维普资讯 http://www.cqvip.com

寒36例,肝胃不和20例,脾胃虚热18例,胃阴不足6例,全部病例均经胃镜及X线钡餐透视诊断为溃疡40例,慢性胃炎36例,全胃下垂4例,年龄最大者72岁,最小者20岁,以男性患者为多。其中发病时间长短不等,最短者2年,最长者32年,年龄大者病程均较长。

2.诊断依据及疗效评定标准:(1)诊断依据:所有病例均经钡透及胃镜检查确诊为溃疡、慢性胃炎、胃下垂等。主要症状有胃痛、食少、脘腹胀痛、大便溏泻及干燥。发病前多有明显诱因如感受风寒、情志不舒、起居饮食失节等。(2)疗效评定:①近期临床治愈:症状全部消失,半年内不复发,胃镜或X线等主要理化检查基本恢复或明显好转。②显效:主要症状消失,半年内不复发,主要物理检查好转。③好转:主要症状消失,半年内偶尔有发作,但疼痛程度轻,持续时间短,主要物理检查无明显改变。(3)治疗经过:临床治疗根据辨证施治原则,一月为疗程,一般治疗一至三疗程。根据体征与症状分四型论治。①脾胃虚汗:证见胃脘隐痛、喜暖喜按、畏食生冷、肠鸣泻泄,四肢欠温,舌质淡,苔薄白、脉沉无力。治则,温中健脾,香砂六君子汤加减,寒重加附子、干姜,腹泻加米壳、山药,吞酸加乌贼骨,食少加焦三仙、内金,腹胀加积壳、陈皮。②肝胃不和:证见胃脘胀痛,胸胁苦满、嗳气吞酸、心烦易怒、舌质略红、苔薄白、脉纤细。治则,舒肝和胃,以柴胡舒肝散加减,痛甚加丹参、乳香、没药,呕吐、恶心加生姜、半夏。③脾胃湿热:证见胃脘痞闷、食后胀痛、渴不欲饮、舌质淡红、苔黄腻。治则,清热化湿,半夏泻心汤加减,便秘加生军,湿重加茵陈,反酸加左金丸,热重加栀子、黄芩。④胃阴不足,证见胃脘灼痛,饥不欲食、口干心烦、大便秘结、舌质红、苔少或无苔,脉细无力。治则,养胃滋阴、一贯煎加减,失眠加柏仁、枣仁,渴甚加石膏、花粉、酸加乌梅。

二、结果

近期治愈56例,占总数68.3%,显效17例,占总数20.7%,好转6例,占总数7.3%,无效3例,占总数3.7%,总有效率96.3%。

三、讨论

胃脘痛即古人日"心下痛"。病程大都漫长,久病多虚。脾胃为后天之本,治则陪补为宜,或消补兼施,以护胃气不受损伤。标本兼治,标则治其临床症状疼痛、胀满,本则治其发病原因,寒湿、虚热、阴阳失调。首先要详查病机以辨证施治,药量不易过大,特别是乏胃之类药要中病既止,过则伤胃气,欲速则不达,脾胃之疾重在调养,起居有节,慎寒保暖,劳逸适度,避免情绪激动,则能收事半功倍之效。

(收稿日期:2002-05-08)

单臂外固定架治疗147例胫腓骨开放骨折

吕荣先* 周宝才**

1993年3月至2002年1月,我院采用单臂多功能外固定架治疗胫腓骨开放骨折147例(其中合并严重的脏器损伤及复杂的多发性骨折未在本组讨论之内),取得满意的效果,现将其报告如下。

一、临床资料

1.一般资料:本组147例,男99例,女48例,年龄12~71岁,平均32.2岁。致伤原因:车祸69例,砸伤52例,坠落伤24例,其它伤2例。

2.开放骨折类型:根据Anderson分类标准,本组Ⅰ型50例,Ⅱ型54例,Ⅲ型43例。本组均在伤后1~8 h内得以彻底清创固定。

3.手术方法:选择硬膜外麻醉,彻底清创伤口,将骨折直视下复位。于胫骨前嵴与内侧嵴之中点的纵垂线为进针处,进针点应距骨折线4 cm以上(干骺端骨折除外)。切开皮肤,分离皮下组织,将定位套管置入于骨干纵轴并垂直于骨面,用锤轻叩使之固定于骨表面,沿定位套管插入电钻,钻通两侧骨皮质,并测出骨孔深度,旋入固定针,其深度以穿出对侧骨皮质两个螺纹为佳。将定位模具按在第一根固定针上,根据模具孔道依上述方法打入第二根固定针,并用同样方法于骨折的另一端在模具适当位置穿入第三、四根固定针,此四根针以相互平等为佳。取下模具,安置外固定架,暂不将万向关节及延长装置锁钮旋紧。将骨折直视下复位,有大块骨折块者,可将其用螺丝钉或钢丝固定于骨折的近端或远端,并可适当延长切口,视骨折复位满意后,旋紧外固定架各关节。有皮肤缺损者可行局部皮瓣或肌皮瓣转移,并行一期植皮敷盖创面。

