

中西医结合治疗 慢性肺心病心衰 66 例

刘廷贵¹, 陈延萍², 陈延翠¹

(1. 莱芜市莱城区人民医院, 山东 莱芜 271100;
2. 莱芜市莱城区妇幼保健所, 山东 莱芜 271100)

[中图分类号]R541.5 [文献标识码]B
[文章编号]1004-2814(2003)12-0646-01

2000年3月~2003年3月,我们用参麦注射液治疗慢性肺心病心衰 66 例,疗效较好,现报告如下。

1 临床资料

共 128 例,均符合 1997 年全国第 2 次肺心病专业会议修订的慢性肺心病诊断标准, NYHA 心功能分级 III~IV 级。按住院顺序随机分为两组。治疗组 66 例,男 35 例,女 31 例;年龄 56~86 岁,平均 63.5 岁;病程 6~41 年,平均 20.8 年;心功能 III 级 40 例, IV 级 26 例。对照组 62 例,男 34 例,女 28 例;年龄 51~85 岁,平均年龄 62.5 岁;病程 8~42 年,平均 21.3 年;心功能 III 级 38 例, IV 级 24 例。

2 治疗方法

两组均给予常规治疗,即卧床休息、吸氧、解痉、祛痰、强心、利尿、扩张血管、纠正代谢紊乱、抗菌等。治疗组在以上常规治疗的基础上,给予参麦注射液(云南个旧生物药业有限公司生产,每 1ml 含原药 0.2g)40ml 加 5% 葡萄糖注射液或生理盐水 250ml,静脉滴注,每日 1 次,14 天为一疗程。

3 疗效标准

显效:心悸、咳嗽、呼吸困难、发绀、水肿、肺部干湿性罗音消失或明显减轻,心功能改善 2 级以上,心电图示心律失常消失或明显减轻,电解质正常。有效:各项症状体征部分减轻,心功能改善 1 级。无效:以上症状体征无好转甚至加重,心功能改善不足 1 级。

4 治疗结果

治疗组显效 34 例,有效 21 例,无效 11 例,总有效率 83.3%;对照组显效 18 例,有效 14 例,无效 30 例,总有效率 51.6%;两组总有效率比较有非常显著性差异($\chi^2=14.77, P<0.01$)。出现输液反应治疗组和对照组各 2 例。

5 体会

参麦注射液是由红参、麦冬提取物制成的灭菌溶液,动物实验证明,它具有一定的扩张周围血管的效应,降低肺及体循环阻力,选择性降低肺动脉压和肺循环阻力,增强心肌与膈肌的收缩力,增加心输出

量。同时,可有效改善心肌缺血症状,消除氧自由基,增加心肌灌注,提高心肌抗缺氧能力,促进损伤心肌 DNA 合成,加速损伤心肌修复,防治心律失常,从而极大地保护了心脏,增强了心肌泵血功能。参麦注射液与小剂量洋地黄类药物有协同作用,并且能有效防治洋地黄类药物的副作用。

□非药物治疗□

手牵足蹬加端托手法 整复肩关节前脱位 30 例

邹洪宇, 田荣利, 邓小彬, 罗国强, 彭 熠

(重庆市九龙坡区第三人民医院, 重庆 400050)

[中图分类号]R684.7 [文献标识码]B
[文章编号]1004-2814(2003)12-0646-02

1998 年以来,我们采用手牵足蹬法(Hippocratic 法)加端托手法整复肩关节前脱位 30 例,取得满意疗效,报告如下。

1 临床资料

30 例中,男 18 例,女 12 例;年龄 20~65 岁。就诊时间最长 3d,最短 15min。喙突下脱位 13 例,孟下脱位 10 例,锁骨下脱位 7 例;单纯脱位 23 例,合并肱骨大结节骨折 7 例;根据临床症状、体征及术前肩关节摄片,肩关节前脱位诊断明确。

2 治疗方法

患者平躺于检查治疗床上,仰卧,术者立于患侧床边,轻手法按摩以使患者放松和肌肉松弛,腋下垫棉垫,以同侧足跟置于病人腋下靠胸壁处,双手握住患肢于外展位作徒手牵拉,以足跟顶住腋部作为反牵引力,左肩脱位时术者用左足,右肩脱位时用右足。顺势拔伸牵引 2~4min,肩部肌逐渐松弛。一助手立于患肩外侧,用双手拇指压于患肢肩峰上,以此作为支点,双手其余四指置于术者足跟部下面并合抱肱骨上部(术者足跟部直接蹬于助手双手其余四指的背侧),配合术者的手牵足蹬,助手双手同时用力向上向外端托肱骨头,肱骨头便会经前方关节囊的破口滑入关节孟内,可感到有响声, Dugas 征转为阴性,提示复位成功。如仍不成功,可在牵引下同时内收、内旋患肢,则可复位。复位后用胸腋绷带搭肩位固定 3 周,合并大结节骨折者应延长 1~2 周。

