维普资讯 http://www.cqvip.com

复发4例。对30例急性骨髓炎的治疗中,有2例按骨开窗引流术术式[4],另26例在骨开窗后,髓腔彻底刮除感染的肉芽及脓苔(注意妥善保护骨髓)。两种方式均采用高浓度抗生素保留灌注方法,其结果后者明显优于前者。

灌注吸引时间与疗效的关系:本组中1例术后3 d灌注吸引液清晰透明,第4天体温正常,但第5天不慎吸引管拔脱,无法再行吸引,仅能定时从灌注管注入抗生素,结果体温再度上升。经加大全身抗生素用量,术后16 d体温方降至正常。说明冲洗髓腔在骨髓炎治疗中的重要作用。

对灌注、吸引管设计放置,本文在Mcelvenny和Compere管道制备和放置的基础上加以改进。采用灌注管管径小、侧孔少,吸引管管径大、侧孔多的方法,可避免吸引管不全阻塞或完全阻塞所造成的局部肿胀,伤口渗液及伤口不愈合等并发症。在置管方法上采取了在骨质上钻孔插入,增强了置管的牢固性。

[参考文献]

[1] 王伟. 灌流冲洗系统疗法治疗骨髓炎[J]. 伤残医学杂志,2005,13(2):29-30.
[2] 黎明. 连续灌洗法治疗急性化脓性骨髓炎疗效分析[J]. 中华临床医学杂志,2004,5(8):81.
[3] 周长林,唐良华,易洪城,等. 病灶清除加持续闭式灌吸治疗骨关节化脓性感染36例[J]. 云南中医中药杂志,2002,23(5):19-20.
[4] 宋焕瑾,雷文黎,杨雷刚. 开窗灌注负压吸引治疗急性血源性骨髓炎[J]. 实用骨科杂志,2001,7(5):389-390.

(编辑:余汇洋)

腋路连续臂丛麻醉在手显微外科手术中的应用体会

Application of durative brachial plexus anaesthesia in hand microsurgery

李文辉,何志龙,黄 猛 (东莞市凤岗华侨医院麻醉科,广东 东莞 511700)

[关键词] 臂丛阻滞麻醉;显微外科手术;手
[中图分类号] R614.4 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2006)02-0109-02

目前手显微外科手术的麻醉选择由于考虑到对病人的影响,麻醉并发症,术后的镇痛以及病人经济负担等因素,已经把连续臂丛麻醉作为首选[1-2],但方法各有不同,主要的方法有套管针在肌间沟穿刺等。笔者在手显微外科手术中应用硬膜外导管在腋路穿刺连续臂丛麻醉,进行临床观察和试验。效果满意,并发症较少,现总结如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

38例手外伤及整形患者,男29例,女9例;年龄在18~25岁,体重40~75 kg。ASA Ⅰ~Ⅱ级。其中断指再植27例,断掌、断腕再植6例,脚趾移植拇指成形2例,带血管蒂皮瓣移植3例。手术时间4-15 h。

1.2 麻醉方法

术前用药均为阿托品0.5 mg,鲁米那0.1 mg,选择腋路臂丛神经阻滞。麻醉药配伍:0.75%耐乐品20 ml+0.75%左布比卡因15 ml+0.9%氯化钠10 ml。物品:一次性硬膜外穿刺包1个。方法:消毒铺巾,在腋窝腋动脉搏动最强处,用稍钝的针头穿刺,感觉明显落空感后,抬手针头有明显搏动,回吸无血,注入麻药合剂30~40 ml(边推边回吸),注完后见腋鞘有明显隆起。用开皮针头在注药处开皮,以16号硬膜外穿刺针沿腋鞘走向,斜面向上穿刺,穿破腋鞘有明显的落空感后,置入硬膜外导管5 cm(顺畅无阻力为准),退针留管于腋鞘内,并用针线、3N胶布(防水)和麻醉专用胶布固定,连接硬膜外导管接头,以备连续给药和接镇痛泵。术中常规给予格拉司琼3 mg,辅以杜氟或咪唑安定。术毕接一次性镇痛泵。镇痛药物配方:0.75%耐乐品或0.75%左布比卡因20 ml+曲马多100 mg+氟哌利多2.5 mg加0.9%氯化钠至100 ml。

2 结果

38例病人均取得满意的麻醉效果和良好的术后镇痛效果。术中病人安静入睡,BP、HR、R、ECG、SpO_2正常,没有体位不适和止血带反应引起的躁动,术后病人均没有使用其他镇痛药物,VAS评分均在3~5分,病人得到充分的休息和恢复。

3 讨论

腋路连续臂丛麻醉和全麻相比对病人的影响小,麻醉的并发症少,可以做术后镇痛及降低病人经济负担,能够保证病人术中的安全、无痛。由于阻滞臂丛交感神经,患肢动脉、静脉及毛细血管扩张,血流阻力减少,血流量增加,利于组织灌注和移植组织的存活,同时避免血栓的形成,增加手术成功率[3]。更重要的是术后留置导管镇痛,使病人紧张情绪得到缓解,改善睡眠,不会由于术后疼痛使病人烦躁不安,血内儿茶酚胺浓度升高,组织氧耗增加,造成吻合口血管痉挛收缩,移植组织缺血、缺氧、坏死而致手术失败[4]。另外,同套管针肌间沟入路[1]比较,本方法的穿刺、给药、留管等方面并发症更少,钝针穿刺,落空感明显,成功率高而且不易损伤血管,硬膜外导管柔软韧性好,不易打折、脱落和刺伤血管。总之,腋路连续臂丛麻醉操作方法简单,麻醉效果维持时间长,术后镇痛效果佳,是手显微外科手术安全、有效的一种麻醉方法。

