

3.1 疗效标准

参照《中医病证诊断疗效标准》制定。根据视力提高程度、自觉症状改善情况、检眼镜及眼底光学相干断层成像检查所见,把疗效划分为治愈、好转及无效,其标准如下。治愈:视力恢复为发病前视力(包括矫正视力),视物变形、变色等自觉症状消失,荧光造影检查结果示渗漏点闭合,OCT 示视网膜下积液完全吸收;好转:视力提高,但未恢复到发病前视力,视网膜下积液部分吸收,变形、变色等自觉症状改善;无效:视力未改善,视网膜下仍有大量积液,自觉症状无改善者。

3.2 两组疗效的比较 见表 1。

表 1 两组疗效比较[眼数(%)]

组别	眼数	治愈	有效	无效	总有效
治疗组	60	40(66.7)	15(25.0)	5(8.3)	55(91.7)
对照组	59	31(52.5)	11(18.6)	17(28.9)	42(71.2)

注:与对照组比较, $P < 0.05$

3.3 两组疗程与疗效比较情况 见表 2。

表 2 两组疗程与疗效比较情况(眼数)

疗程(月)	治疗组			对照组		
	治愈	有效	无效	治愈	有效	无效
<1	19	32	9	13	26	20
1~3	26	27	7	17	28	18
3~6	30	24	6	20	22	17
>6	35	20	5	25	17	17

注:与对照组比较, $P < 0.05$

两组患者随访 1 年,治疗组复发 2 例,对照组复发 7 例,对复发病例使用复方决明子胶囊治疗 4 个疗程后均治愈。

4 讨论

该病属中医学“视瞻昏渺”、“视直如曲”等范畴,其特点为视物雾蒙,视大为小,视直为曲,视物异色等,根据内眼组织与六经相属学说,黄斑属脾,视网膜属肝,故黄斑病变涉及肝脾两经,常因劳瞻竭视,熬夜,劳倦等致真阴暗耗,肝肾亏虚,精不能上荣于目;脾失健运,清阳不升,浊阴不降,水湿上泛,积滞目络而发病。过度用眼,睡眠不足,情绪波动及过量饮酒是本病常见诱发、复发的原因。《素问·至真要大论》曰:“诸湿肿满皆属于脾”,“肝开窍于目”,“肝受血而能视”,“肝和则能辨五色”,由此可见,该病发生发展与肝、脾关系密切。方中用决明子、楮实子、菟丝子、茺蔚子、枸杞子以滋肝,山药、薏苡仁补脾而利湿;谷芽、麦芽、鸡内金入脾推积滞,桃仁、红花活血化瘀,即取“血不利则为水”之说,三七活血行气而止血,茯苓、车前子健脾渗湿利水,促进渗出吸收,改善视网膜循环。眼底激光封闭渗漏点的机制在于将光能转化为热能,促使视网膜色素上皮层细胞增生的同时引起瘢痕化反应,封闭破裂的细胞间联系和 Bruch 膜缺损,使受到破坏的色素上皮屏障功能得到恢复,从而促进水肿吸收,降低复发^[2]。

参考文献

- [1]李凤鸣.眼科全书[M].北京:人民卫生出版社,1996:2267-2271.
- [2]唐犀麟.开窍明目汤联合激光中心性浆液性脉络膜视网膜病变疗效观察[J].广东医药,2009,30(8):1192.

* 中国人民解放军第一五〇中心医院眼科(471031)

通讯作者:赵爱红, zhaoaihong2008@sina.com, 13525980656

微创锁定加压钢板在胫腓骨骨折中的应用

官应华* 罗和兵* 程 誉* 裔式坤*

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组共 23 例 38 处,男 16 例,女 7 例;年龄 19~65 岁,平均 40 岁。其中胫腓骨中上 1/3 骨折 6 例 8 处;胫腓骨中下 1/3 骨折 8 例 16 处;胫骨粉碎性多段骨折 4 例 4 处;胫骨中下段骨折并腓骨上段骨折 5 例 10 处;其中车祸伤 13 例、重物砸伤 4 例、摔伤 6 例。入院至手术时间 1~11d,平均 7d。

