

3 讨论

胫腓骨骨折的治疗首先要评估软组织损伤的程度和骨折的类型,采取不同的固定器械。胫腓骨骨折大部分为不稳定性骨折,采用手术复位有利于患肢早期功能锻炼,并能阻止骨折对软组织的进一步损伤。先行腓骨切开复位,采用 AO 1/3 管型板或重建钢板内固定起到支撑作用,防止骨折端旋转的发生,并能使不稳定性骨折变为相对稳定,同时也限制了胫骨移位,更适用于腓骨多段、粉碎性骨折。近年来对腓骨的研究证实腓骨承受身体 1/6 的体重,并参与踝关节的协调运动,腓骨固定既可恢复腓骨的连续性,又能恢复小腿长度,并起到类支架作用,使胫骨骨折相对稳定,能增加胫骨内固定的稳定性,减轻胫骨的负重力,可提高胫骨骨折的愈合率^[4]。又能恢复踝关节的解剖结构和稳定性。采用小切口胫骨复位固定结合外固定支架固定,对软组织损伤小,术中不剥离或尽量少剥离骨膜,对骨折块血供干扰较小,充分保留骨折端的血供。对于粉碎性胫骨骨折尽可能恢复胫骨的完整性,用 1~2 枚螺丝钉固定使复杂骨折变为两部分骨折,直视下复位胫骨骨折,软组织损伤较小,避免反复闭合复位加重软组织损伤,外固定支架固定应尽可能锁定支架为 0 度,并于胫骨相平行。

保守治疗如石膏固定和跟骨骨牵引,这种方法难以实现骨折满意对位对线,易发生骨折畸形愈合,且对开放性损伤的创面处理不便,治疗时间较长,延误了最佳治疗时间。内固定如钢板对软组织损伤较大,骨膜剥离较多,带锁髓内钉需根据骨折部位而定,且需要特殊设备。外固定支架是介于手术与非手术之间的治疗方法,其优点是对软组织干扰小,相

比于钢板固定是一种有限的“弹性固定”,应力遮挡效应降低甚至消除,尤其适用于开放性损伤的早期固定和方便创面换药,操作简单,去除方便。外固定支架适用于各种四肢骨折的治疗,主要适用于小腿骨折,合理使用外固定支架可减少并发症的发生,其使用是否得当与治疗效果和并发症密切相关^[5]。本组发生 2 例骨不连与软组织严重损伤造成局部血液循环障碍和严重的粉碎性骨折、骨缺损以及感染有关,再次手术行胫骨髓内钉、自体骨植骨,经过随访获得临床治愈。近年来观念的更新提出骨折治疗的目的不仅是牢固愈合,而同样重要的是早期全面地恢复肢体功能。通过本组病例我们体会到:腓骨内固定,小切口复位胫骨固定结合外固定支架治疗胫腓骨骨折,手术操作简单,对骨折端干扰小,固定可靠,并能达到骨折的满意复位,更增强了骨折固定后的稳定性,有利于软组织的一期修复和创面处理,有利于骨折愈合,减少骨折并发症的发生,能够使患肢膝、踝关节进行早期功能锻炼,防止关节僵硬,并能最大限度的恢复关节功能。

[参 考 文 献]

- [1] 荣国威,翟桂华,刘沂,等译.骨折内固定[M].第3版.北京:人民卫生出版社,2000:106-107.
- [2] 于仲嘉,刘光汉,张志占,等.单侧多功能外固定支架的临床应用[J].中华骨科杂志,1996,16(4):211-214.
- [3] Johner R, Wruh Q. Classification of tibial shaft fractures and correlation with results after rigid internal fixation[J]. Clin Orthop Relat Res, 1983, (178): 7-25.
- [4] 谢志军,闫得强,张汉瑜.腓骨内固定对胫骨愈合及踝关节稳定的作用[J].中国矫形外科杂志,2000,7(6):553-555.
- [5] 霍华春,吴景华,吴波,等.单侧多功能外固定支架治疗骨折若干问题探讨[J].骨与关节损伤杂志,2002,17(6):465-466.

[文章编号] 1000-2200(2006)05-0539-02

。临床医学。

心源性脑栓塞 80例临床分析

汪曙光

[摘要]目的:分析心源性脑栓塞的临床特征。方法:对心源性脑栓塞患者 80 例中意识障碍伴呕吐者采用脱水降颅压 7~14 天后,用神经细胞活化剂加用阿司匹林治疗;意识正常者应用脱水剂加用复方丹参及小剂量阿司匹林治疗。结果:80 例中心脏瓣膜病 32 例,心肌梗死 16 例,心脏黏液瘤 2 例,无瓣膜病变的房颤 24 例,心肌病 6 例,经治疗后 14 例出院,20 例临床痊愈,36 例好转,无效 10 例。结论:心源性脑栓塞在临床上很常见,慢性房颤尤其合并心脏瓣膜病变是脑栓塞的主要病因,除积极治疗脑栓塞外,应同时注意原发心脏病的处理。