[收稿日期] 2005-11-25 [修回日期] 2006-01-02

维普资讯 http://www.cqvip.com

[参考文献]
[1] 吴 红,陆文汉. 动静脉留置针连续臂丛神经阻滞用于上肢手术的临床观察[J]. 临床麻醉学杂志,2005,21(4):279.
[2] 杨焕杰,郭永军,王立文,等. 连续臂丛神经阻滞在小儿断肢再植手术中的应用[J]. 西北国防医学杂志,2003,24(1):64.
[3] 郝国明,郑 慧. 连续臂丛神经阻滞镇痛在断手再植术后镇痛的应用体会[J]. 实用医学杂志,1998,14(7):549.
[4] 刘俊杰,赵 俊. 现代麻醉学[M]. 北京:人民卫生出版社,1997.826-1456.

(编辑:余汇洋)

生肌象皮膏治疗小面积深度烧伤创面14例临床分析

Sarcogenic plaster in the treatment of small-area deep burn wound in 14 cases

赵 勇[1],于冬梅[2],赵佐庆[3] (1.武警山东消防总队泰安市支队医院,山东 泰安 271200;2. 泰安市第一人民医院,山东 泰安 271200;3.第四军医大学附属唐都医院实验外科,陕西 西安 710038)

[关键词] 烧伤;生肌象皮膏;创面治疗
[中图分类号] R644;R283 [文献标识码]B [文章编号] 1672-5042(2006)02-0110-01

烧伤的治疗是目前世界医学领域的难题,治疗方法也较多,但治疗效果并不满意。特别在治疗小面积深度感染创面及散在的肉芽创面过程中,常需手术植皮才能消灭创面。生肌象皮膏是由多种中药制成,祛腐生肌表现出独特的药效,同时还有抑菌作用。作者采用生肌象皮膏联合庆大霉素湿敷等综合措施对门诊17例深度烧伤患者进行了治疗,取得了较好的疗效。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

门诊病人17例,年龄最小2岁,最大74岁。男9例,女5例。烧烫伤15例,电击伤1例。其中1例女性74岁老人患有糖尿病和高血压。伤后2~4周来我处就诊,创面均已感染,深度烧伤,面积为1%~3%。

1.2 治疗方法

创面每次换药前用碘伏清洁、消毒后,庆大霉素湿敷,最后涂一层生肌象皮膏于创面上,凡士林油纱覆盖,无菌敷料包扎固定。隔日换药一次,待创面干净,感染控制后停用庆大霉素湿敷。同时还分别注意观察单用庆大霉素湿敷和生肌象皮膏及两者的联合应用后的治疗效果。

2 结果

17例深度度感染创面以庆大霉素湿敷及用生肌象皮膏治疗后,伤口3 h即可见肉芽生长,一周后创面基本能够填平。2例在治疗后10 d内愈合,10例伤口于2周内愈合,其他5例均在56 d内完全愈合。所有病例伤口愈合后瘢痕小、薄而平坦、弹性较好。

3 讨论

烧伤创面经清洁处理及应用抗菌素换药后,虽可一定程度控制感染,但肉芽创面的愈和情况不佳,常需手术植皮才能消灭创面。其原因可能是烧伤的面积、深度、感染及治疗时间等情况所致。患者大多是创面较深感染且已经治疗较长时间。根据以往的临床经验,伤口单以庆大霉素湿敷,虽有红肿减轻,分泌物件减少,但肉芽生长不明显,伤口愈合很慢。

生肌象皮膏配方:象皮粉30 g,当归20 g,生血余20 g,生龟板40 g,大生地40 g,生石膏50g,生甘石80 g,黄白蜡150 g,香油500 g。生肌象皮膏以象皮、当归及生地具有补血、活血、排浓生肌的协同作用[1]。龟板、血余行瘀通经止血,具去腐、生肌、长皮的作用。在临床工作中作者发现,单用生肌象皮膏治疗烧伤创面的愈合效果不甚明显,而仅用抗菌素治疗虽能控制感染,其创面的收敛生肌作用并不显著。因此,首先做好创面的清创,同时以庆大霉素湿敷,及时换药,再敷以生肌象皮膏,所有病例均取得了良好的愈合效果[2]。作者认为创面的清创、消炎配合应用生肌象皮膏的优点是:①抗感染能力强,保持创面湿润,上皮组织得以快速修复;②明显的护液效果,创面愈合快;③良好的止痛作用。生肌象皮膏中的多种成份具有止痛散瘀的作用,使用该药后局部即无明显的疼痛;④本治疗方法具有促进深度烧伤创面上皮组织再生修复功能,控制或减少疤痕的生成;⑤操作方便,不需植皮,减轻了患者的经济负担和痛苦[3]。采用抗菌素配合生肌象皮膏等综合治疗小面积深度烧伤虽有良好的效果,但对于较大面积的创面的治疗情况如何还不清楚,这是我们今后深入研究的内容。

[参考文献]
[1] 刘彦生,王 刚,杨长山. 生肌象皮膏的制备及临床应用[J]. 辽宁药物与临床,2003,6(1):42.
[2] 程海冬,杨变荣,刘玉兰. 生肌象皮膏换药治疗重度褥疮[J]. 中医正骨,2000,12(1):9.
[3] 李 军. 生肌象皮膏作用机理分析[J]. 辽宁中医药学院学报,2005,7(4):329.

(编辑:郭光金)

[收稿日期] 2005-11-20 [修回日期] 2005-12-25