1.2 手术方法

术前患肢摄正侧位 X 片,必要时摄健肢 X 片,通过对骨折端分析评估结合健肢长短选择长度适宜的 LCP,胫骨中上段骨折于胫骨结节内侧缘、中下段骨折于内踝处做切口,逐层切开至胫骨内侧骨面,保留骨膜,紧贴胫骨内侧面骨膜剥开皮肤及皮下组织,行骨折手法复位(复位困难者可于骨折端作小切口行骨折复位),体外扣及胫骨前缘及内侧面,感觉骨连续性良好,复位满意,维持复位,将钢板从切口处紧贴骨膜向骨折远(近)端插入,于钢

板导针孔打入 1~2 枚克氏针暂时固定钢板,再于骨折另一端钉孔打入 1 枚克氏针暂固定骨折端,C 臂机透视证实骨折复位满意,内固定物长短适宜,取一与该钢板长短相当之钢板通过体外定位分别于远近折端钉孔处小切口,于远、近折端加压钉孔各打入 1~2 枚普通皮质骨钉行断端加压并使钢板紧贴骨面,再应用微创技术于远近端分别打入 3~4 枚锁定钉固定之。

1.3 术后处理

术后常规应用抗生素 3~5d,除个别严重粉碎骨折外,所有患者均未加用外固定,根据情况指导患者进行合理的康复锻炼。

2 结果

23 例患者均获得 3~18 个月随访,切口均一期愈合,无一例发生感染,术中均未输血。术后摄 X 片复查,有 18 例术后 4 周左右可见骨痂生长,8~12 周时大量骨痂形成,所有患者均达骨性愈合,愈合时间 3~7 个月,平均 4.5 个月,骨折线位佳。无一例出现断钉、内固定物松

动、骨延迟愈合(不愈合)及感染等并发症。根据 Johner-Wrahs 疗效评定,术后优良率 98%,仅一例近膝关节骨折患者术后膝关节屈曲稍受限,所有患者术后均未出现疼痛及跛行。

3 讨论

LCP 特点:锁定加压钢板结合了有限接触动力加压钢板(LC-DCP)、点接触钢板(PC-FIX)和微创稳定系统的临床优势,具有加压和锁定双重功能,临床使用时可根据实际情况选用普通加压螺钉或锁定螺钉。其设计符合肢体解剖形状,术中不用塑形,而且邻近关节部位增加了锁定螺钉孔的密度,这样能使用较多螺钉进行有效固定,解剖型设计,有利于接骨板在微创技术中的应用,钢板下方的切割槽使钢板不需要直接接触骨面,减少对骨膜血运的破坏,从而最大限度降低骨不连的发生率^[1]。在切开复位内固定时,LCP 坚强的钉板系统可获得满意的复位和坚强的内固定^[2]。使用后不出现螺钉松动,大大提高

了内固定物的抗拔出能力,特别适合于骨质疏松症患者。

手术中应注意如下问题:①锁定加压钢板主要体现生物力学原则(BO 原则),术中尽量采用闭合复位或有限切开复位尽可能使骨折达解剖复位,以便使钢板放置更加准确,术中尽量保护骨折端血供,操作轻柔。②手术必须在 C 臂机透视下进行。③置入锁定螺钉时,应用导向器以确保方向准确无误,以防日后取出困难。④对于骨质疏松患者,建议采用双皮质螺钉固定,增加螺钉的力臂,以提高内固定的稳定性。

参考文献

- [1]黄长明,王建雄,沈瑞群,等. AO 微创内固定系统治疗胫骨近端骨折[J]. 中国骨与关节损伤杂志,2005,20(12):12814
- [2]张长清,曾炳芳. 四肢骨折锁定钢板内固定技术[J]. 上海:上海科学技术出版社,2007:3.

