

順德市第一人民醫院

醫學論文集

(1995 年刊)

4

福建省第二人民医院

医学论文集

1985-1988



目 录

1. 卡托普利治疗慢性难治性心力衰竭的临床观察.....	1
2. 浅谈基层医院人工晶体植入术.....	3
3. 颈动脉穿刺给复方丹参脑活素治疗脑萎缩1例报告.....	5
4. 锥颅血肿穿刺引流治疗高龄脑出血6例报告.....	5
5. 胸腔内囊性畸胎瘤一例.....	7
6. 肩部血种钙化6例报告.....	8
7. 单颌骨内固定治疗下颌骨骨折的临床探讨(摘要).....	8
8. 单颌骨内固定治疗下颌骨骨折的临床探讨.....	9
9. 头孢拉定与速尿、氨茶碱的配伍实验.....	12
10. 点穴治疗73例胸腰椎后关节错缝总结.....	13
11. 手术治疗混合型腰椎椎管狭窄综合征的体会.....	15
12. 小腿内侧逆行交叉皮瓣的临床应用.....	16
13. 胚胎LAK细胞治疗白血病的基础与临床可行性探讨.....	17
14. 人胚LAK细胞的实验室制备并输注治疗慢性乙型肝炎.....	21
15. 髌假体置换的失误及并发症.....	25
16. 康复护理与训练指导.....	26
17. 谈急诊病人的心理护理.....	28
18. 晶体溶解性青光眼(附5例报告).....	31
19. 溃疡性结肠炎的心理社会因素及其心理护理.....	34
20. 对前置胎盘产妇观察的一点体会.....	37
21. 76例宫外孕患者的观察及护理.....	39
22. 子宫内膜癌的手术护理.....	41
23. 儿童心理护理几点体会.....	43
24. 基层医院新生儿完全肠道外营养的护理体会.....	45
25. 中孕水囊引产, 结合应用促宫颈成熟剂硫酸普拉酮钠(DHA-S) 的体会.....	48

26. 一例轻生患儿的心理护理.....	50
27. 新无痛注射法的探讨.....	52
28. 强化急诊意识 提高急诊救护质量.....	53
29. “素高捷疗”静脉滴注的护理体会.....	55
30. 锥颅颅内血肿碎吸术护理体会.....	57
31. 心因性疼痛的心理护理.....	58
32. 53例散发性脑炎的脑电图与CT诊断对比分析.....	62
33. 心脏起搏埋藏术的配合及护理.....	64
34. 对患儿家属心理护理的体会.....	67
35. 子宫全切术后硬膜外注射吗啡镇痛的观察与护理.....	69
36. 内镜下十二指肠乳头括约肌切开术(EST)治疗胆道疾病....	73
37. 新生儿胸腹裂孔疝误诊的原因和防范.....	75
38. 内镜逆行胰胆管造影78例分析报告.....	77
39. 硬膜外腔注药治疗椎间盘脱出症.....	78
40. 脑恶性肿瘤术后介入性化疗的护理.....	80
41. 输母亲洗涤红细胞治疗新生儿RH溶血病1例.....	81
42. 用腰穿针经颅骨穿刺治疗新生儿硬脑膜下积血.....	82
43. 亚甲兰对纤维支气管镜检查的指示作用.....	83
44. 大肠息肉的诊治与随访.....	84
45. 消化性溃疡的流行病学特点——附14293例胃镜分析.....	84
46. 对1110例会阴切开缝合术抗感染治疗观察体会.....	85
47. 对380例生殖系统炎症用甲硝唑治疗观察.....	88
48. 蒂洛安在中期妊娠引产中的应用.....	89
49. 硫酸普拉酮钠用于妊娠晚期引产的疗效观察.....	93
50. 口腔颌面部损伤203例临床分析(摘要).....	95
51. ERCP 155例分析报告.....	96
52. 70例女阴尖锐湿疣临床分析.....	96
53. 复杂性气管痿1例治疗探讨.....	99
54. 巩固“二甲”达标成果, 促进医院建设发展.....	102

卡托普利治疗慢性难治性心力衰竭的临床观察

顺德市第一人民医院内二科 李世江

血管紧张素转换酶抑制剂—巯甲丙脯酸 (c p) 自1979年以来已广泛用于治疗充血性心力衰竭 (CHF)，作者近年用国产C P治疗慢性难治性CHF 36例，并随访12个月，现报道如下。
对象和方法：住院CHF病人36例（年令18-69岁，平均 32.5 ± 13.7 岁），男性16例，女性20例，发病时间9个月到12年（平均 36.4 ± 38.1 个月），最少住院3次，最多11次（平均7次）。心功能 (NYHA) I V级者26例，Ⅲ级者10例。其中风心病14例 (38.9%)，扩张型心肌病10例 (27.8%)，冠心病8例 (22.2%)，高心病4例 (11.1%)。上述病例均经常规抗心衰治疗无效或疗效或不明显者列入本观察对象。

