肌肉紧张的限制。

手术适应症: 平台骨折的关节面塌陷超过 2mm, 侧向移位超 过 5mm; 合并有膝关节韧带损伤及有膝内翻或膝外翻超过 5°。

治疗原则: 胫骨平台骨折的治疗以恢复关节面的平整和韧 带的完整性,保持膝关节活动为目的。1.恢复关节面的平整及 正常解剖关系。2. 保护骨折段的血液供应。3. 尽可能程度恢复 下肢功能。4. 防止并发症及误漏诊。

手术操作过程:连续硬外麻醉,仰卧位,膝内侧弧形切口, 自膝关节线上 1cm 侧副韧带后起,向下前达胫骨粗隆内缘做弧形 切口, 切开皮肤、皮下, 分开鹅足腱。骨膜下显露胫骨内髁骨 折线,抬高复位塌陷的骨块,骨折整复后先用克氏针暂时固定, 然后胫骨内侧放置锁定钢板,骨折远近两端各打入锁定3枚螺钉, 人工异体骨植入骨折复位后因骨质缺损所造成的骨质缺损中。 在内固定时,需要借助 C 臂 x 光机。在临床实践中植骨对于支 撑钢板有至关重要的重要性。实行的植骨及作支撑钢板内固定 的病例随访中均未见有再塌陷、移位的情况。

术后处理:稳定骨折术后不予石膏外固定,严重不稳定骨 折行石膏托外固定, 并延迟两周下地负重, 术后病情稳定后开 始行膝关节 CPM 功能锻炼, 术后两周拆线, 六周后拄双拐患肢免 负重下地,术后三个月骨折愈合后完全负重行走。

讨论: 1、胫骨平台骨折的分型: 常用的为 A0 分型和 Schatzker 分型

Schatzker 分型

I型——单纯外侧平台劈裂骨折(),典型的楔形非粉碎性 骨折块向外下劈裂移位,此型骨折常见于无骨质疏松的年轻患 者。Ⅱ型——外侧平台劈裂合并凹陷骨折(),侧方楔形骨块劈 裂分离,并有关节面向下压缩陷入干骺端,此型骨折最常见于 老年患者。Ⅲ型——单纯外侧平台中央压缩骨折(),关节面被 压缩陷入平台,外侧皮质完整,易发生于骨质疏松者。Ⅳ型—— 内髁骨折(),此型骨折可以是单纯的楔形劈裂或是粉碎和压缩 骨折,常累及胫骨棘。V型——双髁骨折(),两侧胫骨平台劈裂, 特征是干骺端与骨干仍保持连续性。VI型——伴有干骺端与骨 干分离的平台骨折(),除单髁、双髁及关节面骨折外,还存在 胫骨近端横形或斜形骨折。

胫骨平台的 AO 分型

41 (胫腓近端)

A——关节外骨 A1——关节外骨折、撕脱性骨折

A2——关节外骨折、干骺端简单骨折 A3——关节外骨折、 干骺端粉碎骨折

B——部分关节内骨折 B1——部分关节内骨折、简单劈裂骨

侧关节面 B2——部分关节内骨折、简单压缩性骨折 B3—

部分关节内骨折、劈裂压缩骨折

- C——完全关节内骨折 C1——完全关节内骨折、关节简单骨 折、干骺端简单骨折,C2---完全关节内骨折、关节简单骨折、 干骺端粉碎骨折,C3---完全关节内骨折、粉碎骨折
- 1、外侧粉碎骨折 2、内侧粉碎骨折 3、外侧 + 内侧粉碎骨
- 2、术前检查在诊断上的价值胫骨平台骨折是通过关节面 极其严重复杂的骨折,手术前对损伤程度、类型及并发症诊断 应尽可能准确。作者采用 x 光片及三维重建 CT 相结合的方法。 x 片检查无疑是基础的检查手段,它提供了胫骨平台骨折类型、 整体移位的方向。而平台为松质骨构成,一旦骨折多为塌陷粉碎, 常伴有骨缺损,对于老年患者尤为明显。所以,X光检查对内外 髁骨折粉碎程度、骨缺损的情况以及后关节面的骨折情况常不 能作出较为准确的判断。三维重建 CT 检查通过多层而的水平面, 矢状面及额状面的扫描对骨折的粉碎程度、碎骨块的位置、骨 缺损伤情况等在图像上清晰的显示出来。为手术方案的选择术 中准确的复位、牢固固定提供了可贵的客观资料,保证了手术

