

1、3、5年存活病例分别为21例、15例和10例。死亡病例均为其他疾病所致,死亡前最短6个月,最长1年经查无局部复发和远处转移,这与老年人的代谢慢、肿瘤分化好及肿瘤生长缓慢等因素不无关联,同时也间接证明对高龄低位直肠癌采用局部切除治疗的方法不失为一较理想的选择。

[参考文献]

- [1] 徐荣楠. 临床外科学分册[M]. 合肥:安徽科学技术出版社, 2000:936.
[2] 刘凯,王广义,王国悦. 直肠癌病人术后生活质量评估[J]. 腹部外科,2005,18(1):36.

- [3] Colorectal Cancer Collaborative Group. Surgery for colorectal cancer in elderly patients: a systematic review [J]. Lancet, 2000, 356 (9234):968-974.
[4] Pernicky M, Murin J, Labas P. Perioperative cardiovascular and noncardiovascular risk in patients with colorectal cancer [J]. Bratisl Lek Listy, 2007, 108(6):246-250.
[5] 徐协群,邱辉中. 直肠癌的局部切除[J]. 中国实用外科杂志, 2007, 27(6):495-497.
[6] 王辉. 直肠癌局部切除适应证及注意事项[J]. 肿瘤学杂志, 2006, 12(1):20-22.
[7] 李杰拥. 直肠癌保肛术式选择及应重视的若干问题[J]. 腹部外科, 2007, 20(1):15.

[文章编号] 1000-2200(2010)03-0280-02

· 临床医学 ·

第一跖骨近端截骨治疗中、重度拇外翻 23 例

岑建平,孙长惠,张振庆

[关键词] 截骨术;拇外翻

[中国图书资料分类法分类号] R 687.31

[文献标识码] B

拇外翻是足部常见病,患者因足部畸形、拇囊炎或足底胼胝形成伴疼痛,临床治疗较为复杂,缓解疼痛和美观是患者求医的根本要求,但往往临床难以达到理想状态;对于中、重度拇外翻患者常需手术治疗。1998~2007年,我院采用第1跖骨近端张开式截骨结合其他手术治疗中、重度拇外翻23例(28足),疗效满意,现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 23例(28足)均为女性;年龄46~63岁。术前摄足负重位X线片,测量拇外翻角(HVA)为 21° ~ 51° 。第1、2跖间角(IMA)为 12° ~ 18° ,其中1例合并第1跖趾关节半脱位伴骨关节炎。余27足均无明显第1跖趾关节骨关节炎。第2趾锤状趾5例,伴拇囊炎8例。28足存在不同程度足底胼胝形成伴行走疼痛。

1.2 手术方法 常规消毒、铺巾,第1、2跖骨头间纵形切口,行拇收肌腱止点切断,移位至第1跖骨头外侧固定。然后自第1趾骨近端内侧向第1跖骨基部作纵形切口,U形切开拇囊瓣,翻开囊瓣,切除第1跖骨头内侧骨赘,于第1跖骨基部距关节面1.5cm处,与骨干成 90° 横形凿断(保留外侧骨膜及皮质骨),电透下撑开截骨面,纠正第1、2跖骨间角,保证截骨面背侧比跖侧宽1~2mm。外旋第1跖骨头,至跖骨头下籽骨旋入头下,截骨处用二枚克氏钉交叉固定,将切下跖骨头骨赘填塞截骨面。对1例第1跖趾关节半脱位合并骨关节炎,同时行第1趾近节趾骨近1/2切除关节成形术,对5例第2趾锤状趾行近节趾骨切除成形术。术后石膏托固定6周,术后1周可拄拐足跟负重室内行走。跖趾关节被动屈伸锻炼,防止跖趾关节僵硬。6周拆除石膏负重行走,

重度拇外翻2个月后负重行走。

1.3 疗效评定标准 参照温建民等^[1]的疗效评定标准。优:疼痛消失,畸形纠正, HVA $<20^{\circ}$, IMA $<9^{\circ}$, 穿鞋行走不受限制;良:疼痛基本消失,畸形改善, HVA 20° ~ 25° , IMA 10° ~ 12° , 穿鞋稍受限制;差:疼痛仍存在,畸形改善不明显, HVA 和 IMA 较术前无明显改善,穿鞋行走仍受限制。

