

调、抽烟、喝酒、长期进食刺激性食物或服用某种损伤胃黏膜药物有关。消化性溃疡尤其是十二指肠球溃疡患者高 PGI、PGII 血症的发生与消化性溃疡病因有关^[2]。此病以腹痛为主,疼痛常限于上腹部,呈慢性、周期性和节律性等几个特点。胃溃疡疼痛多发生在饭后 1 h 左右,十二指肠溃疡则发生在饭后 3~4 h,夜间疼痛更甚^[3]。

本文所使用的兰索拉唑是临床常用的质子泵抑制剂,其可以根除 HP 感染,抑制胃酸分泌并降低胃液的黏稠性,进而提高抗生素的转运。口服阿莫西林和甲硝唑能被患处迅速而完全吸收,对胃炎及十二指肠溃疡起到镇痛的作用,但近年来 HP 对甲硝唑的耐药性迅速上升,而克拉霉素和阿莫西林均为临床广泛使用的抗生素,其中阿莫西林的耐药性较低,为 1% 左右^[4],因此对 HP 的清除率较高;而通过实验结果和参考大量文献,作者认为,兰索拉唑、克拉霉素和阿莫西林联合用药的主要优势在于其耐药性更低,可以更好地清除 HP 感染,进而提高疗效。

从本研究结果可以看出,观察组患者的治疗效果明显优于对照组患者,组间比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),说明在

胃炎、十二指肠溃疡治疗过程中,使用兰索拉唑、克拉霉素和阿莫西林的联合治疗方法效果更好。

综上所述,联合用药治疗胃炎及十二指肠溃疡具有显著的疗效,其中兰索拉唑、克拉霉素联合阿莫西林的效果更好,值得在临床工作中使用。

参考文献

- [1] 余文发. 联合用药治疗胃炎及十二指肠溃疡疗效观察[J]. 中国学校卫生, 2006, 27(10): 905-905.
- [2] 陈朝阳, 林土坤, 龙伟东. 三种药物联合治疗 HP 阳性十二指肠溃疡的疗效观察[J]. 国际医药卫生导报, 2010, 16(17): 2099-2101.
- [3] 王娟. 联合用药治疗胃炎及十二指肠溃疡疗效观察[J]. 中国中医药资讯, 2011, 3(3): 114-115.
- [4] 马颖杰, 王惠吉, 鲍晓厉. 血清胃蛋白酶原与胃溃疡及胃癌[J]. 中国医刊, 2008, 43(12): 46-48.

(收稿日期: 2013-02-26 修回日期: 2013-05-02)

• 临床研究 •

解剖钢板治疗高龄肱骨外科颈粉碎性骨折患者的临床疗效

苏海卿(陕西省榆林市第一医院骨一科 719000)

【摘要】目的 了解解剖钢板治疗高龄肱骨外科颈粉碎性骨折患者的临床疗效。**方法** 将在陕西省榆林市第一医院治疗的高龄肱骨外科颈粉碎性骨折患者 53 例,按照患者自主选择治疗方法分组:选用解剖钢板法进行治疗的为观察组(33 例),选用传统练功方式保守治疗的为对照组(20 例),治疗后按照疗效标准进行统计。**结果** 观察组患者显效 18 例,有效 12 例,总有效率为 90.9%;对照组患者显效 6 例,有效 8 例,总有效率为 70.0%,组间差异具有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 解剖钢板治疗高龄肱骨外科颈粉碎性骨折患者具有满意的临床疗效。

【关键词】 解剖钢板; 高龄肱骨外科; 粉碎性骨折

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2013.15.033 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2013)15-1986-02

