

手指是常见的易损伤的部位,损伤后皮肤缺损常有骨和肌腱组织暴露。对其创面的修复常用带蒂皮瓣修复,但由于手指皮肤与供区皮肤质地不同,外形较难满意。2004 年 2 月~2006 年 3 月,我们应用游离拇趾皮瓣修复手指皮肤缺损 20 例。功能外形满意,现报告如下:

1 临床资料

本组男 8 例,女 12 例,年龄 18~47 岁。损伤病因:挤压伤 16 例,切割伤 4 例。损伤部位:拇指 5 例,示指 10 例,中指 3 例,环小指各 1 例。创面皮肤缺损大小:0.8 cm×1.5 cm~2.0 cm×3.5 cm。本组 20 例,术后移植皮瓣全部存活,创口一期愈合。

2 手术设计与方法

根据手指皮肤缺损的大小及部位,选择性切取拇指游离皮瓣,常规手指侧方皮肤缺损,切取拇指侧方皮瓣修补,指腹皮肤缺损,切取拇指腹皮瓣修补。

(1)应用解剖。趾腹皮瓣是以拇趾腓侧及第二趾桡侧趾动脉及第一背动脉为供血动脉,回流静脉以趾腹静脉,侧趾动脉及第一背动脉伴行静脉,足背浅静脉为主。神经以趾神经为主,也可携带足背腓深神经终末支。第一背动脉起始部的口径平均为 1.6 mm,趾动脉起始部的口径拇指为 0.8

mm,第二趾为 0.6 mm,切取面远端达趾尖,近端平趾蹼,侧不超过中线,背侧保留甲周 0.5 cm 皮肤。最大面积可达 3.0 cm×3.5 cm。

(2)手术方法。皮瓣设计:以第一跖背动脉及趾动脉体表投影为轴心线,切取面趾腹侧不超过趾腹正中线,趾甲侧保留 0.5 cm 软组织。也可以设计成第一、二趾相对侧的单蒂双叶皮瓣或同一血管蒂足外侧、第一跖背皮瓣修复。

(1)皮瓣切取:按设计大小切开皮瓣四周,分离出趾动脉、第一跖背动脉及静脉和神经,在血管神经深层剥离,尽可能游离较长的血管蒂,神经按需要长度切取。

(2)供区处理:无趾骨暴露用全后皮植皮加压包扎,如果有趾骨暴露,转移局部软组织覆盖骨质后植皮。

3 讨论

手在生活工作学习中有着非常重要的作用,因此,手部的缺损则需尽可能高质量的修复,尤其要求恢复指腹的触觉功能及良好的外形。我院在平常修复皮肤缺损时多使用腹部带蒂皮瓣修复,缺损处皮肤修复后常常高于正常皮肤,外观难看,且皮肤感觉差,游离拇趾皮瓣修复手指皮肤缺损,能基本修复手指外观,如果用带游离神经的皮瓣修复,还能进一步恢复缺损处皮肤的感觉,临床效果满意。

中西医结合治疗咳嗽变异型哮喘 30 例

★ 麦海萍 (广东省中西医结合医院呼吸科 佛山 528200)

关键词:咳嗽变异型哮喘;中西医结合疗法;小青龙汤;舒利迭

咳嗽变异型哮喘(简称 CVA)是以慢性咳嗽为主要或唯一临床表现的一种特殊类型的哮喘^[1]。临床上主要表现为咳嗽持续或反复发作超过 1 个月,常伴夜间或清晨发作性咳嗽,痰少,运动后加重,临床无感染表现,或经较长时间抗生素治疗无效,用支气管扩张剂可使咳嗽发作缓解。由于本病的唯一症状就是慢性咳嗽,无明显肺部阳性体征,常被误诊为支气管炎、反复上呼吸道感染,以致贻误病情。笔者于 2006 年 4 月~2007 年 12 月以中西医结合治疗咳嗽变异型哮喘患者,疗效满意,现报道如下:

1 临床资料

1.1 诊断标准 诊断标准采用钟南山院士 1995 年提出的诊断标准^[2]:(1)无明显诱因咳嗽 2 个月以上,夜间及凌晨发作,运动、冷空气等诱发加重。(2)查体无阳性体征,肺功能正常,胸片正常,五官科检查未见异常。(3)存在有气道高反应性,即组织胺激发试验阳性。(4)抗生素或止咳药无效,使用支气管解痉剂或糖皮质激素有效。

