制等日常生活也有较大帮助,  $P$  均  $< 0.05$ ,差异具有统计学意义。表明手术对骨质疏松性胸腰椎骨折的疗效好,对脊柱椎体具有减压和矫正后凸角等效果,且术后对患者进行 15~36 个月的随访,未发现内固定脱落、矫正丢失等现象。在手术中我们也进行了一些改进,如针对个体的不同,采用异体骨或骨水泥填塞进骨折椎体内以增强其支持力,采用椎弓根螺钉的节段联合椎板钩以减少融合节段假性关节的产生。值得在手术中注意的是<sup>[5]</sup>: (1) 在手术中应尽量采用钩钉结合的方式,因为骨质疏松使得患者的椎弓根皮质和皮质下骨的骨质下降,强度不够。若单纯使用一种固定方式,容易造成固定的松动不稳定。(2) 术中应对患者采用对症治疗,不能一味关注完全矫正。若难以闭合截骨可通过植骨,毕竟减压稳固和术后的安全性才是最值得注意的。同时矫正时,不能对后凸用力过大,防止内固定的脱落和并发症的产生。综上所述,后路截骨内固定手术治疗老年骨质疏松性胸腰椎骨折较为安全,且术后并发症少。

### 参考文献

- [1] 袁强,张贵林,田伟,等.经椎弓根截骨内固定术治疗胸腰椎新鲜骨折伴后凸畸形[J].中华临床医师杂志,2011,5(14):4 250-4 251
- [2] 童杰,刘社庭,刘晓岚,等.后路截骨矫形内固定治疗胸腰段陈旧骨折合并凸畸形[J].实用骨科杂志,2011,18(8):685-688
- [3] Rajasekaran S, Rishi Mughesh Kanna P, Shetty AP. Closing-opening wedge osteotomy for severe, rigid, thoracolumbar post-tubercular kyphosis [J]. Eur Spine J, 2011, 20(3): 343-348
- [4] 万仲贤,王泽琼,陈泽,等.后路固定开放椎体成形治疗老年骨质疏松性胸腰椎骨折[J].西部医学,2008,4(4):805-807
- [5] 栾方海,韩建龙,陈丽艳.骨质疏松性胸腰椎骨折的外科治疗进展[J].中国矫形外科杂志,2011,18(22):1 887-1 889

(收稿日期: 2013-05-27)

# 综合疗法治疗创伤后膝关节功能障碍疗效观察

余金胜 黄立成 方文广

(广东省惠州市惠阳区人民医院 惠州 516211)

**摘要:**目的:观察创伤之后膝关节功能障碍患者采用综合疗法治疗的临床应用效果。方法:选取 2010 年 3 月~2013 年 3 月我院接收的创伤后发生膝关节功能障碍的患者 184 例,分为治疗组和对照组,各 92 例。治疗组采用综合疗法治疗(运动诊疗、沐浴诊疗、中频率的机器电疗以及蜡疗);对照组采用门诊医生诊疗及居家休息诊疗。对两组患者治疗后膝关节功能情况进行评定,并比较临床整体治疗效果。结果:治疗组治疗后有效病例高达 89 例,对照组治疗后有效病例仅 48 例,两组有效率分别为 96.74%、52.17%,两组有效率比较有显著性差异( $P<0.05$ )。结论:综合诊疗形式在膝部关节因创伤发生功能障碍的患者治疗中,具有显著的应用效果,应积极推广应用。

**关键词:**膝关节功能障碍;创伤;综合诊疗;疗效观察

中图分类号:R684.7

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.05.020

由运动诊疗、沐浴诊疗、中频率的机器电疗以及蜡疗组合而成的综合诊疗法要优于门诊医生诊疗形式以及居家休息诊疗等治疗方式,可使因膝盖部位关节创伤而出现功能障碍的患者逐步有效恢复,并促使膝关节功能得以强化<sup>[1]</sup>。本文对综合治疗方法在膝关节创伤后功能恢复中的应用效果进行分析。现报告如下:

## 1 资料和方法

**1.1 一般资料** 选取 2010 年 3 月 1 日~2013 年 3 月 1 日我院接收的创伤后发生膝关节功能障碍的患者 184 例,其中男 120 例,女 64 例,年龄 21~63 岁。将 184 例患者分为治疗组和对照组,各 92 例。治疗组男 62 例,女 30 例,年龄 22~63 岁,平均(39.94±6.09)岁;对照组男 58 例,女 34 例,年龄 21~62 岁,平均(40.13±5.07)岁。

