

升高。血清 HDL-C: 1.04 mmol/L 以下为合适范围; 0.91 mmol/L 以下为减低。血清 TG: 1.7 mmol/L 以下为合适范围; 1.7 mmol/L 以上为升高。

1.3 治疗方法 治疗组采用针刺五脏腧穴治疗。主穴: 肺俞、厥阴俞、膈俞、肝俞、脾俞、肾俞。痰浊阻遏者加丰隆、阴陵泉、足三里, 得气后用平补平泻法。肝阳上亢者加风池、百会、曲池, 用泻法; 气虚血瘀者加膻中、气海、血海, 用补法; 肝肾阴虚者加太冲、太溪、照海, 用补法。穴位常规消毒, 选用安迪牌 0.30 mm× (25~75) mm 毫针行指切法快速进针, 留针 30 min。4 周为 1 个疗程, 共治疗 2 个疗程。对照组每晚服用阿托伐他汀钙片 20 mg。疗程为 8 周。

1.4 疗效标准 参照《中医新药临床研究指导原则》<sup>[2]</sup>。显效: 血脂检测达到以下任 1 项者: TC 下降≥20%, TG 下降≥40%。HDL-C 上升≥0.26 mmol/L, TC-HDL-C/HDL-C 下降≥20%。有效: 血脂检测达到以下任 1 项者, TC 下降≥10%但<20%, TG 下降≥20%但<40%, HDL-C 上升≥0.10 mmol/L 但<0.26 mmol/L, TC-HDL-C/HDL-C 下降≥10%但<20%。无效: 血脂检测未达到以上标准者。

1.5 治疗结果 两组总有效率比较差异无显著意义 ( $P>0.05$ )。见表 1。

| 表 1 两组治疗结果比较 例 |    |    |    |    |         |
|----------------|----|----|----|----|---------|
| 组别             | n  | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效率(%) |
| 治疗组            | 30 | 14 | 11 | 5  | 83.3    |
| 对照组            | 30 | 16 | 10 | 4  | 86.7    |

2 讨论

中医学中并无高脂血症病名, 依据其临床表现

可归属于中医学“瘀血、痰浊”等范畴, 由多个脏腑功能失调所致。其发生多因饮食不节、过食肥甘、静而少动、劳逸失常, 进而损伤脾胃, 导致脾胃运化失常, 水谷不化, 痰湿内生, 浸淫脉道, 而致痰瘀阻络。《素问·痹论》云:“饮食自倍, 肠胃乃伤”。长期饱食则可致湿阻中焦, 日久聚湿成痰。久病和年老体弱均可致肾精亏虚。肾阳不足则脾失温煦, 运化受阻, 水谷精微不能从正化, 高脂血症也便因此而发。由此可知本病基本病机为本虚标实, 本虚以脾、肾虚为主, 标实为痰、瘀, 病位在血脉。故治疗上应补脏腑之不足, 化痰湿、活瘀血, 以推动气血的运行, 使虚补、痰化、瘀行, 从而恢复血运正常状态。背俞穴, 是脏腑之气输注于背腰部的腧穴, 属特定穴之一, 首见于《灵枢·背俞》、《素问·气府论》, 但不完备。后由《脉经》补充大肠俞、小肠俞、胃俞、胆俞、膀胱俞; 《甲乙经》补充三焦俞; 《千金方》补充厥阴俞而完善。《难经·六十七难》曰:“阴病行阳, 俞在阳”, 则是说明五脏有疾多反应在背俞穴, 而某背俞穴找到反应点, 即可诊断某脏有病(主要定脏腑)。再如治疗脏腑官窍疾病, 《素问·长刺节论》说:“迫藏刺背, 背俞也”, 《素问·阴阳应象大论》指出:“阴病治阳”等, 说明五脏有病多刺背俞穴治疗。针刺五脏腧穴具有健脾通腑、化痰降浊的功效, 治疗高脂血症疗效肯定。

参考文献

[1]赵文华,张坚,由悦,等.中国 18 岁及以上人群血脂异常流行特点研究[J].中华预防医学杂志,2005,39(5):306-310  
[2]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2002.85-89

