

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(Maisonnette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

mg^[1]。左右冠状动脉造影以确定有无病变及病变程度。如无异常,术后即刻拔除动脉鞘。如需行经皮冠状动脉内介入治疗,则先静脉推注肝素5 000 U,术中追加肝素2 000 U/h。球囊扩张成功后置入相应支架,动脉鞘保留4小时拔除,压迫止血10~15 min,以小纱垫压在穿刺点上,非弹性绷带加压包扎,仅需限制腕部活动,24小时后拆除绷带。

2 结果

110例患者穿刺成功109例,穿刺成功率99%,1例改行股动脉后穿刺成功。109例桡动脉穿刺患者中有3例发生桡动脉痉挛致普通导丝无法通过,其中2例改用泥鳅导丝顺利通过,1例改行股动脉途径成功完成冠状动脉造影。术中无心绞痛发生,有两例撤除导管时发生右上臂酸痛。术后1例患者发生桡动脉闭塞,未影响手掌功能。

3 讨论

桡动脉直径细、易痉挛,穿刺成功率较股动脉低。我们认为以下几点可提高穿刺成功率很有帮助:穿刺前垫高腕部,使腕关节背屈,可增加桡动脉的扪及感;穿刺点应尽量靠近腕横纹,因为越靠近腕横纹,桡动脉越表浅,且滑动度小,易于固定、穿刺。局部浸润麻醉后轻轻按摩局部片刻,促进药物吸收,同时可避免局部皮丘影响桡动脉扪及感。为防止桡动脉痉挛导管操作时手法轻柔、慢进慢退,减少操作次数;术前鞘内常规注入异搏定2 mg^[2]。经桡动脉途径需经过头臂干、主动脉弓及升主动脉,形成生理性S形弯曲,因此导管到位难度加大。注意以下几点可提高成功率:①导管进入主动脉弓困难时,可嘱患者深吸气,则有助于导管通过。②导管及导丝到达升主动脉后,不可立即退出导丝,而应继续推送至主动脉窦底处并使其顶端向上卷起,然后单独向下推送导管使导管顶端指向升主动脉左侧壁,此时退出导丝,导管则按惯

性弹入左冠状动脉口内或其附近^[3]。

桡动脉狭窄或闭塞是该途径的并发症之一。这可能与桡动脉管径细,操作时反复进退导管、导丝造成内膜损伤,术后压迫过紧、压迫时间过长等有关。为尽量减少并发症,我们的体会是:①进动脉鞘时应动作轻柔、速度适中,边旋转边进鞘,以免擦伤血管内膜;②导丝无法通过时不能强行通过,可给予硝酸甘油、异搏定等扩张血管,更换泥鳅导丝等;③退出导管时须先插入导丝,使导管前端弯曲部分伸进以减少与内膜的摩擦。④如术中出现上肢胀痛感常提示血管内膜损伤,即使不行PCI,术后也应给予低分子量肝素皮下注射3~5天,以减少血管并发症的发生;⑤术后压迫止血点与血管破口处应保持一段距离,压迫不宜过紧,以免影响远端血供;压迫时间则宜稍长些,使血痂黏附牢靠,防止松手时血管破口弹开。

总之,经皮穿刺桡动脉途径介入诊治冠心病的并发症少、患者痛苦小,安全性高,临床值得推广^[4-5]。

参考文献

- [1] 王子超,梁有增,高传玉,等.经桡动脉介入治疗局部应用维拉帕米防治桡动脉痉挛的有效性及其安全性临床观察[J].实用诊断与治疗杂志,2006,20(2):93-94.
- [2] 丁建平,李传昶,杨天伦.经桡动脉行冠状动脉造影术280例分析[J].中国医药,2007,2(3):153-154.
- [3] 夏阳,陈景开,周辽军,等.经皮穿刺桡动脉冠状动脉造影57例分析[J].中国微循环杂志,2006,10(2):150-151.
- [4] 张彦红.经桡动脉介入治疗冠心病132例临床总结[J].中国医学杂志,86(增刊):219.
- [5] 王明生,王河,李明昌,等.经桡动脉途径行择期冠脉支架302例的临床研究[J].中国介入心脏病杂志,2005,3(增刊):147.

(收稿日期:2007-08-27;修回日期:2007-10-31)

(本文编辑 潘雪飞)

参麦注射液治疗阿霉素致心脏毒性的心电图观察

李茜,张文杰,马巧珍,吕校平

(解放军第81医院特诊科,江苏南京 210002)

[关键词] 阿霉素;心脏毒性;心电图;参麦注射液

中图分类号: R540.4⁺1 文献标识码: B 文章编号: 1672-271X(2008)01-0043-03

阿霉素属于蒽环类抗生素,是一种高效的广谱抗肿瘤抗生素,临床上广泛用于治疗多种恶性肿瘤,但有心脏毒性作用等诸多不良反应,故在临床应用中受到一定的限制^[1-2]。心电图一直是监测阿霉素心脏毒性最常用的方法。本文收集

2000~2003年间收治的恶性肿瘤接受阿霉素为主的联合化疗患者204例,其中一部分患者在接受阿霉素联合化疗的同时给予心脏保护药物参麦注射液,动态观察分析患者化疗前后心电图的变化,以期对参麦注射液在预防和治疗阿霉素所致心脏毒性方面有新的认识。

作者简介:李茜(1962-),女,江苏扬州人,研究生,主治医师,从事心电图专业。