## 1.2 诊疗方法

**1.2.1 治疗组** 采用综合诊疗的方式。运动诊疗:让专业的运动诊疗医师对患者出现功能障碍的膝部关节进行局部按摩,9 次/d,1min/次。沐浴诊疗:沐浴使用药液均为中药泡制而成,中药组成为秦皮、伸筋草、五加皮等。沐浴温度应为 58℃上下。沐浴时间为半小时。中频率的机器电疗:仪器型号是 J48A(北京),频率为 3 800 HZ,每次电疗时间为 20 min。蜡疗:将蜡全部融化成蜡液,并使用纱布包裹后敷于膝部出现功能障碍的关节处,每次敷疗时间为半小时<sup>[2]</sup>。

**1.2.2 对照组** 主要采用门诊医生诊疗以及居家休息诊疗,均按照常规方式进行康复治疗。由门诊医生为患者开具康复药物,并指导进行适当的康复训练,同时定期对患者的康复情况进行观察,并制定后续的诊疗方案;指导患者合理进行休息,保证膝部关节日常处于舒适状态。

**1.3 疗效评定标准** 对两组患者的临床整体治疗

效果分别进行评价。优:治疗后膝部关节功能改善显著,主动伸膝时首限范围在 10 度以内,主动屈膝范围在 120 度以上,且膝部关节无疼痛以及肿胀等不良情况;良:治疗后膝部关节功能改善较为明显,主动伸膝时首限范围在 10 度以内,主动屈膝范围在 90~120 度之间,膝部关节长时间活动后有轻微疼痛感,同时膝部存在轻度肿胀;可:治疗后膝部关节功能出现一定好转,主动伸膝时首限范围在 10~30 度之间,主动屈膝范围在 60~90 度之间,膝部关节有疼痛和肿胀等不良情况;差:治疗后膝部关节功能改善效果较差,主动伸膝时首限范围在 30 度以上,主动屈膝范围在 60 度以内,膝部关节疼痛以及肿胀均比较明显<sup>[3]</sup>。有效=优+良+可。

**1.4 统计学分析** 用 SPSS13.0 统计软件处理所有数据,用  $\chi^2$  对计数资料进行检验,以  $P<0.05$  为比较存在显著差异。

## 2 结果

治疗组 92 例患者经综合疗法治疗之后,有效病例高达 89 例;对照组 92 例患者经由门诊医生诊疗形式以及居家休息诊疗方式治疗后,有效病例仅 48 例。两组有效率分别为 96.74%、52.17%。治疗组患者治疗后优 38 例,良 42 例;对照组患者治疗后优 16 例,良 20 例。治疗组治疗效果相对更优,两组比较差异存在显著性( $P<0.05$ )。见表 1。

表 1 治疗组、对照组的诊疗有效病例对比情况 例(%)

组别	n	差	可	良	优	有效	有效率(%)
对照组	92	44	12	20	16	48	52.17
治疗组	92	3	9	42	38	89	96.74

## 3 讨论

膝部关节以及周边组织、韧带等损伤后易导致膝部关节功能出现不同程度的障碍,导致关节囊周围出现挛缩以及黏连等现象,并致膝部关节出现强直等不良症状。对因创伤出现的膝部关节功能障碍患者应及早进行治疗,并注意选用合理的方法综合

# 胫骨骨感染及缺损中应用腓骨皮瓣交腿修复术的临床价值

杨隆

(广东省东莞市横沥医院 东莞 523460)

**摘要:**目的:分析探讨腓骨皮瓣交腿修复术在胫骨骨感染及缺损中的应用价值。方法:随机抽取 2009 年 1 月~2011 年 1 月胫骨骨感染及缺损采用腓骨皮瓣交腿修复治疗一期皮瓣覆盖创面(A 组=8 例)及行二期植骨修复治疗(B 组=8 例)的临床资料共 16 例进行回顾性分析比较。结果:A 组成功率为 87.5%;B 组成功率为 75.0%,两组患者手术成功率有差异( $P<0.05$ );A 组治疗时间周期为 6~12 个月,平均 8 个月,B 组周期为 6~24 个月,平均 14 个月,两组比较差异显著( $P<0.05$ );A 组发生 1 例切口感染,B 组骨折处延迟愈合、固定失效、骨筋膜室综合征、感染均有发生,两组并发症比较具有显著性差异( $P<0.05$ )。结论:采用腓骨皮瓣交腿修复术应用于胫骨骨感染及缺损中并发症发生率较低,疗效更佳。