[关键词] 脑栓塞和血栓形成;心脏瓣膜疾病;心脏病

[中国图书资料分类法分类号] R 743.33 R 542.5

[文献标识码] A

[收稿日期] 2006-05-21

[作者单位] 安徽省岳西县人民医院 内科, 246600

[作者简介] 汪曙光(1968-),男,主治医师。

心源性脑栓塞(CBE)是由于心源性栓子引起脑和(或)视网膜的栓塞性缺血,是心脏病的重要并发症,尤其是老年人,在栓塞性梗塞中占很大比例。

1996年4月~2005年4月,我院共收治各类急性脑梗死患者580例,其中心源性脑栓塞80例,占全部病例的13.8%,现作总结。

1 临床资料

1.1 一般资料 CBE患者80例,男52例,女28例;年龄34~90岁。其中60岁以上46例。原发心脏病:(1)心脏瓣膜病32例(40%),其中二尖瓣狭窄20例,二尖瓣关闭不全12例,心脏瓣膜病患者中26例伴有慢性房颤,其中18例慢性房颤史4~10年;(2)心肌梗死16例(20%),其中广泛前壁心肌梗死10例,下壁心肌梗死6例,心源性脑栓塞均在心肌梗死后1周内发生;(3)心脏黏液瘤2例(2.5%),心脏超声诊断证实;(4)无瓣膜病变的房颤24例(30%),其中冠心病12例,肺心病4例,高心病8例;(5)心肌病6例(7.5%)。

1.2 诊断标准 80例均符合以下诊断标准:(1)突发神经功能障碍并迅速达到症状最高峰。(2)有栓塞来源的心脏病,经心脏听诊、胸片、心电图、动态心电图及心脏超声证实。(3)脑梗死经CT检查证实。

1.3 临床表现 安静时发病56例(70%),活动中发病24例(30%)。表现为突然昏迷20例(25%),失语28例(35%),偏瘫54例(67.5%),四肢瘫痪6例(7.5%),大、小便失禁16例(20%),假性球麻痹12例(15%)。病情迅速达高峰者64例(80%),逐渐加重者16例(20%)。

1.4 头颅CT 全部病例均作CT扫描,32例表现为大脑半球单发的片状低密度阴影,以大脑中动脉供血区为主,占位效应明显,中线结构移位,18例为单个累及脑叶的病灶,其余12例为合并陈旧性脑梗死的新梗死。

1.5 治疗方法 入院后意识障碍明显伴呕吐者急性期以甘露醇、呋塞米及地塞米松脱水降颅压7~14天后,用复方丹参、脑蛋白水解物、胞二磷胆碱等神经细胞活化剂,并加用阿司匹林治疗。意识正常者,入院后在用脱水剂的基础上静脉滴注复方丹参,同时口服小剂量阿司匹林。

1.6 结果 80例中除14例出院(17.5%)外,20例(25.0%)临床痊愈,36例(45.0%)好转,总有效率75.0%,无效10例(12.5%),无一例在治疗期间反复发生脑栓塞。

2 讨论

心源性脑栓塞临床常见,本组80例均为突发局灶性神经功能缺损并迅速进展达到症状高峰,具有明确的心脏病史,心电图检查出心律失常、病理性Q

波、心脏超声检查证实符合CBE诊断。

2.1 发病率 心源性脑栓塞在全部脑梗死中的发生率国内尚无确切统计,欧美平均为15%左右^[1],本组资料为13.8%,低于国外。

2.2 CBE的病因 (1)慢性房颤,尤其合并心脏瓣膜病变是脑栓塞的主要病因^[2]。本组32例心脏瓣膜病中26例合并有慢性房颤,无瓣膜病变的房颤24例。(2)无瓣膜病变的房颤是最重要的栓塞来源,且近年来发生有上升趋势^[3]。本组24例无瓣膜病变的房颤中冠心病12例,肺心病4例,高心病8例。(3)约3%的急性心肌梗死患者中发病4周内发生脑栓塞,栓子主要来源于左心室,少数来源于左心房和其它部位,本组16例急性心肌梗死均在1周内并发脑栓塞。(4)感染性心内膜炎易并发脑栓塞,以多发性微栓塞为特征,本组未发现此种病例。CBE的其它病因还有心脏黏液瘤,先天性心脏病、心脏手术等。

2.3 临床和CT特点 CBE起病形式多为突发,迅速达到高峰,但仍有部分患者并非如此。这可能与栓子移动导致闭塞部位血管的血液动力学改变或在较短时间内接连发生栓塞有关^[1]。症状体征方面以偏瘫、失语、意识障碍常见且严重,本组分别达67.5%、35.0%、25.0%。本组80例CT扫描均阳性,表现为动脉与血管供应范围相一致的大片脑梗死,尤以大脑中动脉供血区占优势,占位效应明显。部分病例表现为基底核区或深部白质的单个或多个小梗死灶,可能与微小栓子直接堵塞单个或多个动脉有关。

2.4 治疗 CBE急性期的治疗根据患者的原发病因、心功能情况及栓塞范围选用药物。治疗原则与一般脑梗死相同,但同时应处理原发心脏病,避免和减少反复的栓塞^[4],抗凝治疗是否能预防栓塞的再发及引起出血可能目前意见尚不统一^[5]。目前认为绝大多数心源性脑栓塞早期抗凝治疗是安全的,其确切疗效有待进一步探讨。

[参 考 文 献]

- [1] 隋邦森. 脑血管疾病[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1991: 172-175.
- [2] 戴友平. 心房颤动心房结构重构研究进展[J]. 心血管病学进展, 2004, 25(1): 46-48.
- [3] 姜文清. 心房颤动患者止凝血分子标志物的检测及意义[J]. 临床心血管病杂志, 2004, 20(1): 31-32.
- [4] 赵荫荣. 边缘心脏病学[M]. 合肥: 安徽科学技术出版社, 2003: 188-189.
- [5] 戴闰柱. 慢性收缩性心力衰竭治疗建议[J]. 中华心血管病杂志, 2002, 30(1): 7-23.