3、功能锻炼: 胫骨平台骨折是关节面的骨折, 膝关节又是 负重关节,术后宜"早活动、晚负重",关节活动有利于加速 关节滑液的循环, 有利于营养物质扩散到软骨最深层, 同时机 械的应力可促进骨祖母细胞向软骨组织细胞的转化,有利于肉 芽转变为透明软骨,术后2~3d伤口出血基本停止,引流已拔 除,除嘱患者行股四头肌收缩外,即行CPM 锻炼[,对减轻术 后膝关节粘连僵硬,扩大膝关节活动范围有良好的作用,但要 注意活动范同应根据患者术后骨折的稳定情况, 韧带修复的情 况,遵循循序渐进的原则,逐渐增加 CPM 活动范嗣。绝对禁止 现过早下地负重行走, 骨折愈合后也不宜立即负重行走, 一般 骨折不严重,固定牢固者也不应少于3个月,严重者在6个月后, 这样可使骨痂由编织骨状态向排列有序的骨小梁转化, 避免骨 小梁压缩使关节面塌陷,造成创伤性关节炎的严重后果。

【参考文献】

- [1] 熊伟芝,郝敬明,胡春艾,等. 螺旋 CT 二维及四维重建在关节 内骨折中的应用 [J]. 中华骨科杂志, 1999, 19(5): 655-656.
- [2] 梁秀兰. 人字石膏只动下肢等长收缩训练预防肌肉废用性萎缩 [Jj. 中国康复理论与实践, 2003, 9(10): 628
- [3] 胥少汀, 葛宝丰,徐印坎,等.实用骨科学 [M].北京:人民军 医出版社, 2005: 756.
- [4] 汤发强, 胡世平, 陈祖星, 等. 胫骨平台骨折手术治疗效果不 佳原因分析 [J]. 中国骨与关节损伤杂志, 2007, 9 (22): 762-763.

皮内针结合心理疏导治疗儿童抽动症 1 例体会

刘建伟1 汪君2

(1泸州医学院附属中医医院针灸科 四川 泸州 646000)

(2 泸州医学院附属中医医院心脑电图室 四川 泸州 646000)

【摘要】 目的 观察皮内针结合心理疏导治疗儿童抽动症的临床疗效。 方法 皮内针结合心理疏导;选穴;第一组;阳白(双)、 太阳(双)、合谷(双)、内关(双)、心俞(双)、脾俞(双); 第二组: 阳白(双)、太阳(双)、合谷(双)、神门(双)、 阳陵泉(双)、太冲(双)。结果 该患儿通过三个疗程皮内针及心理疏导治疗,达到临床满意效果。结论 皮内针结合心理疏导 治疗儿童抽动症疗效满意, 值得临床推广使用。

【关键词】 皮内针; 心理疏导; 儿童抽动症; 个案报道 【中图分类号】R720.5 【文献标识码】A

【文章编号】2095-1752 (2015) 16-0152-02

儿童抽动症又称抽动-秽语综合征,多发病于3-12岁儿童, 是一种病因不明的精神障碍性疾病,以面部、躯干、四肢不自 主的肌肉抽动为其临床表现特点,可有眨眼、斜视、皱眉、撇嘴、 肢体不规律抽动,与情绪变化有密切关系,如激动、焦虑、愤怒 时加重,严重者伴有嗓中怪音或污言秽语,发病男女比例约(3-4) 1[1-2]。近来,笔者用皮内针结合心理疏导治疗一例该病患儿取得