3 治疗结果

复位标准为肩部恢复饱满外形,未扪及异位肱骨头,无关节弹性固定, Dugas 征阴性,肩关节 X 摄片见肩肱关节相互位置关系正常。30 例均一次复位

[收稿日期]2003-07-29

[收稿日期]2003-07-23

成功,复位率100%。

4 讨论

手牵足蹬法(Hippocratic)是一种最古老的复位方法,至今仍被广泛应用,但临床应用中感到此法也存在一些缺点,即:①肩关节前脱位不管是喙突下、孟下还是锁骨下脱位,肱骨头均脱出肩胛盂前缘向前、内、下移位。②复位时必须顺势牵引,外展患肢,推顶肱骨头向外、向上,内收患肢以利用推顶支点的杠杆力使肱骨头向外、向上移位,内旋上肢便于肱骨头后方较小的部位先从肩胛盂前缘破裂的关节囊处回纳入关节腔内。以上几种作用力须同时协调进行,复位方能轻松自如。③传统的手牵足蹬法,术者一人

须同时完成双手外展患肢,作持续有力的顺势牵引,同侧足跟的向外向上的推顶,双手握持患肢作内收内旋。然而术者很难同时在外展位牵引下又有足够的力量用足跟向外向上推顶,尤其是对于喙突下和锁骨下的脱位更是如此。如术者体格不够强健,而遇体质壮实、肌肉丰满,肌肉紧张痉挛患者,每致复位失败。

采用两人复位的手牵足蹬加端托的改良手牵足蹬法可很好地解决外展位牵引,向外向上端托肱骨头,内收内旋患肢的复合作用力。两人协作,较一人省力,力量可控,外展角度可控,操作简便,损伤小,复位率高。

环抱式接骨板与骨卡环治疗四肢长骨干粉碎性骨折 50 例

马 林

(姜堰市中医院,江苏 姜堰 225500)

[中图分类号]R683.4 [文献标识码]B [文章编号]1004-2814(2003)12-0647-02

[摘要] 目的:评价环抱式接骨板与骨卡环治疗四肢长骨干粉碎性骨折的临床疗效。方法:采用西脉环抱式接骨板与骨卡环治疗四肢长骨干粉碎性骨折50例。结果:50例上下肢骨干粉碎性骨折经1~2年随访,均在术后4个月内愈合,功能恢复良好,无接骨板与骨卡环断裂及再骨折。结论:西脉环抱式接骨板与骨卡环具有形状记忆功能及持续的自动加压功能,固定可靠,骨卡环有良好的辅助固定作用,持续的抱合力使骨折愈合周期缩短。不钻孔,不用螺钉,人为损伤小,操作简便,缩短了手术时间,可用于一些特殊类型的骨折。但该固定器不适用于扁平骨及干骺段等不规则部位骨折。

[关键词] 环抱式接骨板;骨卡环;骨折;骨折固定术

[Abstract] Objective To evaluate the Clinical effect of using the EBFP and the BTR for the treatment of the comminuted fractures of long bones. Methods 50 cases of comminuted fractures of long bones were treated with seemine EBFP and BTR. Results The period follow-up was 1-2 years, 50 cases of comminuted fractures were healed in four months with well restored function, and without refracture or loosening of the EBFP and BTR. Conclusions Seemine EBFP and BTR have the advantages of good shape memory effect and continuous self-compressing function, the fixation is reliable, and the BTR has good assistant fixed function. The continuous encircling bone bonding strength can shorten recovery period, needn't drill holes, no screws are used, little personal damages, easily operating and shorten the operation time. This method can be applied to some special types of Fractures. But it isn't suitable for the fracture of irregular bones such as flat bones, metaphysis of long etc.

[Key Words] EBFP; BTR; Fractures; Fracture fixation

目前,随着高能量损伤的日益增多,骨折程度日趋严重,加之一些特殊类型的骨折,使骨折固定难以进行,严重地影响了治疗效果。自1999年3月~2002年5月,我们将环抱式接骨板和骨卡环应用于临床,解决了这一难题,临床效果满意,介绍如下。

1 一般资料

50例中,男30例,女20例;年龄最大80岁,最小19岁,平均30岁。锁骨骨折10例,肱骨骨折5例,尺骨骨折3例,桡骨骨折2例,孟氏骨折4例,盖氏骨折3例,尺桡骨双骨折5例,胫腓骨骨折8例(其中2例为开放性骨折),全髋关节置换术后股骨上段骨折2例,股骨粗隆下粉碎性骨折3例,掌骨骨

折4例,指骨骨折1例。其中1例肱骨骨折、3例胫腓骨骨折采用骨卡环配合外固定支架治疗,3例股骨粗隆下骨折采用重建钉配合骨卡环治疗,其余病例均采用环抱式接骨板进行治疗。

2 治疗方法

术前依据X线摄片了解骨折的部位及尺寸,选择适当型号、规格环抱式接骨板、骨卡环(兰州西脉记忆合金有限公司出品,变形温度为0℃~5℃,回复温度为30℃~40℃),内径比患骨直径小,行高温高压消毒处理,备好0℃~5℃的消毒冰盐水(或冰块)。

手术采用常规切口显露骨折断端复位。根据情况用克氏针或钢丝暂时固定,将接骨板、骨卡环置于冰水中,用撑开钳均匀撑开环抱臂,每对环抱臂之间

[收稿日期]2003-07-21