(收稿日期: 2014-03-27)

指掌侧固有动脉逆行岛状皮瓣修复指端软组织缺损

夏柱良<sup>1</sup> 丛海波<sup>2</sup>

(1 安徽中医药大学 2012 级研究生 合肥 230038; 2 山东省威海市文登中心医院 文登 264400)

关键词: 指端软组织缺损; 指掌侧固有动脉逆行岛状皮瓣修复; 疗效观察

中图分类号: R658.2

文献标识码: B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.07.050

随着我国工业事业发展, 手外伤患者也在不断增加, 指端软组织缺损伴指骨及腱性组织外露在临床上很常见。指掌侧固有动脉逆行岛状皮瓣修复是修复指端软组织缺损的一种有效方法, 2013 年 5~10 月我们采用该皮瓣修复指端软组织缺损 8 例, 效果满意。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组共 8 例, 男 6 例, 女 2 例; 年龄 20~55 岁; 电锯伤 3 例, 挤压伤 3 例, 刀切伤 2 例; 指腹 4 例, 指端 3 例, 指背 1 例; 创面面积最大为 2 cm× 3 cm, 最小为 1 cm× 1.5 cm; 大部分创面都伴

有末节指骨和肌腱暴露。

1.2 治疗方法 手术在臂丛神经麻醉成功后在上肢气囊止血带控制下进行。皮瓣设计: 彻底清创后根据指端软组织缺损区大小来设计皮瓣, 皮瓣面积应大于受区创面 10%~15%, 但皮瓣最大切取面积不宜超过 2 cm× 3 cm。皮瓣设计应以指固有动脉走向为轴心线, 其皮瓣远端不超过近指横纹, 近端不超过指蹼, 两侧不超过指掌正中线和指背侧正中线, 皮瓣远端可附带一个三角皮瓣, 以缓解蒂部缝合时张力, 于皮瓣近端解剖见到指固有动脉神经束, 然后再做指掌侧和背侧切口, 皮瓣供受区之间应沿着指固有

动脉走向作锯齿状切口,于皮下组织浅层向两边分离皮肤,皮瓣蒂部要带些筋膜组织,以利于静脉回流,在指固有神经外膜游离血管,将神经保留于原位,把血管蒂解剖至旋转点,用血管夹将指固有动脉在指根部给予阻断,松气囊止血带观察皮瓣血供,血供正常,将指固有动脉于指根部给予切断、结扎,把皮瓣翻转 180° 覆盖于受区创面之上,给予间断缝合,关闭其它切口,于前臂内侧取一大小适合的全厚皮片缝合于供瓣区,并给予打包加压包扎。

1.3 结果 8 例皮瓣全部成活,均一期愈合。修复后指端及指腹外观较好,色泽正常,质地较软。随访 3~6 个月,5 例感觉恢复可,3 例有麻木感,所有患指功能恢复良好。

2 讨论

2.1 皮瓣解剖基础 手指的掌侧和背侧共有对称性分布的 4 条动脉,即 2 条指掌侧固有动脉和 2 条指背动脉。指掌侧总动脉在掌骨头平面分为 2 条指掌侧固有动脉,指掌侧固有动脉在指的各节均发数条掌侧支和背侧支。掌侧支除皮支外,在近节指和中节指的远侧 1/3 段恒定发出一横行支与对侧的相应分支吻合形成指掌弓。在距甲上皮近侧约 5 mm 处,指固有动脉向背侧发横行吻合支与对侧相应支吻合形成指背弓。手指静脉分为浅静脉、深静脉和交通支三部分,指静脉血主要通过浅静脉回流,指深静脉与指背动脉伴行,指掌侧固有静脉与同名动脉伴行。指浅、深静脉之间有交通支相连,多在指掌侧固有静脉和指背浅静脉之间,这些交通支常与指掌侧固有动脉发出的小动脉伴行<sup>[1]</sup>。这就为指掌侧固有动脉逆行岛状皮瓣提供了解剖基础。