**关键词:** 外科皮瓣;腓骨;胫骨;感染

中图分类号:R658.3

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.05.021

感染是骨折内固定术后的严重并发症,往往造成骨不愈合,或延迟愈合,而骨折内固定术后隐性感染无症状,常延误诊断治疗。临床上传统的治疗效果并不理想,疗程较长,而且常会伴发各种并发症<sup>[1]</sup>。腓骨皮瓣交腿修复术因其周期较短,疗效确切在胫骨骨感染及缺损的治疗中得到了更为广泛的应用。本文采集本院 2009 年 1 月~2011 年 1 月合并血管损伤的胫骨骨感染及缺损的 16 例临床资料进行回顾性分析。现报告如下:

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 随机抽取 2009 年 1 月~2011 年 1 月胫骨骨感染及缺损采用腓骨皮瓣交腿修复治疗

进行诊治,以防止因治疗不当而致残<sup>[4]</sup>。

综合疗法通过多种有效的治疗方式对膝部功能障碍关节进行全面治疗,它能给病人提供更加多元、全面、优化的诊疗条件。具体组成方式分别是:运动诊疗、沐浴诊疗、中频率的机器电疗以及蜡疗组合而成。运动诊疗可通过科学的运动方式逐步改善膝关节的功能,明显改善关节部位的僵直等不良症状;沐浴诊疗选用有效的中药并行沐浴方式,可通过促进膝部血液循环状况的改善,促进膝关节功能的逐步改善;中频率机器电疗方式运用现代化的诊疗设备和技术,能帮助膝部关节功能逐步恢复,有效改善膝部组织水肿以及膝关节疼痛;蜡疗采用蜡液长时间持续性对膝部出现功能障碍的关节发生作用,促进关节功能的改善<sup>[5]</sup>。以上几种方式综合进行使用,可对膝部功能障碍关节全面加强治疗,促进治疗效果的提升,且以上各种方式只要按照规定严格进行操作,均比较安全可靠,对患者一般不会产生意外创伤,且能促使膝关节功能得以强化。

另外,当前临床普通诊疗形式的组成方式较少,主要有门诊医生诊疗形式以及居家休息诊疗形式。普通疗法对改善患者膝关节功能障碍也有一定

一期皮瓣覆盖创面(A 组=8 例)及行二期植骨修复治疗(B 组=8 例)的临床资料共 16 例进行回顾性分析比较,其中,男 10 例,女 6 例;年龄 19~49 岁,平均(30.1±11.7)岁;病程 2 周~2.5 个月,平均 2 个月;缺损面积 8 cm × 5 cm~20 cm × 11 cm,平均 12 cm × 7 cm;感染面积 4 cm × 5 cm~14 cm × 8 cm,平均 11 cm × 7 cm。所有病例均符合胫骨骨感染及缺损诊断标准,两组患者在年龄、性别、病史、胫骨的缺损程度方面均无显著性差异( $P<0.05$ )。

## 1.2 方法

**1.2.1 研究方法** 于胫骨骨感染及缺损患者库中随机抽取采用腓骨皮瓣交腿修复治疗一期皮瓣覆

效果,但起效较慢,且整体效果较之综合疗法明显较差。

本文选取的 184 例患者中,分别采用综合疗法治疗及普通诊疗方式治疗,治疗后对所有患者的膝部关节功能改善情况进行整体性评价,并比较两组治疗后的临床效果,结果显示有明显差异性。治疗组治疗后有效病例高达 89 例,对照组治疗后有效病例仅 48 例;两组有效率分别为 96.74%、52.17%,两组有效率比较存在显著性差异( $P<0.05$ )。

综上所述,综合诊疗形式在膝部关节因创伤发生功能障碍的患者治疗中,具有显著的应用效果,应积极推广应用。

## 参考文献

- [1]覃东,孙乐蓉,夏玉生,等.创伤后膝关节功能障碍的系统康复治疗[J].中国康复医学书刊,2008,23(12):1 173-1 174
- [2]王永东,刘聪,毕素清,等.创伤后膝关节功能障碍综合康复治疗的疗效观察[J].内蒙古医学书刊,2009,39(6):1 695-1 697
- [3]梁丽华,艾晓敏,吴玉山,等.创伤后膝关节功能障碍的康复训练[J].基层医学论坛,2008,12(36):1 116-1 117
- [4]李雁林,侯思宇,黄洪强,等.创伤后膝关节功能障碍的系统康复治疗[J].中国实用医药,2009,5(11):2 227-2 228
- [5]许开,李秋娥,王阳红,等.微创手术配合康复训练治疗创伤后膝关节功能障碍 31 例[J].现代中西医结合杂志,2013,22(1):82-83

(收稿日期:2013-06-09)