排除标准排除肺部其他疾病,及合并心血管、肝肾和造血系统等严重疾病的患者。

1.2 辨证标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[4]中慢性支气管炎的辨证标准为风寒束肺证。症见咳嗽痰多,恶寒肢冷,痰白清稀多泡沫,痰易咯出,咽痒,口不干渴,舌淡苔薄白或白腻,脉浮紧或滑。

1.3 一般资料 观察病例共 60 例,全部均为本院门诊,患者随机单盲分为两组:治疗组 30 例,男 12 例,女 18 例,年龄 18~65 岁,平均(35.2±4.5)岁,病程(4.3±2.2)个月。病

情轻度者 6 例,中度者 16 例,重度者 8 例。对照组 30 例,男 16 例,女 14 例,年龄 20~63 岁,平均(38.5±6.5)岁,病程(3.8±1.8)个月。病情轻度者 5 例,中度者 18 例,重度者 7 例。2 组患者性别、年龄、病程、病情程度等经统计学处理,差异均无显著性意义($P>0.05$),具有可比性。

2 方法

2.1 治疗方法 两组患者均应用舒利迭吸入剂(沙美特罗 50 μg,丙酸氟替卡松 250 μg,葛兰素史克公司)2 次/天,每次 1 吸。治疗组加用小青龙汤:麻黄 15 g,桂枝 10 g,白芍 15 g,甘草 10 g,干姜 5 g,细辛 3 g,法半夏 15 g,五味子 15 g。随症加减:风寒盛者加防风、苏子;湿痰内盛加茯苓、莱菔子、白术;胸闷加瓜蒌、地龙;咽痒者加僵蚕、蝉蜕。水煎服,加水 500 ml,煎至 200 ml,取汁,顿服,每日 1 剂。对照组不接受中药治疗。疗程为 14 天。

2.2 观察指标 观察患者治疗前后咳嗽、咽痒、气急、咯痰等临床症状、体征。根据《中药新药临床研究指导原则》^[2]中《慢性支气管炎症状分级量表》对患者临床症状及体征按 4 分制评分:无为 0 分,轻为 1 分,中为 2 分,重为 3 分,并记录积分。

2.3 统计学方法 计量指标采用 t 检验,计数指标采用 χ^2 检验。

3 治疗结果

疗效标准参考《中药新药临床研究指导原则》^[3]中慢性支气管炎的中医证候疗效判定标准。治疗组临床痊愈(临床症状、体征消失或基本消失,证候积分减少 $\geq 95\%$)17 例,显

效(临床症状、体征明显改善,证候积分减少 $\geq 70\%$)10例,有效(临床症状、体征均有好转,证候积分减少 $\geq 30\%$)2例,无效(临床症状、体征无明显改善,甚或加重,证候积分减少不足30%)1例,总有效率96.7%;对照组分别为9、8、9、4例,86.7%。治疗组疗效明显优于对照组($P < 0.05$)。

4 讨论

咳嗽变异型哮喘(简称CVA)发病机制目前认为与支气管哮喘大致相同,其病理生理改变是以持续气道炎性反应与气道高反应性为特点^[4]。舒利迭是长效 β_2 受体激动剂沙美特罗与丙酸氟替卡松的复合型吸入剂。其中丙酸氟替卡松是理想的吸入型糖皮质激素,具有对受体具有较高的亲和力,最高脂溶性,吸入后在气道内浓度高,停留时间长,吸收后生物利用度低,在气道局部具有较强的抗炎作用^[5]。沙美特罗是长效 β_2 受体激动剂,该药对 β_2 受体具有较高的选择性,同时可作用于炎症细胞,对炎症细胞的激活具有抑制作用。吸入型糖皮质激素和长效 β_2 受体激动剂联合运用后,二者具有明显的协同作用。

本病属中医学“咳嗽”、“哮证”范畴,久咳伤气,脾气虚不能运化水湿,水饮内停,另气虚不能卫外,复感风寒,风寒束肺,肺气壅塞不得宣通,致咳嗽、咯痰、气急。小青龙汤出

自张仲景《伤寒论》,具温肺散寒化痰饮,宣肺气止咳而平喘之功,方中麻黄、桂枝温肺散寒为君药,细辛、干姜为臣药,白芍、半夏、五味子为佐药,甘草为使药。方中干姜、桂枝并用,辛则入肺,性热祛寒,故可温肺散寒;干姜、细辛、法半夏相配,温肺化痰;五味子与白芍,酸敛以缓麻黄、桂枝、细辛、干姜之辛热燥烈,兼能止咳逆;麻黄、甘草相配,降肺气以止咳平喘。