2.2 指掌侧固有动脉逆行岛状皮瓣的优缺点 手

指末节外伤后皮肤软组织缺损,深部组织尤其指骨外露时,需行皮瓣修复,临床皮瓣修复的方法较多<sup>[2-5]</sup>:如交臂皮瓣、腹部皮瓣及邻指皮瓣这些皮瓣手术操作简便、安全,但外形较臃肿,都需要二期手术断蒂,患者住院时间较长,费用较高。游离皮瓣,如足拇趾趾腹腓侧游离皮瓣、第 2 趾趾腹游离皮瓣等,其外形逼真、有罗纹,皮瓣质地好,感觉恢复较好,功能满意,是理想的皮瓣,但需要吻合小血管,手术较精细复杂,技术要求高,手术时间长,风险大,患者不易接受,较难推广应用<sup>[6]</sup>。指掌侧固有动脉逆行岛状皮瓣不需要二期断蒂手术及吻合血管,血管蒂较浅表,操作相对较简单,成活率较高,质地及色泽较好且有一定耐磨性。其缺点是要牺牲一条指掌侧固有动脉。

2.3 手术注意事项 (1)术前要详细询问病史,排除患指有外伤史并做 Allen 试验,防止手术后患指坏死;(2)在游离指固有动脉时,在指固有神经外膜进行,以避免损伤神经,游离血管蒂时要尽量地多带一些血管周围软组织,以利静脉回流;(3)蒂部隧道一定要宽松,一般采用明道,在血管蒂和皮瓣交界处作一附加的三角瓣可以保护皮瓣的血管蒂,避免缝合时张力过大而受压。

参考文献

[1]顾玉东,王澍寰,侍德.手外科手术学[M].上海:上海医科大学出版社,1999,28-34  
[2]王利,朱小弟,李文庆,等.手指指腹缺损的修复[J].中华手外科杂志,2003,19(1):27-28  
[3]胡鸿泰,陈黎华,刘文超,等.指掌横血管蒂指掌侧皮瓣修复指端缺损[J].中华整形外科杂志,2005,21(5):353-355  
[4]Smith KL,Elliott D.The extended Segmuller flap [J].Plast Reconstr Surg,2000,105(4):1 334-1 346  
[5]杨华,刘传太,唐葆青,等.带蒂皮瓣修复手指软组织缺损[J].中国修复重建外科杂志,2004,18(4):341-342  
[6]孙宝俊.指动脉逆行岛状皮瓣的解剖与临床应用[J].海南医学院学报,2009,15(7):738-739

(收稿日期:2014-03-12)

膝关节镜术后并发症的分析

梁学振<sup>1</sup> 王少山<sup>2</sup> 魏姗姗<sup>2</sup>

(1 山东中医药大学 2008 级中医学七年制 济南 250014;2 山东中医药大学第一附属医院 济南 250014)

摘要:目的:回顾性分析膝关节镜手术的并发症及成因,探讨其预防和治疗措施。方法:对 2013 年 1~12 月于山东中医药大学第一附属医院行膝关节镜手术的 157 例患者,根据膝关节损伤情况进行相应处理,随访 3~15 个月,观察治疗效果及并发症发生率。结果:134 例患者获得随访,术后出现并发症 26 例,经积极处理所有并发症均获得良好控制,疼痛明显减轻,关节活动良好。结论:术前正确诊断和评估疾病,术中恰当地使用止血带,并熟练掌握关节镜的入路和操作技巧,术后合理使用抗生素和抗凝等药物,积极功能康复,才能提高膝关节镜手术的临床疗效,减少并发症的发生。

关键词:膝关节损伤;膝关节镜手术;并发症;预防;治疗

中图分类号:R687.4

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.07.051

关节镜技术是骨科近 10 年发展最快的诊疗方式之一,膝关节镜技术与传统膝关节开放手术相比,具有创伤小、出血少、疗效确切、恢复快、手术瘢痕小以及并发症少等优点,但由于操作技术学习曲解、治

疗理念等因素,使手术操作手法和手术时间有很大的差异,术后出现一些并发症。山东中医药大学第一附属医院 2013 年 1~12 月行膝关节镜手术 157 例,134 例患者获得随访,发生并发症 26 例,本文回顾