盖创面及二期植骨修复治疗的患者资料各 8 例,分为 A、B 两组。对两组患者的手术成功率以及并发症发生率进行比较分析。

**1.2.2 手术方法** A 组:患者彻底清创后,根据皮肤软组织缺损面积及胫骨缺损长度切取健侧小腿外侧腓骨皮瓣及腓骨,将双下肢交叉于蒂部松弛位置,外固定支架一期重建胫骨稳定性,皮瓣覆盖创面修复皮肤软组织缺损。术后 4~6 周,二次手术断蒂。B 组:患者彻底清创后,根据皮肤软组织缺损面积及胫骨缺损长度先选用合适皮瓣覆盖创面修复皮肤软组织缺损,然后二期再行自身骨移植修复胫骨缺损,采用内固定方式。

**1.2.3 术后处理** 术后注意保持患者肢体温度,根据患者情况采用适当的换药频率,严密观察患肢血液循环情况。常规应用预防感染抗凝、解痉药物的同时注意血容量的补充情况。术后即指导患者无负重下进行肌肉等长收缩运动及关节功能训练。根据 X 片检查情况综合评估患者恢复情况并决定患者开始下地负重的起始时间。

**1.2.4 手术成功评定标准<sup>[2]</sup>** 即患者来院复查时查患肢无压痛,无纵向叩击痛,局部无异常活动,无扶拐状态下在平地步行 3 min 不少于 30 步,X 线示:骨折线模糊或消失。

**1.3 统计学处理** 本组患者所有数据采用 SPSS13.0 进行统计学分析,计数资料采用  $\chi^2$  进行检验,计量资料采用 *t* 检验或均数±标准差表示,以  $P<0.05$  为具有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组患者手术成功率及治愈的时间比较** A 组成功率为 87.5%,B 组成功率为 75.0%。两组患者手术成功率比较有显著性差异( $P<0.05$ ),具有统计学意义;两组患者治愈的时间为:第一次手术结束后至达到临床手术成功标准所经历的时间,A 组周期为 6~12 个月,平均 8 个月,B 组周期为 6~24 个月,平均 14 个月。两组比较,A 组的时间周期更短。

**2.2 两组患者并发症发生率比较** 腓骨骨折、皮瓣坏死、血管危象、胫骨骨折、切口感染是治疗胫骨骨感染及缺损的常见并发症,A 组 8 例患者中发生切口感染 1 例,B 组 8 例患者中骨折处延迟愈合、固定失效、骨筋膜室综合征、感染均有发生,经比较,两组之间并发症发生率有显著性差异( $P<0.05$ ),具有统计学意义。见表 1。

表 1 两组患者并发症发生率比较 例(%)

组别	n	骨折处延迟愈合	固定失效	骨筋膜室综合征	感染	并发症发生率(%)
A 组	8	0(0)	0(0)	0(0)	1(12.5)	12.5
B 组	8	1(12.5)	1(12.5)	1(12.5)	1(12.5)	50.0
$\chi^2$		1.14	1.05	1.25	1.06	1.16
<i>P</i>		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

## 3 讨论

一般骨折内固定术后感染有发热,局部红、肿、热、痛,伤口不愈或窦道形成。由于其高能量、强暴力的损伤特点,患者感染率高达 35~50%,骨折不愈合率达 35%,截肢率达 15~20%<sup>[3]</sup>。常规治疗经多年的临床证实其治疗周期长,并且各种并发症出现率较高。由于骨皮瓣不仅具有良好的联合修复作用,还有“胫骨化”的替代作用,对治疗合并血管损伤的大段胫骨骨感染及缺损有良好的疗效,可降低截肢率以及相关并发症的发生率,从而提高疗效,在临床上得到良好的推广。

腓骨皮瓣交腿修复治疗一期皮瓣覆盖创面及二期植骨修复治疗对胫骨骨感染及缺损都有很好的疗效。一期皮瓣覆盖创面、二期植骨修复治疗胫骨骨感染及缺损的方式由于治疗周期长、患者恢复能力不理想等缺点目前在临床上的应用已经逐渐减少<sup>[4]</sup>。腓骨皮瓣交腿修复治疗胫骨骨感染及缺损的方法因为取自自体,且充分利用人体结构的对称性,最大程度减少了骨吸收过程,使得骨连接的过程类似于普通骨折的愈合过程,从而加强了患者的愈合能力,减少治疗周期。同时由于采用外固定方式,更有利于断端形成良好的连接。

手术后并发症是临床工作中极力避免却又无法回避的事实。本研究中两种修复方式都很好地控制了其并发症的出现。但是腓骨皮瓣交腿修复治疗则表现的更为突出。熟练掌握手术操作的技能,减少不必要的手术时间,密切注意观察患者术后血液循环恢复情况,严格控制术中无菌操作均可有效降低并发症的发生率,值得临床关注。

