

主,术前应用血管扩张药物前列腺素 E_1 和(或)吸氧后肺动脉压下降(5~10 mm Hg),紫绀消失或减轻,动脉血氧含量增高(动脉血氧分压可达60 mm Hg以上);右心导管检查显示肺血管阻力 >12 Wood,但对吸氧或扩血管药物有明显反应,均可使用单向活瓣补片进行手术治疗。对有明显紫绀、杵状指趾,室间隔缺损无杂音或轻微收缩期杂音者,应用血管扩张药物前列腺素 E_1 和(或)吸氧后肺动脉压无明显下降,动脉血氧分压 <60 mm Hg且X线显示肺血减少、心影变小者,疑有肺血管阻塞性改变的右向左分流为主型室缺肺高压及艾森曼格综合征,则为手术禁忌。

应用自体心包单向活瓣补片矫治双向分流型室间隔缺损并重度肺动脉高压,顺应术前病理生理机制,允许术后特定状态下右向左分流,有效缓解右心室负荷,有利于术后早期右心功能恢复,提高术后生存率,降低合并重度肺动脉高压先心病患者的围术期死亡率^[4-5]。若围术期处理得当,右心压力下降至低于左心压时,单向活瓣补片活瓣关闭,此后消除了右向左分流。本组6例患者中,术后3天有4例出现跨单向活瓣补片的右向左分流,在肺动脉压力反应性升高时有效保护了右心功能。

我们认为,应用自制心包单向活瓣补片矫治合并重度肺

动脉高压双向分流型室间隔缺损,不失为一种安全、有效的治疗方法,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 肖德绵,杨光,谷天祥,等.室缺合并重度肺动脉高压的手术适应症和围术期处理[J].中华胸心血管外科杂志,1998,14(5):294-295.
- [2] 杨盛春,周其文,来永强,等.室间隔缺损合并重度肺动脉高压围术期处理[J].心肺血管病杂志,2002,21(4):204-206
- [3] 杨再珍,薛德海,张广有,等.单向活瓣补片在治疗室缺合并重度肺动脉高压中的应用[J].铁道医学杂志,1998,26(6):382-383.
- [4] 孙国成,蔡振杰,易定华,等.应用自制单向活瓣心包补片矫治双向分流型室缺并重度肺高压[J].中国现代医学杂志,2002,12(1):28-29.
- [5] 庞昕焱,宋惠民,苏润毅,等.单向活瓣补片在合并重度肺动脉高压先心病治疗中的应用[J].中华医学杂志,2004,84(11):888-889.
- [6] 李兆志,耿希刚,黄庆垣,等.室间隔缺损并肺高压肺超微结构的研究[J].西安医科大学报,1994,15:15-17.

(收稿日期:2007-05-24;修回日期:2007-08-27)

(本文编辑 黄攸生)

三踝骨折早期手术治疗体会

张穹,朱建非,丁杰,陶伟伟

(解放军第82医院,江苏淮安 223001)

[关键词] 踝关节;骨折;早期;手术治疗

中图分类号: R683.42 文献标识码: B 文章编号: 1672-271X(2008)01-0041-02

三踝骨折是踝部严重的骨折,疗效的好坏对患者的生活及工作很重要,我院2002年6月~2006年6月手术治疗三踝骨折35例,取得良好效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组35例,男20例,女15例。年龄20~70岁,平均34.5岁。按Denis-Weber^[1]分类法:A型8例,B型12例,C型15例。损伤部位:左18例,右17例。开放性骨折5例,闭合性骨折30例。损伤原因:跌倒扭伤10例,车祸伤15例,高处坠落伤6例,砸伤4例。

1.2 治疗方法 患者在伤后2天内手术,28例伤后8h内手术。手术取外踝后侧弧形切口和内踝前弧形切口,按外-内-后复位顺序治疗。胫腓联合分离的患者查胫腓联合,清除嵌压在内的组织,用小钩拉腓骨检查下胫腓联合的稳定性,如

不稳定,在下胫腓联合上方1.5 cm处用一枚螺钉贯穿腓骨和胫骨外侧骨皮质固定,方向从腓骨后外侧向前25°与踝关节面平行拧入时踝关节呈背伸5°。后踝骨折块累及关节面大于1/4,用螺钉固定(也可用可吸收螺丝钉内固定),外踝用钢板螺钉固定,内踝用可吸收螺丝钉固定。术后石膏固定,6~8周取出贯穿腓骨和胫骨外侧骨皮质的螺钉。6~8周扶拐下地活动。

2 结果

本组35例,随访34例,最短6个月,最长2年7个月,平均1年,骨折愈合时间10~16周。治疗效果根据患者感觉,功能检查,X线征予以评定^[2]:优20例,感觉满意,功能检查及X线征无异常。良9例,活动后可有轻度踝关节不适,但运动量和行走距离和术前差不多,踝关节伸屈活动较健侧略受限。可5例,长时间行走后关节疼痛,乏力,休息后可缓解,踝关节活动部分受限,X线片示轻度骨性关节炎。差1例,踝关节经常疼痛,生活能力明显受影响,踝关节活动受限,X线片

