

优:提携角减少角度 $<5^{\circ}$,活动度减少角度 $<5^{\circ}$;良:提携角减少角度 $5\sim 10^{\circ}$,活动度减少角度 $5\sim 10^{\circ}$;中:提携角减少角度 $11\sim 15^{\circ}$,活动度减少角度 $11\sim 15^{\circ}$ 。

3.2 临床疗效

治疗后随访 60 例患者,时间 6 个月~6 年,平均 3 年。优 50 例,良 7 例,中 3 例,优良率 95%。无患者需手术矫治,无医源性神经损伤、缺血性肌挛缩及骨化性肌炎的发生。

4 讨论

儿童肱骨髁上骨折 Gartland II 型和 Gartland III 型常采用各种入路行切开复位内固定术,手术创伤大、出血多,术后并发症多、易遗留残疾,保守治疗 III 型骨折易前倾、后倾移位致复位丢失。我们采取手法整复加闭合穿针内固定治疗 Gartland II、Gartland III 型儿童肱骨髁上骨折,取得了较好疗效。

复位原则:尽量在肿胀前完成,根据 X 线片,判明骨折移位方向,先矫正侧方、旋转移位,然后在牵引下矫正前后移位,手法力度要合适,过小不足以复位,过大易矫正过度,肱骨远端的前方有肱动脉、正中神经,其前外侧有桡神经,后内侧有尺神经,一旦骨折极易损伤以上重要结构,因此复位前应仔细检查桡动脉搏动及末梢血运,桡神经、尺神经、正中神经支配的运动和感觉分布区是否正常。如不正常应该手术探查,开放复位。由于骨折端与神经、血管毗邻,复位固定过程可能损伤,所以复位后应再检查血管、神经。

固定原则:避免肘内翻,造成肘内翻的主要原因是未解剖复位,因此对肱骨髁上骨折的固定位置,应根据骨折移位的方向结合软组织受伤区域采取不同

的固定方法。如复位前骨折远端向尺侧移位,说明外侧骨膜破裂,内侧骨膜完整,应将前臂固定于旋前位,使内侧骨膜拉紧,外侧骨折端相互靠拢,则可减轻肘内翻的发生。如果骨折远端向桡侧移位,说明骨折处内侧骨膜破裂而外侧骨膜完整,应将前臂固定于旋后位。

功能锻炼:伤后 2 周,肿胀已退骨折端大多有骨痂生成,且有 2~3 根克氏针固定,骨折端相对稳定,可拆除外固定,指导患儿循序渐进进行肘关节屈伸功能锻炼,可有效防止关节内粘连,肌肉萎缩和关节僵硬,有利于肘关节、肩关节、腕关节和手指功能的恢复,使患儿尽早康复。

参考文献

- [1]田伟. 积水潭实用骨科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2008:398.
- [2]Williamson DM, Coates CJ, Miller RK, et al. Normal characteristics of the Baumann (humero capitellar) angle: an aid in assessment of supracondylar fractures[J]. J Pediatr Orthop, 1992, 12(5): 636-639.
- [3]Srivasya S. The results of open reduction and pin fixation in displaced supracondylar fractures of the humerus in children[J]. Med J Malaysia, 2000, 55(Suppl C): 44-48.
- [4]王亦璁. 骨与关节损伤[M]. 4 版. 北京:人民卫生出版社, 2007:218.
- [5]Flynn JC, Matthews JG, Benoit RL. Blind pinning of displaced supracondylar fractures of the humerus in children. Sixteen years' experience with long-term follow-up [J]. J Bone Joint Surg Am, 1974, 56(2): 263-272.

(收稿日期:2011-11-27;修回日期:2012-01-04)

[编辑:崔京艳]

中西医结合治疗脾胃虚寒型十二指肠球部溃疡 112 例

张 亮

北京市怀柔区中医医院内二科,北京市怀柔区后横街 1 号,101400

通讯方式:zhangshanger@sina.com, 13810089558

[关键词] 黄芪建中汤;十二指肠球部溃疡病;脾胃虚寒

十二指肠球部溃疡以疼痛为明显的临床表现,长期反复发作,影响患者的精神和身体的健康^[1]。十二指肠球部溃疡属中医“胃脘痛”的范畴,脾胃虚寒型为多见。笔者根据四诊辨证及临床经验,用黄

芪建中汤加味治疗溃疡脾胃虚寒型十二指肠球部 112 例,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