综上所述,采用腓骨皮瓣交腿修复术应用于胫骨骨感染及缺损具有并发症发生率较低,治愈周期短的特点,疗效更佳。

### 参考文献

- [1]王伟,周业金.吻合血管的腓骨皮瓣治疗胫骨合并软组织缺损[J].安徽医药,2011,15(11):1410-1411
- [2]黄家驷.外科学[M].第 6 版.北京:人民卫生出版社,1999:960
- [3]胡德华,刘智忠,彭生.胫骨感染性骨不连骨缺损的外固定治疗体会[J].中国医药指南,2010,8(13):59-60
- [4]李治,彭爱民,夏和桃.骨外固定技术治疗创伤后胫骨干骨髓炎骨髓坏死[J].创伤外科杂志,2010,12(2):178

(收稿日期:2013-05-21)

欢迎广告惠顾!

欢迎投稿!

欢迎订阅!

# 中药外敷结合手法与微波治疗哺乳期急性乳腺炎的临床研究

丁蓉 钟春嫦 刘洁玲 秦茸蓉  
(广东省深圳市妇幼保健院 深圳 518028)

**摘要:**目的:探讨自制中药药膏外敷联合手法与微波治疗哺乳期急性乳腺炎的疗效。方法:将我院 2012 年 1 月~2013 年 1 月 128 例哺乳期急性乳腺炎患者随机分为两组,观察组 64 例患者采用本院自制中药药膏加手法与微波治疗,对照组 64 例患者采用手法与微波治疗,比较两组治疗效果。结果:观察组 64 例患者中 62 例痊愈,2 例并发大脓肿患者经切开引流后治愈,治愈率 96.9%;患者平均肿块消失时间(3.2± 1.6) d,对照组 64 例患者中 59 例痊愈,5 例患者并发大、小脓肿,分别行穿刺注药与切开引流后痊愈,治愈率 92.2%,患者平均肿块消失时间(6.1± 2.5) d,对照组肿块消失时间明显长于观察组,两组比较差异具有显著性(P<0.05)。结论:中药具有抑制细菌生长、通乳散结之功效,辅助治疗可缩短治疗时间,提高治疗效果。

**关键词:**哺乳期急性乳腺炎;中药;手法;微波

中图分类号:R655.8

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.05.022

急性乳腺炎是女性哺乳期的急性炎症,特点是起病急、病情进展快。据相关文献报道<sup>[1]</sup>,产妇在产后急性乳腺炎的发生率约为 33%,以初产妇为主。临床表现为患侧乳房红、肿、痛等,影响正常哺乳。急性乳腺炎的发生对产妇的心理与生理都会造成极大的压力<sup>[2]</sup>,部分患者还会因此而中止哺乳,对母乳哺育的推广极其不利。本研究对我院 2012 年 1 月~2013 年 1 月 128 例哺乳期急性乳腺炎患者采用本院自制中药药膏加手法与微波治疗,取得了满意的效果。现报道如下:

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 将我院 2012 年 1 月-2013 年 1 月 128 例哺乳期急性乳腺炎患者随机分为两组,观察组 64 例患者采用本院自制中药药膏加手法与微波治疗,年龄 21-36 岁,平均年龄(28.5± 7.5)岁;对照组 64 例患者采用手法与微波治疗,年龄 21-37 岁,平均年龄(28.5± 8.5)岁;两组患者在年龄、一般情况等方面差异无显著性,无统计学意义(P>0.05)。两组患者基础情况。见表 1。

表 1 两组患者一般情况比较 例(%)

组别	n	发病情况		发病时间		
		单侧	双侧	1~2 周	1~2 周	5 周以上
观察组	64	51(79.69)	13(20.31)	3(4.69)	54(84.38)	7(10.94)
对照组	64	52(81.25)	12(18.75)	3(4.69)	55(85.94)	6(9.38)

**1.2 临床表现** 所有患者均以乳房疼痛为主诉,其中 31 例有畏寒症状,29 例伴发热,47 例患者出现乏力症状。查体显示乳房肿胀,可触及包块。

**1.3 临床诊断** 哺乳期急性乳腺炎的诊断与炎性乳腺癌的鉴别,两种疾病的共同点是乳房局部均有炎症表现,但又有明显不同。其一是炎性乳腺癌患者压痛不明显,往往无体温升高等全身性反应;其二是乳房肿胀与肿块的区别,摸之有硬韧感;其三是同侧腋窝淋巴结非炎性肿大;其四是皮肤桔皮样改变。