2 结果

随访2年以内15足,2~4年13足,无骨不愈合或延迟愈合,术后6个月至1年取除克氏钉,并复查负重位X线片,拇外翻 0° ~ 12° ,第1、2跖间角为 0° ~ 8.5° 。随访结果:优23例,良5例,优良率100%。

3 讨论

治疗拇外翻的术式包括软组织松解、内侧骨赘切除+各种截骨矫形术,每一种手术都有治疗满意的病例,但没有一种手术可以解决拇外翻所有的问题,因此在治疗拇外翻时必须施行个性化方案。我们认为对中、重度拇外翻患者,行软组织松解手术,达不到畸形矫正的目的,且后期畸形易复发,采用第1跖骨近端旋转截骨可恢复第1跖列正常解剖^[2-4],既可以维持畸形后的角度,旋转截骨又可以较好地恢复足横弓的解剖与生物力学结构,是一种简单有效的治疗方法,可在临床上推广应用。

我们体会,第1跖骨近端张开旋转截骨优点:(1)可方便有效矫正第1跖骨内翻、旋前、跖骨头抬高,避免第1跖骨短缩;(2)截骨面克氏钉交叉固定方便稳定;(3)截骨面植骨后骨愈合好,无骨不愈合发生。缺点:对重度拇外翻患者张开式截骨第1跖骨外侧骨连续性容易破坏,截骨面稳定性降低,不能过早负重,但对畸形矫正效果影响不大。本组病例疗效好,可能与样本不大,所选病例临床症状较轻有关;与患者良好的沟通,降低患者心理预期值,同时后期良好的康复训练,也可以提高临床疗效。

[收稿日期] 2008-09-26

[作者单位] 上海瑞金医院集团卢湾分院 骨科,上海 200020

[作者简介] 岑建平(1952-),男,副主任医师。

[参 考 文 献]

- [1] 温建民,张连仁,翁春华,等.小切口翻修术治疗拇外翻术后复发畸形[J].中华骨科杂志,2001,21(3):143-144.
- [2] 范清宇,唐农轩译.临床骨科学[M].2版.西安:世界图书出版社,2004:908-915.

- [3] 薛剑锋,顾湘杰,马昕,等.拇外翻足内侧纵弓的初步研究[J].中华骨科杂志,2004,24(1):32-35.
- [4] 鲍根喜,王旭,顾湘杰,等.足横弓形态的动态分析与拇外翻关系研究[J].中华骨科杂志,2004,21(3):134-136.

[文章编号] 1000-2200(2010)03-0281-02

· 临床医学 ·

右心室心肌梗死 32 例心电图分析及其对临床价值

赵 映¹,张清华²,方效民²,蒋知新²

[关键词] 心肌梗死;右心室;心电图

[中国图书资料分类号] R 542.22 [文献标识码] B

单纯右心室心肌梗死(RVMI)相对少见,且常伴有下壁、前壁和后壁等其他不同部位的心肌梗死,急性右心室心肌梗死(ARVI)又与左心室急性心肌梗死在治疗上差异很大,故早期 RVMI 的诊断对降低心肌梗死(MI)发病率意义重大。在发病早期,仔细分析心电图,捕捉某些异常心电图改变不失为早期诊断 RVMI 的简单、实用且具有较高敏感性及特异性的方法。本文对 32 例 ARVI 合并其他不同部位 MI 患者的心电图进行分析,旨在提高对 ARVI 的心电图诊断。

1 临床资料

1.1 一般资料 32 例均为我院 2007 年 1 月至 2008 年 5 月诊断为 RVMI 患者。其中男 19 例,女 13 例;年龄 57~82 岁。均符合 WHO 急性心肌梗死(AMI)诊断标准。