老年人群,常因钙质的流失而多发骨质疏松现象。骨质疏松者常出现骨质压缩、大结节骨折现象等,由骨质疏松引发的骨折中,以肱骨外科颈骨折在临床上最为常见,颈骨骨折后如果得不到及时有效的治疗,可能会引起肱二头肌炎,导致肩周粘连等一系列的并发症,严重威胁老年患者的健康^[1-3]。为观察解剖钢板治疗高龄肱骨外科颈粉碎性骨折患者的临床疗效,本文总结了 2011 年 1 月至 2012 年 11 月期间在本院治疗的 53 例高龄肱骨外科颈粉碎性骨折患者的临床资料,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 对象来自于 2011 年 1 月至 2012 年 11 月期间在本院治疗的 53 例高龄肱骨外科颈粉碎性骨折患者,其中男 35 例,女 18 例;年龄 62~85 岁,平均年龄为(73.34 ± 16.88)岁;病程范围 1~13 d,平均病程为(4.5 ± 3.4)d。统计资料入选标准:所有纳入统计的资料对象临床上经 X 线影像学检查结果均确诊为肱骨外科颈粉碎性骨折(骨折部位影像学结果均可见不同程度骨骼移位现象);统计资料排除标准:排除内脏器官严重衰竭患者,排除合并有其他严重内科疾病等对手术治疗耐受性极差的患者。53 例患者按照患者自主选择治疗方法分组:选用解剖钢板法进行治疗的为观察组,有 33 例;选用传统练功方式保守治疗的为对照组,有 20 例,两组患者一般资料差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 观察组患者常规全身麻醉,可选择臂丛神经麻醉方法进行,手术切口入路选择为肩臂内侧(注意避开人体重要血管,如头静脉等)-三角肌和胸大肌间隙(此处入路应保护肱二头肌长头肌腱)。入路后,首先应该小心仔细清扫患者骨折部位的血液凝块等;清除完毕后,去克氏针(规格为 1 mm)暂时性固定骨折部位,首先复位发生骨折的远端和近端,此时解剖钢板的放置位置为肱骨和股骨头的外侧部位;最后,全螺纹骨螺丝钉固定好断骨后拔下预先暂时固定作用的克氏针,手术完成后常规消毒处理,同时根据患者具体情况放置引流管进行引流,术后常规抗感染治疗。对照组患者选用的保守训练方法为甩肩治疗:患者前臂用牵引带固定后慢慢进行牵引,时间范围为 6~15 min,牵引力不应该超过 2 kg。一段时间后,如果患者感到骨折部位疼痛状况有所减轻,可改为甩肩练习方法进行训练;初步以缓慢开始,根据病情的好转情况逐步加大甩肩力度,患者甩肩姿势可以选用站立式,也可选择俯卧位甩肩,进行保守锻炼恢复患者,应该根据自身对疼痛的耐受程度进行,其康复锻炼的周期为 30 d。

1.3 疗效标准 所有患者治疗 1 个月后至医院复查, X 线影像学检查结果显示骨折部位骨折线不明显,骨折处可见骨结痂现象,患者骨折部位无肿胀疼痛现象者视为治疗显效; X 线影像学检查结果显示骨折部位骨折线,骨折处可见骨结痂现象,患者骨折部位肿胀疼痛现象者明显好转者视为有效;术后感

染,疼痛加重者视为治疗失败,总有效率=[(治疗显著者+治疗有效者)/治疗人数]×100%。

2 结 果

观察组患者显效 18 例,有效 12 例,总有效率为 90.9%;对照组患者显效 6 例,有效 8 例,总有效率为 70.0%。总有效率组间差异有统计学意义($\chi^2=6.669, P<0.05$),见表 1。

表 1 两组患者疗效结果统计表

组别	n	显效	有效	总有效率(%)
治疗组	33	18	12	90.9
对照组	20	6	8	70.0

3 讨 论

老年人的肱骨外颈的解剖特点与解剖钢板正好合适,由于解剖钢板与肱骨的骨面接触面贴合的非常好,因此不会对患者肩部的关节活动产生影响^[4]。解剖钢板的近端一般用内固定的方法,通过应用多枚全螺纹的松质骨螺钉来进行内部固定;远端也要进行内固定,其使用皮质骨螺钉进行内部固定,使骨折的地方牢固固定。为进一步减少患者的痛苦,增加患者对疾病康复的信心,缩短外固定时间,可以在患者早期就进行功能性的锻炼,这样的锻炼除了对患者的骨折痊愈有很大的帮助,还能够对肩部关节的功能性恢复和锻炼有促使作用,减少后期功能障碍的发生概率。

治疗体会:(1)由于高龄患者合并内科疾病较多,为了提高患者对手术及麻药的耐受力,应做好围手术期准备工作,必须在手术之前认真调整同时伴有糖尿病和心血管疾病等的患者,请内科相关科室协助治疗,术前必须对这些老年患者进行身体状况和相关内科疾病的全面评估,将手术风险降到最低。(2)在做手术的时候腋下部位的神经绕过肱骨头有一个分支,要尽量多地保留三角肌的止点,以防损伤腋神经,同时要保护好患者的肱二头肌长头肌腱、头静脉。(3)为预防患者后期由于肱二头肌的长头肌腱炎性反应引发患者肩部长期的疼痛,应对肱骨近端结节间沟恢复正常的解剖结构,对于结节间沟部位的骨折,必须给予解剖复位;同时,为预防肱骨头缺血坏死,