## 1.4 治疗方法

**1.4.1 对照组** 本组 64 例患者均采用微波结合手法治疗。具体手法为一只手托住乳房,另一只手五指分开,呈梳理式用五指自乳房根部四周向乳头方向轻轻按摩,刚开始时用力要轻,观察患者的耐受情况,可逐渐用力,顺乳管方向施力下压。使淤积的乳汁在外力作用下慢慢排出,再用右手拉住乳头向上牵拉,扩展乳晕区的输乳管。反复几次。

**1.4.2 观察组** 本组 64 例患者在对照组基础上加用本院自制中药药膏外敷。主药为柴胡、香附、丹参、赤芍、三棱、川芎、元胡、仙茅、仙灵脾、王不留行、路路通。每晚敷于患侧。

**1.5 观察指标** 观察两组患者肿块消失时间及治疗效果。

**1.6 统计学方法** 数据采用 SPSS13.0 统计软件处理,计量资料以( $\bar{X} \pm S$ )表示,组间用 t 检验,计数资料采用  $\chi^2$  检验,以 P<0.05 为有统计学意义。

## 2 结果

观察组 64 例患者中 62 例痊愈,2 例并发大脓肿患者经切开引流后治愈,治愈率 96.9%;患者平均肿块消失时间(3.2± 1.6) d。对照组 64 例患者中 59 例痊愈,5 例患者并发大、小脓肿,分别行穿刺注药与切开引流后痊愈,治愈率 92.2%,患者平均肿块消失时间(6.1± 2.5) d,对照组肿块消失时间明显长于观察组,两组比较差异具有显著性(P<0.05)。

## 3 讨论

急性乳腺炎中医称为“乳痈”。该病的发生是内因与外因共同作用的结果,中医认为本病是由于肝胃郁热,导致经络阻塞,乳汁不能顺利排出而产生乳腺管阻塞。外因是由于先天乳头凹陷,婴儿口吮吸导致乳头破裂,病原菌侵入而引起急性乳腺炎症<sup>[3]</sup>。

急性乳腺炎的治疗方法较多,一是清洗乳头,排空乳汁,局部冷、热敷,二是抗菌药物治疗,三是

# 保胎汤治疗先兆流产及习惯性流产 29 例临床疗效观察

唐艳林

(广东省水电医院 增城 511340)

**摘要:**目的:探讨保胎汤治疗先兆流产习惯性流产的临床疗效。方法:选取我院自 2011 年 4 月~2013 年 4 月 58 例先兆流产及习惯性流产患者,随机将其分为对照组以及观察组,各 29 例。对照组采用安宫黄体酮片加肌注绒毛膜促性腺激素治疗,观察组采用中药保胎汤治疗,观察两组的治疗效果。结果:对照组痊愈 13 例,好转 5 例,无效 11 例,总有效率为 62.07%;观察组痊愈 23 例,好转 4 例,无效 2 例,总有效率为 93.10%。两组的临床疗效存在显著差异,具有统计学意义( $P<0.05$ )。结论:采用保胎汤治疗先兆流产及习惯性流产患者能够补肾健脾,养血安胎,取得一定的治疗效果,值得临床推广。

**关键词:**保胎汤;先兆流产;习惯性流产;临床疗效

中图分类号:R271.4

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.05.023

先兆流产是指在妊娠早期出现的阴道少量出血,时下时止,伴有轻微下腹痛和腰酸的一种疾病,可能导致流产,也可能经过适当治疗后继续妊娠,相当于中医学的“胎漏下血”。习惯性流产是指连续自然流产三次及三次以上者,近年常用复发性流产取代习惯性流产,改为二次及二次以上的自然流产。中医学称之为“滑胎”<sup>[1]</sup>。先兆流产以及习惯性流产均是妇科常见病以及多发病,导致的原因较多,因此在治疗上有一定的困难。单纯的西医治疗往往疗效欠佳,而中药保胎治疗能够取得比较好的疗效。本文选取我院 2011 年 4 月~2013 年 4 月 58 例先兆流产及习惯性流产患者,对其进行治疗。现报告如下:

## 1 资料和方法

**1.1 一般资料** 选取我院 2011 年 4 月~2013 年 4 月收治的 58 例先兆流产及习惯性流产患者,年龄 22~39 岁,平均(30.5±8.5)岁,随机将其分为对照组及观察组,各 29 例。对照组平均年龄(29.35±8.34)岁,孕龄 40 d~16 周,其中一次自然流产史 8 例,二次自然流产史 5 例,三次自然流产史 4 例,无流产史 12 例;观察组平均年龄(30.45±9.12)岁,孕龄 35

d~15 周,其中一次自然流产史 9 例,二次自然流产史 3 例,三次自然流产史 4 例,无流产史 13 例。患者尿妊娠实验均呈阳性,B 超检验胚胎处于存活。两组患者在年龄,流产次数以及孕龄上均无显著差异,无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