1.2 心电图表现

1.2.1 RVMI 心电图诊断标准^[1-2] (1) V₄R 导联 ST 段抬高 ≥ 1 mm,若 ST 段抬高程度为 V₄R > V₃R > V₁ 则诊断更有价值;(2)未合并前壁 AMI 时,ST V₁~V₅ 导联抬高 ≥ 1 mm,抬高幅度从 V₁~V₅ 导联逐渐降低;(3) ST V₂ 压低与 STAVF 抬高之比 ≤ 50%;(4) CR4R(右锁骨中线第 5 肋间)导联 ST 段抬高 ≥ 1 mm;(5)右心前导联(V₃R~V₆R)QRS 波可呈 QS 型;(6)多与下壁或后壁 MI 同时存在,下壁 MI 时,ST 段抬高幅度 III > II 导联。

1.2.2 合并心律失常 窦性心动过速 16 例,窦性心动过缓 22 例,右束支传导阻滞 8 例,左束支传导阻滞 3 例,心房颤动、心房扑动 7 例,阵发性室上性心动过速 3 例,不同程度的房室传导阻滞 25 例,其中 I 度 20 例,II 度 3 例,III 度 2 例。

1.3 临床表现 心前区出现持续性剧烈胸痛、胸闷,伴有恶心、呕吐、冷汗。RVMI 由于其血液动力学改变,临床表现除了有一般 MI 的表现外,主要有右心功能不全体征。可见明显的颈静脉怒张,静脉压升高,Kussmaul 征阳性,尿少,低血压甚至休克,但肺部听诊呼吸音清晰,常可听到右心室奔马律。X 线检查示无肺淤血征象,这是 RVMI 的特殊现象。

RVMI 常易发生心律失常,以房室传导阻滞及室上性心律失常多见。不同部位 AMI 合并 RVMI 的临床特点比较见表 1。

表 1 32 例不同部位的 MI 合并 RVMI 的临床特点比较(n)

分组	n	合并心衰	合并低血压	死亡
下壁 MI + RVMI	21	1	9	0
前壁 MI + RVMI	8	4	5	2
下壁 MI + 前壁 MI + RVMI	3	2	3	2
合计	32	7	17	4

1.4 治疗 溶栓治疗与其他 AMI 相同。解除疼痛用哌替啶、吗啡。扩容治疗:鉴于 RVMI 血液动力学改变的特点,给予患者积极扩容治疗,以增加右房压力,使血液被动地沿着右房-左房压力阶差,通过低阻力肺血管床增加左室回心血量,以提高心排量,改善患者的低排状态。同时适量、适时予血管扩张剂硝普钠,该药可降低主动脉血流阻抗,增强左心收缩力,降低左心房压,有利于左心室充盈及增加心排出量。而加用正性收缩能制剂如多巴胺等不仅增强心肌收缩力,且能增加被动性左心室充盈,因此,尤其适用于同时伴有相当程度左心室功能障碍的患者。主动脉内气囊反搏用于 AMI 伴休克的治疗。当患者有明显左心功能不全时,血压明显下降,低至 80/50 mmHg,则应用血管扩张剂及主动脉内气囊反搏治疗。

2 讨论

在 MI 中, RVMI 并非少见,约占 AMI 的 7.7%~23%^[3]。锐缘支或弱勢形右冠状动脉闭塞所致的孤立性 RVMI 则较少见,约占 AMI 的 3%^[4]。近年来随着超声心动图、血液动力学、放射性核素及冠状动脉造影等技术的广泛应用, RVMI 的诊断水平不断提高。RVMI 多发于左心室下壁或后壁梗死,受损血管主要为右冠状动脉(RCA),其血液动力学改变特征为右心室功能障碍,表现为右心房压力及右心室充盈后出现与左心室充盈后不成比例的升高,中心静脉压升高,心排量下降,心脏指数降低,在临床上,因大循环淤血发生急剧,故可无其他大循环淤血征象,如肝脏可以无淤血肿大,下肢无水肿等表现。RVMI 的发生有 3 个方面解剖学基础^[5]: (1)右心室供血为 RCA, RVMI 的发生约

[收稿日期] 2008-03-17

[作者单位] 1.南方医科大学研究生学院,广东广州 510515;2.解放军 305 医院老年病中心,北京 100017

[作者简介] 赵 映(1982-),女,住院医师。