4.术后处理:术后应用抗生素,常规换药,拆线后暴露针眼,术后2周扶拐下床,不完全负重行走(粉碎性骨折及皮瓣血运不佳者可适当延长)。定期复查X线片,当骨折线模糊、有骨痂生长时可放松延长装置锁钮,使之动力化,当骨折线消失时拆除外固定装置。

二、结果

147例骨折均达到解剖复位或近解剖复位。骨折愈合时间最短92 d,最长142 d,平均126 d。其中1例骨折向前成角8°愈合。本组133例膝关节及踝关节功能完全恢复正常,9例膝关节

* 作者单位:157000 黑龙江省牡丹江市骨科医院
** 牡丹江市解放军209医院外二科

维普资讯 http://www.cqvip.com

功能不全者均为膝关节装置受伤,5例踝关节功能受限,均为外伤合并小腿肌肉挫伤。本组有11例出现针道感染,10例经换药及应用抗生素,炎症得以控制,1例因针孔感染没有得到及时治疗,形成局限性骨髓炎,被迫提前去除外固定架,改用石膏固定。

三、讨论

对于胫骨开放性骨折应用内固定可增加软组织损伤,增加感染的机会,并存在内固定物裸露的危险,合并严重的软组织挫伤原则上禁止行一期内固定。而外固定不能使骨折得到良好的对位,不能消除骨折端的异常活动和死腔,不利于感染的控制,骨折端经常在处理皮肤创口时移位。笔者认为单臂多功能外固定架是胫骨骨折的最佳固定方式,尤其适用于Ⅱ、Ⅲ型开放性胫骨骨折,其优点在于:(1)结构简单、操作方便,易于早期功能练习。(2)不损伤对侧软组织,对骨膜损伤小。(3)符合生物力学要求,能矫正各种移位,骨折端既能获得静止的坚强固定,又能达到动态的外固定,有利于骨折的修复。(4)具有多功能性。既能牵引延长,又能缩短肢体,对骨折端施加轴向应力加压,便于处理创口,降低骨感染的机会。

(收稿日期:2002-05-08)

麻醉后寒战的护理

朱玉奇* 于 玲* 李淑艳*

麻醉后寒战是指患者于麻醉后苏醒期间出现不自主的肌肉收缩抽动。寒战发生时因肌肉收缩,机体的耗氧量增加,生成的二氧化碳增加,进而产生低氧血症、代谢性酸中毒甚至心肌缺血等。因此,老年、体弱、心肺代偿功能不全的患者合并此症时,对于其围术期的恢复极为不利。

一、资料与方法

1.临床资料:我院麻醉恢复室2000年3月至2002年3月共接受成人患者623例(年龄大于14岁),其中男356例,女267例,平均年龄46.8岁(14~88岁)。其中静吸全麻517例,全凭静脉麻醉32例,局部麻醉74例。

2.方法:患者入恢复室后,除记录各项生命指征如血压、脉搏、心电、血氧饱和度、意识状态外,还记录病人是否出现寒战。在记录过程中将寒战分为四级:0级,无寒战;1级,面颈部轻度肌颤并影响心电检查;2级,肌肉组织明显颤抖;3级,整个躯体明显抖动。通过观察发现寒战的发生率高达20.6%,全麻后患者发生率高于局麻患者。并以1级、2级多见。

二、护理体会

1.诱发寒战的原因很多,以下几个因素最为明显:(1)外界温度低,(2)男性多于女性,(3)长时间手术,(4)术中大量输血、输液,(5)吸入麻醉后易发。因此,对于并存上述因素已发生寒战或未发生寒战的患者入恢复室后都应注意保暖护理,保暖措施有:电加热毯、红外线照射保暖,仍需大量输液的患者用输液加温仪。本室的这些保暖措施取代了从前的热水袋取暖,无一例出现烫伤。

2.多数寒战患者处于全身麻醉的恢复期,由于麻醉药物的残余作用,长时间处于嗜睡状态,给护理工作带来一定的困难。患者由于寒冷躯体蜷缩甚至躁动,此时尤应注意静脉输液是否通畅,各种监测是否移位或脱落,外引流是否受到影响,尿管是否受压。

3.由于寒战病人耗氧量大,吸氧是极其必要的。保持呼吸道通畅是有效吸氧的前提,麻醉后上呼吸道梗阻的原因是无力咳出痰液及舌后坠。故麻醉恢复室必备有吸引装置,随时清除口腔内分泌物以及各种型号的口咽通气道。

4.对于2级以上寒战及年老体弱并存寒战时,应及时报告医生,采取积极的药物治疗,如度冷丁、曲马多。由于此类药物的镇静作用加之全麻药的残留作用,给药后要密切观察患者的生命体征,尤其是呼吸功能及意识状态。

(收稿日期:2002-05-14)

* 作者单位:150001 哈尔滨医科大学第一附属医院麻醉科

小儿低位硬膜外阻滞的应用体会

马 辉* 纪孝良**

由于小儿生理解剖的特点,麻醉方法有其特殊性,小儿机体对疾病和麻醉的应激反应与成人有很大差别。小儿手术多半在全麻下进行,但在适当的基础麻醉或辅助用药的配合下,硬膜外阻滞也适用于小儿。本文总结了小儿腹部及下肢手术应

* 作者单位:156100 黑龙江省富锦市卫生局
** 佳木斯铁路医院麻醉科