## 1.2 治疗方法

**1.2.1 对照组** 给予患者西医一般治疗,对患者进行心理安慰,消除患者的紧张情绪以及顾虑,使之饮食合理,服用安宫黄体酮片加肌注绒毛膜促性腺激素,每天 3 次,1 次 4 mg,2 周为 1 个疗程。

**1.2.2 观察组** 在对照组基础上加用中药保胎汤,方药:黄芪 21 g、白术 16 g、桑寄生 16 g、阿胶 16 g、杜仲 16 g、川断 16 g、菟丝子 21 g、党参 21 g。水煎服,每日 1 剂,早晚两次,持续服用 2 周为 1 个疗程。有流产史患者在治疗期间禁止性生活,有阴道出血患者应卧床休息。

**1.3 疗效标准** 根据《中医诊断疗效标准》<sup>[2]</sup>,痊愈:血止胎安,腰腹疼痛消失或者有所改善,通过 B 超检查胚胎发育正常;好转:出血量减少,症状有所改善,各项检查为正常;无效:出血不止,甚至出现堕胎流产,或者是胎儿死于宫内。总有效率 = 痊愈

中药治疗等。从本院两组急性乳腺炎分别采取两种方法治疗后效果显示,观察组治愈率为 96.9%,对照组治愈率为 92.2%;两组患者平均肿块消失时间显示,观察组为(3.2±1.6) d,对照组为(6.1±2.5) d,对照组肿块消失时间明显长于观察组,两组比较差异具有显著性,结果提示在常规治疗基础上结合中药,可缩短治疗时间。

我院自制的中药药膏中柴胡能有效镇痛,促进垂体分泌 ACTH,增强抗炎作用,同时现代药理学研究证实,柴胡对金黄色葡萄球菌具有一定的抑制作用;丹参活血祛瘀,镇静止痛;赤芍可凉血,消肿,行瘀,止痛,同时还具有抗菌、抗炎之功效;香附疏肝

理气止痛;路路通下乳汁,用于乳汁不通;王不留是临床常用的下乳药物。诸药使用具有减轻局部红肿、通乳散结、消炎抑菌之功效。因此,观察组患者经中药辅助外敷后,使治疗效果明显提高,治疗时间明显缩短,从而大大减轻了患者的痛苦,确保了母乳喂养率的提高。

## 参考文献

- [1]常庆龙,张彦武,贾国丛等.哺乳期急性乳腺炎诊疗体会[J].中国医药导报,2010,7(15):166-167
- [2]周丹,楼丽华,郝芬妮,等.哺乳期乳房脓肿培养加药敏 43 例结果分析[J].临床和实验医学杂志,2009,8(8):89-90
- [3]郭维,王育庆,钟立军,等.半导体激光、磁疗综合治疗急性乳腺炎的疗效观察[J].激光杂志,2010,31(2):58

(收稿日期:2013-06-04)

# 美宝湿润烧伤膏在宫颈 LEEP 刀术后应用的疗效观察

刘格利

(陕西省咸阳市中铁二十局中心医院 咸阳 712000)

**摘要:**目的:观察美宝湿润烧伤膏用于宫颈 LEEP 刀术后降低并发症、促进宫颈愈合的疗效。方法:将确诊为宫颈慢性炎症患者 100 例随机分成观察组和对照组各 50 例,观察组宫颈 LEEP 刀术后应用美宝湿润烧伤膏+云南白药治疗,对照组术后单用云南白药治疗。观察两组术后阴道排液、创面出血持续时间及量,观察两组腰腹坠胀不适及宫颈管狭窄等并发症发生率以及宫颈愈合时间。结果:观察组并发症发生率少于对照组,观察组宫颈愈合时间优于对照组。结论:宫颈 LEEP 术后创面贴敷湿润烧伤膏可明显减少或减轻并发症,促进宫颈愈合。

**关键词:**美宝湿润烧伤膏;宫颈 LEEP 术;慢性宫颈炎

中图分类号:R 711.32

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.05.024

慢性宫颈炎是育龄妇女常见的下生殖道炎症,其病理类型有宫颈糜烂、宫颈息肉、宫颈黏膜炎、宫颈腺囊肿、宫颈肥大等<sup>[1]</sup>,临床以物理治疗为主,主要有液氮冷冻、激光治疗、微波治疗、外敷药物等,大部分近期疗效尚可,但远期疗效欠佳。高频电波刀切除术即 LEEP 术是近来治疗宫颈慢性炎症的最新方法<sup>[2]</sup>,其疗效肯定,被广泛应用于临床。但宫颈 LEEP 刀术并发症较多,一直困扰着临床。自 2011 年