临床研究

满意临床疗效, 现报道如下。

1. 病例介绍

患儿,男,7岁,于2015年1月10号上午就诊于我院针灸科。父母代诉:反复不自主双眼及前额抽动2年。患者于2013年1月无明显诱因出现双眼不自主抽动(眨眼),患儿家属未引起重视未就医,至2013年5月双眼不自主抽动逐渐波及到前额(皱眉),就诊于重庆市儿童医院神经内科,诊断为儿童抽动症,给予口服相关药物治疗(具体不详),经治疗约半年上述症状无明显缓解,并且由于长期服药及就医的往返奔波,给患儿造成很大的就医抵触情绪。患儿父母失望之余,试诊于我院针灸科。初诊症见:双眼及前额部频繁不自主抽动(眨眼、皱眉间隔时间不等,约10-15分钟发作一次,激动或情绪变化时加剧),沉默寡言,自信心不足,面白少华,倦怠乏力,纳差,大便溏,舌质淡,脉弦细。余查体无明显阳性体征。既往体健。西医诊断为儿童抽动症,中医诊断脏躁,证属心脾两虚证。

2. 治疗方法及操作

治疗原则: 宁心安神, 健脾益气。

治疗方法: 皮内针结合心理疏导治疗。

选穴:第一组:阳白(双)、太阳(双)、合谷(双)、内关(双)、心俞(双)、脾俞(双);第二组:阳白(双)、太阳(双)、合谷(双)、神门(双)、阳陵泉(双)、太冲(双)。

操作方法: 患者取坐位, 所取腧穴局部皮肤 75% 酒精常规 消毒后,取皮内针(清铃揿针 四川唯高科技有限责任公司), 规格: 0.20mm× (0.3-0.6 mm) 埋于皮肤内, 在埋针的同时给予 适度按压皮内针,以患儿有轻微痛感为度;院外嘱患儿家属每4 小时适度按压皮内针一次,每次按压时以患儿有轻微痛感为度, 同时注意防水、防汗,避免剧烈运动。每24小时更换皮内针, 以上两组穴位交替应用,十天为一疗程。第一个疗程患儿来就 诊时,以和蔼可亲的态度接纳患儿,主动与其多交流、互动, 做一些简单的小游戏, 让患儿不再排斥医生, 不再排斥就医, 建立良好的医患关系;第二个疗程中,在良好医患关系的前提 下,认真倾听患儿的内心想法,并给予心理上的支持和疏导, 让患儿正确认识疾病,解除患儿对疾病本身的困惑,让患儿建 立战胜疾病的信心,并教会患儿应对外界各种不良刺激及妥善 处理自己的情绪变化;第三个疗程中,继续给予患儿心理支持, 并教会患儿正确识别抽动前的先兆信号, 有意识的去控制面部 的抽动;同时要求患儿父母保持乐观平和心态,建立宽松愉悦 和谐的家庭氛围[3]。

3. 临床疗效

初诊时患儿反复不自主双眼及前额抽动(眨眼、皱眉), 强烈的就医抵触情绪,沉默寡言,自信心不足,伴有倦怠乏力, 纳差,大便溏。第一个疗程后患儿上述症状均无明显改善,患儿 家属对该治疗方法亦心存疑虑,信心折半,不愿再继续配合治疗, 经沟通后勉强愿继续配合治疗。第二个疗程后患儿双眼及前额不自主抽动的频率较前减少,两次抽动的时间间隔明显延长,患儿的倦怠乏力、食欲较前明显改善,患儿家属亦开始恢复信心,患儿在心理疏导及家属情绪的影响下就医抵触情绪明显改善。第三个疗程后患儿双眼及前额不自主抽动(眨眼、皱眉间隔时间不等,约 2-3 小时发作一次)明显减少,愿主动与人交流,自信心明显改善,面色红润,精力充沛,纳眠佳,二便调。