作者简介:张穹(1973-),男,江苏淮安人,本科,主治医师;研究方向:关节创伤。

示关节畸形,骨性关节炎。本组患者优良率82.8%。

3 讨论

3.1 手术时机 踝关节是人体负重,行走关节,关节面小而承受的应力大,骨折修复较其他部位要求更高。踝部骨性突起,软组织覆盖少,皮下组织疏松,骨折早期局部为血肿而非水肿,张力性水泡未形成^[3]。此时手术容易操作,手术中可清除血肿,减轻术后水肿。数日至数周后,骨折局部炎症反应,血肿机化,纤维化,肉芽组织纵横交错增生粘附关节面,关节内碎骨片及损伤软骨面脱钙或软化,难以解剖复位^[4],达不到关节或软骨面平整光滑。

3.2 踝关节复合损伤诊断 三踝骨折治疗的关键是恢复踝穴的完整性和距骨的正常位置。这就要求对踝部损伤要有早期全面的诊断。踝部损伤不仅是骨折,也有韧带及软组织的复合伤,骨折的诊断不是问题,关键是复合伤的诊断,尤其注意腓骨骨折,腓骨骨折位置越高,胫腓韧带损伤越严重,踝穴不稳定危险越大,所以对下胫腓损伤的程度诊断明确与否,直接影响治疗效果。我们常规给予踝关节三维CT扫描检查,可准确发现下胫腓韧带损伤程度。

3.3 下胫腓联合分离的处理 陆宸照认为下胫腓联合用内固定会影响正常踝关节及胫骨的生理活动,钉和腓骨一起上下移动,可引起螺钉疲劳断裂^[5]。在下列情况下应用内固定:①三角韧带或内踝无法修复或固定;②外踝或腓骨粉碎骨折难以维持骨折端稳定;③腓骨高位骨折(Maisonneuve骨折)单纯固定腓骨不能维持下胫腓的稳定性。董凌岱等人认为下胫腓联合在踝关节屈伸活动时会有轻微活动,踝关节骨折多合并韧带损伤,为使断裂韧带得到合理修复,应短期固定下胫

腓联合,以防止负重行走而引起踝穴增宽,踝关节不稳引起创伤性关节炎^[6]。因此主张内外踝及腓骨准确复位,可靠固定,下胫腓联合常规固定。本人在术中常规探查下胫腓联合稳定性,如不稳定,行下胫腓联合固定,在负重前(6~8周左右)取出螺钉。

3.4 重视外踝的治疗 腓骨负体重1/7~1/6,外踝为踝穴的外侧壁,与腓骨纵轴形成10°~15°的外开角。外踝移动后造成踝穴增宽,踝关节不稳,易引起创伤性关节炎^[7]。因此术中外踝必须解剖复位,坚强固定,并且早期功能锻炼,促进关节功能恢复,减少创伤性关节炎的发生。

参考文献

- [1] 王亦惠. 骨与关节损伤[M]. 3版. 北京:人民卫生出版社, 2002:1110.
- [2] 王晓宁,张伟佳,吴克俭,等. 三踝骨折的手术治疗[J]. 中国矫形外科杂志, 2003, 11(21):1457.
- [3] 廖文,李雪波,孙素改. 高能量胫骨Pilon骨折的手术治疗[J]. 河北医药, 2007, 29(8):853-854.
- [4] 云才,朱建华,何京生,等. 优化术式治疗踝关节骨折[J]. 中国医疗前沿, 2007, 14(14):21-23.
- [5] 陆宸照. 踝关节损伤和治疗[M]. 上海科学技术出版社, 1989: 142.
- [6] 董凌岱,唐爱君,荆玉峰,等. 急性下胫腓关节脱位治疗的再认识[J]. 中国骨与关节损伤杂志, 2005, 20(12):821.
- [7] 俞瑞传,刘栋,张健. 踝关节骨折伴下胫腓分离疗效的相关因素分析[J]. 中国临床医学, 2005, 5(12):829-830.

(收稿日期:2007-08-16;修回日期:2007-09-20)

(本文编辑 黄攸生)

经桡动脉介入诊治冠心病110例疗效分析

吴刚勇,陈景开,陈满清,赵秋良,王霄,张维维,张丽
(解放军第101医院心内科,江苏无锡 214044)

[关键词] 桡动脉;介入;冠心病

中图分类号: R541.4 文献标识码: B 文章编号: 1672-271X(2008)01-0042-02

随着介入技术的发展及材料的不断完善,经桡动脉途径介入诊治冠心病已日益受到患者及术者的欢迎。我科自2004年11月至2007年1月已开展此项技术110例,收到了良好的效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

作者简介:吴刚勇(1978-),男,江苏如东人,医学学士,医师,从事心血管内科工作。

治疗,其中男82例,女28例;年龄40~81岁,平均年龄72岁。其中稳定性心绞痛16例,不稳定性心绞痛28例,急性心肌梗死12例,陈旧性心肌梗死13例,不典型胸痛17例,心跳呼吸骤停1例,扩张性心肌病1例,介入治疗后复查12例,其他10例。所有患者桡动脉搏动良好,Allen's试验阳性,穿刺点附近无皮肤溃疡、血管瘤、畸形等。

1.2 手术方法 患者取平卧位,手臂外展45°~70°,常规消毒铺巾,腕部垫一块治疗巾使腕关节背屈,以桡动脉搏动最强处定位。用桡动脉穿刺专用套装,穿刺成功后置入6F动脉鞘,鞘内常规注入硝酸甘油100 μg、肝素2 000 U及异搏定2