* 浙江省台州曙光医院(318050)

辨证治疗类风湿关节炎 76 例

曾 颖*

类风湿关节炎(RA)是一种小关节病变为主的、慢性全身性自身免疫疾病,其病因及发病机理尚未完全明了。中医学中属“痹证”范畴。笔者采用辨证分型治疗 RA76 例,并以西药甲氨蝶呤片、雷公藤片治疗作对照,获得较好疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

全部病例均为本院门诊或住院患者,124 例随机分为两组,治疗组 76 例,男 30 例,女 46 例;年龄 29~67 岁,平均(41±3.8)岁;病程 1~8 年。对照组 48 例,男 18 例,女 30 例;年龄 30~68 岁,平均(40±2.5)岁;病程 9 个月~8 年。两组患者在性别、年龄、病程等方面经统计学处理,差异无显著性意义($P>0.05$)。

1.2 诊断标准

根据美国风湿病学会(ARA)1987 的修正的 RA 的诊断标准^[1]满足以下 4 条或 4 条以上并排除其他关节炎即可诊断:①晨僵至少 1h(≥ 6 周);②3 个或 3 个以上关节肿(≥ 6 周);③腕、掌指关节或近端指间关节肿(≥ 6 周);④对称性关节肿(≥ 6 周);⑤皮下类风湿结节;⑥手 X 线摄片有典型的 RA 改变,包括骨侵袭或明确的骨质疏松;⑦类风湿因子阳性。

1.3 中医辨证分型

①寒湿痹阻型:四肢关节肿胀疼痛,晨僵,屈伸不利,遇寒则痛剧,得热则痛减,局部畏寒怕冷,皮肤不红,触之不热,舌淡红,苔薄白,脉弦紧。X 线片显示软组织肿胀及骨质疏松。②湿热痹阻型:关节红肿,疼痛如燎,按之痛甚,晨僵,活动受限,得冷稍舒,兼有发热、口渴,烦闷不安,舌质红,苔黄腻,脉滑数。X 线片显示软组织肿胀,骨质疏松及关节间隙变窄或不同程度的骨质侵蚀。③痰瘀互结型:关节肿大,僵硬变形,屈伸受限,疼痛固定,痛如

锥刺,昼轻夜重,舌紫暗,苔腻,脉细滑。X 线片显示不同程度的骨质侵蚀,甚至关节严重破坏脱位或融合。④肝肾亏虚型:病程日久关节肿胀变形僵直,屈伸不利,头昏目眩,腰膝酸软或自汗,舌淡、苔薄白,脉沉细弱。X 线片显示关节严重破坏脱位或融合。

2 治疗方法

2.1 寒湿痹阻型治宜祛风化湿,温经散寒

方用乌头汤加减。药物:制川乌、桂枝、川芎、片姜黄、防己、羌活、独活各 10g,白芍、熟地黄、威灵仙、仙鹤草各 15g,当归 20g。

2.2 湿热痹阻型治以清热燥湿,通络止痛

方用二妙散加减。药物:苍术、黄柏、连翘、淫羊藿、生地黄、续断、木瓜、防己各 10g,独活、威灵仙、地龙各 15g。

2.3 痰瘀互结型治以祛湿化痰,逐瘀止痛

方用身痛逐瘀汤加减。药物:羌活、独活、白芥子各 10g,甘草 6g,威灵仙、川芎、赤芍各 15g,蜈蚣 2 条。

2.4 肝肾亏虚型治以补益肝肾,化湿通络

方用独活寄生汤加减。药物:独活、桑寄生、熟地黄、续断、牛膝、赤芍、白芍、枸杞子、黄精、桃仁、骨碎补各 10g,黄芪 30g,乌梢蛇 15g。

治疗组按辨证分型以中药水煎服,每日 1 剂,30 天为 1 个疗程。对照组用雷公藤片(湖北黄石制药厂生产),每次 2 片,每日 3 次,饭后服,甲氨蝶呤片 10mg,口服每周 1 次,连服 30 天为 1 个疗程。

3 结果

3.1 疗效判定标准

依据《中药新药临床研究指导原则》^[2]拟定。显效:主要症状体征改善 $\geq 75\%$,血沉及 C 反应蛋白及实验室指标正常或明显改善;有效:主要症状体征改善 $\geq 50\%$,