儿童抽动症的相关症状多分散于中医古籍中, 无专门论述, 本病的发生多与心、脾、肝有关。《素问、宣明五气篇》曰"五 脏所藏: 心藏神, 肺藏魄, 肝藏魂, 脾藏意, 肾藏志。"《素问、 灵兰秘典论》曰"心者君主之官也,神明出焉。"心藏神,心血 能够滋养心神则神志活动正常。心血不足,心神失养,神不内 守,可导致心神不宁,而出现不自主抽动。肝为将军之官,主筋, 其志在怒,为罢极之本。肝为心之母,心血不足,相对肝阳偏亢, 加之小儿肝常有余, 故易出现肝风内动, 肝开窍于目, 肝经上 联目系,故出现双眼及前额不自主抽动;脾在志为思,主四肢, 其性静; 小儿脾常不足, 该患儿长期服用药物易导致脾运化功 能失常,不能将精微物质运到全身故表现为倦怠乏力,沉默寡言: 脾运化功能失健, 气血生化无源, 可进一步加重心血不足, 肝 阳相对偏亢。心俞为心的背腧穴,内关为心包经络穴、神门为 心经输穴、原穴, 三者同用以安神定志, 宁心安神; 脾俞为脾 的背俞穴有益气健脾,恢复气血生化之源之功;太冲为肝经原 穴,阳陵泉为八会穴之筋会,二者同用既可平肝潜阳,清肝养血, 以平偏亢之阳,又可疏肝柔筋,缓解抽动;阳白、太阳为病所 所在,二者同取直达病所;合谷为大肠经之原穴,"面口合谷收", 合谷为远端取穴,与肝经原穴合用,原原相配,可起到平肝潜阳, 安神定志。诸穴合用, 共凑宁心安神, 健脾益气。同时, 给予 患儿的心理支持、引导,并教会患儿应对外界的各种不良刺激, 及妥善处理自己的情绪变化,有意识的控制不自主抽动,故取 得满意的临床疗效。

综上,该治疗方法简、便、廉、效,临床易于操作,较其他治疗方法痛苦少,无明显毒副作用,易于被患儿接受,临床疗效确切,但中医认为该病的发生牵扯诸脏,短时间治疗效果欠佳,需坚持治疗,故该治疗方法值得临床推广使用。

【参考文献】

[1] 胡亚美,江载芳,主编.诸福堂实用儿科学 [M].第七版.北京:人民卫生出版社,2002.

[2] 焦富勇。抽动症治疗新进展 [J]. 中国医学科学, 2012, 2(23); 52-56.

[3] 朱晓华,方拴锋.心理支持联合盐酸硫必利治疗儿童慢性抽动障碍疗效分析[J].中国妇幼保健,2012,27(5):690-691

GnRH-a 与孕三烯酮用于重度子宫内膜异位症术后的疗效观察

刘新玉

(武汉市蔡甸区中医院妇产科 湖北 武汉 430100)

【中图分类号】R71

【文献标识码】A

【文章编号】2095-1752 (2015) 16-0153-02

子宫内膜异位症(EM)是育龄妇女常见的疾病之一。EM常见的发病部位为卵巢、直肠子宫陷凹以及宫骶韧带。手术治疗目前被证明是EM治疗的首要选择,其中腹腔镜并辅以不可缺少的药物治疗是最好的治疗方式^[1],最常用的药物是促性腺激素释放激素激动剂(gonadotropin-releasing hormone agonist, GnRH-a)和孕三烯酮。有研究发现 GnRH-a 的疗效优于孕三烯酮,且副作用少而轻^[2]。但孕三烯酮价格较 GnRH-a 昂贵,患者药品

负担较重。本文以减轻患者负担为出发点,探讨对重度子宫内膜异位症术后使用孕三烯酮部分替代 GnRH-a 做为辅助治疗的效果,寻找减轻患者治疗负担的有效疗法。

1. 资料和方法

1.1 临床资料 选择 2014 年 1 月至 2014 年 12 月来我院妇科行腹腔镜保守治疗且分期为 III 期或 IV 期的子宫内膜异位症患者共 100 例,分期依据为 1985 年美国生育学会修订的子宫内