临床研究结果显示,舒利迭联合小青龙汤治疗咳嗽变异型哮喘疗效显著,充分体现了中西医结合治疗的优势。

参考文献

- [1] Johnson D, Osborn L M. Cough Variant asthma review of clinical literature[J]. Asthma, 1991, 28: 85.
- [2] 钟南山,徐军. 哮喘发病机制及诊断新进展[J]. 中华结核和呼吸杂志, 1995, 18(3): 136-139.
- [3] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[S]. 北京:中国医药科技出版社, 2002: 4.
- [4] Wasserman SI. Basic mechanism in asthma[J]. Am Allergy, 1988, 60: 477.
- [5] 李明华,殷凯生,董竞成. 哮喘病药物治疗学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2001: 172.

达立通颗粒联合兰索拉唑治疗反流性食管炎 80 例

★ 葛来安 吕国雄 龚蔚 (江西中医学院附属医院 南昌 330006)

关键词: 达立通; 兰索拉唑; 反流性食管炎; 中西医结合疗法

反流性食管炎是消化系统常见疾病,笔者自2005年10月以来,运用达立通颗粒联合兰索拉唑片治疗该病80例,取得了满意疗效,现报道如下。

1 临床资料

160例反流性食管炎患者按随机法分为两组,治疗组80例,男42例,女38例,年龄18~68岁,平均45.5岁;对照组80例,男43例,女37例,年龄20~67岁,平均45.3岁,两组在年龄、性别、病情等方面比较均无显著差异。

2 治疗方法

治疗组用药:达立通颗粒每次1袋(6g),每日3次,饭前服用;兰索拉唑片1次30mg,每日1次,饭前服用。对照组用药:吗丁啉片1次10mg,每日3次,饭前服用;兰索拉唑片1次30mg,每日1次,饭前服用。两组疗程均为30天。

3 疗效观察

3.1 疗效标准 痊愈:反流性食管炎症状完全消失,内镜检查食管炎表现基本消失。有效:反流性食管炎症状明显减轻,内镜检查食管炎分级呈轻度改变。无效:治疗前后反流性食管炎症状及内镜检查食管炎分级无明显改变。

3.2 治疗结果 治疗组痊愈46例,有效30例,无效4例,总有效率95.0%;对照组痊愈45例,有效31例,无效4例,总有效率95.0%。经卡方检验,无显著差异, $P > 0.05$ 。

3.3 痊愈病例随访 两组痊愈病例6个月后随访,治疗组

有7例复发,对照组有21例复发,两组比较有显著差异($P < 0.05$)。

4 讨论

反流性食管炎是一种原发性上消化道运动障碍性疾病,其发病机制是食管下段括约肌张力低下及食管廓酸能力下降,导致胃酸、胃蛋白酶和胆汁反流入食管,刺激食管粘膜并造成损伤,从而引起烧心、反酸、胸痛等临床症状。本病属于中医学的“反胃”、“吐酸”、“噎膈”等范畴。中医认为反流性食管炎是由于情志不畅、忧郁恼怒而使肝气不能正常疏泄,或因多食辛辣刺激及酸性食物、过度吸烟饮酒,导致脾胃升降失调,胃气上逆,从而引起食后反胃、反酸、吞咽不利等症状出现;肝气郁滞,气滞痰结,还可引起胸咽部堵塞不适等感觉。目前西医治疗本病主要用抑酸药和胃动力药,但停药后易复发。笔者应用中药达立通颗粒联合抑酸药兰索拉唑治疗本病,不仅取得了与西药相当的疗效,而且停药后的复发率远低于西药对照组,这可能与中药不容易产生依赖性有关。达立通颗粒由柴胡、枳实、木香、陈皮、清半夏、蒲公英、焦山楂、焦槟榔、鸡矢藤、党参、延胡索、神曲组成,方中柴胡、枳实、木香、延胡索、党参等疏肝理气健脾,蒲公英、清半夏、陈皮等清热化湿,和胃降逆,槟榔、山楂、神曲等行气消滞,诸药共奏清热解郁,和胃降逆,通利消滞之功。配合兰索拉唑抑酸治疗,达到标本兼治的效果。