共观察 220 例,均系 2010 年 7 月至 2011 年 7

月本院门诊及病房确诊为十二指肠球部溃疡的患者。治疗组 112 例,男 60 例,女 52 例;15~30 岁 25 例,30⁺~45 岁 35 例,45 岁以上 52 例;对照组 108 例,男 55 例,女 53 例;15~30 岁 35 例,30⁺~45 岁 40 例,45 岁以上 33 例。以上两组患者平均病史均为 13 年。两组患者资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 中医诊断标准 中医辨证符合脾胃虚寒证,参照国家中医药管理局发布的《中医病证诊断疗效标准》^[2]判定:胃脘部疼痛,常伴痞闷或胀满,嗳气,反酸,嘈杂,恶心呕吐等症。发病常与情志不畅、饮食不洁、劳累、受寒等因素有关。上消化道钡餐 X 线、纤维胃镜检查及病理组织活检等,可见胃、十二指肠黏膜炎症、溃疡等病变。大便或呕吐物隐血试验强阳性者,提示并发消化道出血。B 超、肝功能、胆道 X 线造影有助于鉴别诊断。

1.2.2 西医诊断标准 参照《常见疾病的诊断与疗效判定标准》^[3]:①慢性病程,周期性发作,常与季节、精神因素、饮食不当有关。发作时有上腹灼痛、钝痛、胀痛或隐痛,服碱性药物可缓解,十二指肠溃疡疼痛位于中上腹偏右,好发于餐后 3~4h 或半夜,进食后可缓解,常伴嗳气、泛酸。②X 线钡餐检查可见龛影及黏膜皱襞集中征象,单纯局部压痛,激惹或变形为间接征象。③内镜检查:可在十二指肠发现圆形、椭圆形、线形、不整型或霜降样溃疡,底部平整覆有白色或灰白色苔,边缘多整齐,无结节状隆起,周围黏膜充血水肿,有时可见皱襞向溃疡集中。活检及细胞组织学检查,可排除恶性病变,具备以上①、②或①、③即可以确诊。

2 治疗方法

治疗组口服奥美拉唑(四川新元制药有限公司生产,国药准字:H20056108)联合黄芪建中汤加味。奥美拉唑每次 20mg,每日 1 次,口服。黄芪建中汤组成:黄芪 15g,白芍 10g,桂枝 6g,炙甘草 6g,生姜 10g,大枣 10g,饴糖 30g。服用方法:水煎服 100ml,每日 1 剂,每剂煎 2 次,饴糖烊化冲服早晚各 1 次。用药加减:寒盛者加干姜 6g;泛吐清水重者加吴茱萸 1g;脾虚湿盛者加陈皮 10g,半夏 6g;腰膝酸软者加附子 3g;痛甚者加延胡索 6g;偏肝郁者加柴胡 10g,白芍 10g;腹胀重者加木香 10g。

对照组口服奥美拉唑每次 20mg,每日 1 次。两组均以 4 周为 1 个疗程,疗程结束后 1 周内复查胃镜,治疗期间忌食辛辣食物及烟酒。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

根据文献^[2]判定:治愈:胃脘痛及其他症状消失,X 线钡餐造影或胃镜检查正常。好转:胃痛缓解,发作次数减少,其他症状减轻,X 线钡餐造影或胃镜检查有好转。无效:症状无改善,X 线钡餐造影或胃镜检查无变化。

3.2 两组临床疗效比较

治疗组 112 例,治愈 79 例,好转 27 例,无效 6 例,总有效率 94.6%;对照组 108 例,治愈 61 例,好转 32 例,无效 15 例,总有效率 86.1%,治疗组疗效明显优于对照组($P<0.05$)。

4 讨论

《灵枢·邪气脏腑病形》说:“胃病者,腹脘胀,胃脘当心而痛。”《外台秘要·心痛方》也提到:“足阳明为胃之经,气虚逆乘心而痛,其状腹胀归于心而痛甚者,谓之胃心痛也。”黄芪建中汤出自《金匮要略·血痹虚劳病脉证病治第六》,其病因源于中焦虚寒,病机为中阳不足,土虚木乘,兼有诸虚。症见胃痛隐隐,绵绵不休,喜温喜按,空腹痛甚,劳累或受凉后发作或加重,泛吐清水,神疲纳呆,大便溏薄等。

本方为小建中汤加黄芪而成,方中饴糖甘温质润,益脾气养脾阴,温中缓急止痛;桂枝温阳祛寒,与养阴缓肝急的芍药和而调补阴阳;炙甘草既助桂枝辛甘补阳,又和白芍酸甘化阴,其性甘平,归脾胃心肺经,可补脾益气,缓急止痛,调和诸药;黄芪甘温补中益气,固表健脾,与甘草、桂枝、白芍共奏补气温中之功;生姜温胃,大枣补脾,和而以开发中焦调和营卫。

参考文献

- [1]郑芝田. 胃肠病学[M]. 3 版. 北京:人民卫生出版社, 2000:334-335.
- [2]国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社,1994:6.
- [3]吴少祯. 常见疾病的诊断与疗效判定标准[M]. 北京:中国中医药出版社,1999:294.

(收稿日期:2011-08-01;修回日期:2012-01-11)

[编辑:黄健]