对每个骨折块的关节囊和附着软组织做好保护工作,减少骨膜的剥离,最大限度保护残存的血供。(4)钢板的位置要正确,即钢板要放置在肱骨近端结节间沟肱二头肌长头腱外侧,钢板的近端要低于肱骨头,以防肩部撞击综合征的发生。(5)如果合并肱骨大、小结节骨折的现象,必须进行复位,并保护好冈上肌、冈下肌、小圆肌等肩袖在大、小结节上的附着点,达到稳定肩关节作用,同时这对肩袖功能恢复至关重要。(6)术中要注意恢复肱骨近端的颈干角及肱骨头的后倾角,术中经 C 臂透视机证实。(7)手术之后对患者进行功能性康复锻炼是非常重要的,进行锻炼时一定要规范适当,循序渐进,避免暴力^[5-6]。

参考文献

- [1] 王云根,张伟中,徐浩,等. 动力髁螺钉,锁定钢板和 AO 解剖钢板治疗股骨远端骨折的临床疗效比较[J]. 广东医学,2011,32(16):2141-2143.
- [2] 朱晓宇,陈康武,钱忠来,等. 解剖钢板与锁定钢板治疗掌侧 Barton 骨折:掌倾角和尺偏角改变的 1 年随访[J]. 中国组织工程研究与临床康复,2011,15(52):9877-9880.
- [3] 李健,张振山,赵洪普,等. 股骨近端锁定解剖钢板与传统动力髁螺钉置入内固定治疗股骨转子间骨折的比较[J]. 中国组织工程研究与临床康复,2010,14(35):6627-6631.
- [4] 夏大宝,杨惠林,朱晓宇,等. 解剖钢板和 Liss 钢板置入治疗复杂性胫骨平台骨折的疗效比较[J]. 中国组织工程研究与临床康复,2009,13(43):8461-8464.
- [5] 尹志良,瞿佳. 人工肩关节置换治疗高龄患者肱骨外科颈粉碎性骨折(附 17 例分析)[J]. 现代预防医学,2011,38(10):2000.
- [6] 肖善富,于凤珍,从先锐,等. 三叶型解剖钢板并植骨治疗肱骨外科颈粉碎性骨折 15 例[J]. 实用医学杂志,2009,25(5):836.

(收稿日期:2012-12-27 修回日期:2013-03-28)

• 临床研究 •

两种麻醉方式在剖宫产手术中的对比分析

殷雁斌,牟虹,吕兰,骆沙舟,张莉(解放军第四五二医院麻醉科,成都 610021)

【摘要】 目的 对比分析腰硬联合麻醉与单独硬脊膜外腔麻醉两种麻醉方式在剖宫产手术中的效果及不良反应情况。**方法** 收集整理 150 例 2011 年 2~6 月在解放军第四五二医院进行正常剖宫产手术的产妇临床资料,分为腰硬联合麻醉组(实验组)80 例,硬脊膜外腔麻醉组(对照组)70 例,比较麻醉后两组心率、血压、血氧饱和度、心电图、新生儿阿氏评分、不良反应、术后运动神经阻滞恢复评分等情况。**结果** 两组患者在心率、血压、血氧饱和度、心电图、新生儿阿氏评分、不良反应等方面差异无统计学意义($P>0.05$);术后运动神经阻滞恢复评分结果,实验组优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 在剖宫产手术中行腰硬联合麻醉具有起效快、镇痛效果好、不良反应少等优点,满足临床手术需求,是剖宫产手术的理想麻醉方法。

【关键词】 蛛网膜下腔麻醉; 硬脊膜外腔麻醉; 腰硬联合麻醉; 剖宫产手术

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.15.034 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2013)15-1987-03

目前国内仍有相当一部分医院在行剖宫产手术时采用持续性硬脊膜外腔麻醉,而随着医疗技术的不断发展,联合蛛网

膜下腔麻醉和硬脊膜外腔麻醉(简称“腰硬联合麻醉”)的方式应用于剖宫产手术也越来越被临床接受^[1-2]。但麻醉最基本的