年以来,我院采用美宝湿润烧伤膏局部贴敷于宫颈 LEEP 刀术后创面,可明显减少术后并发症的发生。现总结如下:

## 1 资料与方法

**1.1 入选标准** 按全国高校妇产科教材的分类标准<sup>[3]</sup>。选取中重度宫颈糜烂、宫颈肥大合并腺囊肿、宫颈息肉患者为研究对象。

**1.2 临床资料** 选取我院门诊 2011 年 7 月~2012 年 6 月育,抑制子宫收缩,从而提高胚胎的种植率以及妊娠率。但黄体酮有一定的局限性,只适用于单纯的黄体功能不全导致的流产,对于原发性孕激素分泌不足者有一定的限制<sup>[4]</sup>。如果使用黄体酮保胎效果失败后,会减弱子宫收缩功能,降低排异能力,从而导致胎儿死于宫内,相应地增加了手术难度。

中药保胎在药理学研究中得到证实<sup>[4-5]</sup>,具有缓解痉挛及提高孕期血清激素水平,从而改善盆腔内环境,同时调节神经体液的内分泌功能。本研究采用的保胎汤方中菟丝子具有补肾益精功效;川断、桑寄生、杜仲等补益肝肾,养血安胎;黄芪健脾除湿;阿胶养血止血。观察组与对照组两组患者在治疗后,观察组总有效率为 93.10%,对照组总有效率为 62.07%,由此可见,中药保胎汤疗效显著。

综上所述,采用保胎汤治疗先兆流产及习惯性流产能补肾健脾,养血安胎,取得一定的治疗效果,值得临床推广。

## 参考文献

[1]王玉.中医辨证结合西药治疗先兆流产及习惯性流产临床疗效分析[J].吉林医学,2011,32(13):2 607-2 608

[2]楚健子,刘玉芝,吕连凤.保胎方治疗先兆流产及习惯性流产的临床研究[J].辽宁中医杂志,2007,34(12):174

[3]谢玲,王玉.寿胎丸加味治疗先兆流产和习惯性流产 43 例[J].江西中医药,2011,42(6):51

[4]李冬兰,梁瑞宁,陈晓勇.中西医结合阶梯法治疗习惯性流产[J].现代诊断与治疗,2010,21(1):24-25

[5]谢建萍.自拟保胎汤治疗先兆性、习惯性流产 68 例临床疗效分析[J].中医药学报,2008,36(3):54-55

(收稿日期:2013-05-21)

率+好转率。  
**1.4 统计学分析** 采用 SPSS13.0 的统计软件,计量资料采用平均数表示,组间比较采用 *t* 检验,两组间的计数资料比较采用  $\chi^2$  检验。 $P<0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组患者临床疗效** 对照组痊愈 13 例,好转 5 例,无效 11 例,总有效率为 62.07%;观察组痊愈 23 例,好转 4 例,无效 2 例,总有效率为 93.10%。两组患者的临床疗效有显著差异( $P<0.05$ )。见表 1。

表 1 两组患者的临床疗效比较 例(%)

组别	n	痊愈	好转	无效	总有效
对照组	29	13(44.83)	5(17.24)	11(37.93)	18(62.07)
观察组	29	23(79.31)	4(13.79)	2(6.90)	27(93.10)

**2.2 两组患者症状消失时间比较** 两组患者经过不同的治疗,在阴道出血、腰痛、腹痛、下腹胀痛消失时间上有显著差异( $P<0.05$ )。见表 2。

表 2 两组患者症状消失时间比较 ( $\bar{X} \pm S$ ) d

组别	n	阴道出血	腰痛	腹痛	下腹胀痛
对照组	29	7.65± 3.23	9.69± 3.45	8.89± 3.65	6.82± 2.10
观察组	29	5.23± 1.08	6.56± 1.84	5.98± 1.36	4.23± 1.06

## 3 讨论

先兆流产属中医“胎漏下血”范畴,习惯性流产属于“滑胎”范畴。西医保胎主要从卵巢以及黄体功能着手,利用黄体期根据黄体功能进行逐步地治疗。由于内分泌失调,尤其是黄体功能不足,往往影响胎盘蜕膜而发生流产,因此,予以绒毛膜促性腺激素治疗。另外也通过采用黄体酮以改善内膜的发