方法：CP治疗前除洋地黄及利尿剂外停用其它血管扩张剂，CP剂量由 $6 \cdot 25 - 25 \text{mg}$ ，每天3次。住院治疗改善后出院继续服CP及地戈辛 ($0.125 - 0.25 \text{mg/日}$) 长期维持。此后每月随访1次并记载于随访病历上。

观察项目：(1) 临床心功能判断，(2) 血清谷丙转氨酶，总黄疸指数，血清BUN及Cr，血电解质 (钠、钾、氯化物及镁)，(3) 心电图及超声心动图，(4) X线胸片等检查。

结 果

心功能改变 (见表1)：从表1看治疗后第6个月心功能的总改变表1 CP治疗前后心功能的改变

心功能		I (%)	II (%)	III	IV (%)	死亡 (%)
治疗前		0	0	10(27.8)	26(72.2)	
治疗后	1月	0	28(77.8)	8(16.7)	2(5.5)	
	6月	0	28(77.8)	4(11.1)	2(8.5)	2(5.5)
	12月	0	26(72.3)	6(16.7)	2(5.5)	2(5.5)

善率可达到77.8%，直到12个月心功能Ⅱ级仍可达到72.3%。但是本组病例均需地戈辛长期维持量治疗，其中80%病例需间断口服利尿剂方能使心功能维持在Ⅱ级。12个月中院内死亡4例，占11.1%。

血压和心率的改变（见表2）：从表2看经CP治疗后收缩压、舒张压及心率均比治疗前有所降低和减少，但经统计学处均无显著意义（ $P > 0.10$ ）。

表2 CP治疗前后心率及血压改变

	治疗前	治 疗 后		
		1 个月	6 个月	12 个月
心率(次/分)	73.83±4.98	72.61±4.27	72.50±4.42	72.55±5.02
收缩压(KPA)	15.84±3.63	14.98±2.38	15.17±2.51	15.43±2.56
舒张压(KPA)	11.16±2.85	10.32±2.21	10.33±2.11	10.20±2.10

心电图：风心病14例中全部有心室肥厚，10例（71.4%）有慢性房颤，经CP治疗后均无改变；扩张型心肌病10例，慢性房颤8例（80%），左室肥厚8例（80%），经CP治疗后均无改变；冠心病及高心病共12例，全部有左室肥厚，CP治疗后均无改变，但其中频发室性早搏2例（16.7%）经加服CP治疗后早搏消失，经随访12个月除偶闻早搏外，心电图未再记录到室早。4例（33.3%）阵发性心房颤动者，随访一年后未再发作。

超声心动图：有完整治疗前后比较者12例舒张末期内径平均54.50±5.86，治疗后54.33±4.08，其均值比较无显著差异（ $P > 0.1$ ）但扩张型心肌病和冠心病4例，EPSS测定CP治疗后均比治疗前缩小（平均26.3降至24.2）。

胸部X线心胸比率：有CP治疗前后对照者22例，心胸比率无变化者6例（27.3%）；治疗后缩小者10例（45.5%），其均值与治疗前比较分别为 0.56 ± 0.04 与 0.55 ± 0.04 （ $t=1.67$ ， $p > 0.1$ ），两者并无显著差异。治疗后心胸比率增大者6例，治疗前后均值分别为0.58与0.62。

血液生化学检查：除BUN随访12个月其治疗前后均值分别为 9.9 ± 4.2 及 7.3 ± 1.6 （ $p < 0.02$ ）有显著改善外，其余肝功、肾功及电解质其治疗前后比较均无显著差别。

讨论

神经体液的激活是充血性心力衰竭的重代偿机制，它与肾素、血管紧张素及前列腺素系统密切相关。在慢性难治性CHF中，血浆肾素及血管紧张素增高，以致常规强心、利尿及一般血管扩张剂不能达到改善症状、纠正心衰的目的。CP治疗可减少血浆中血管紧张素Ⅱ82.8%，减少醛固酮81.2%。增加PGE₂53%，因此有力地扩张血管及利尿排钠，减轻心脏负荷。

本文36例慢性难治性CHF在洋地黄制剂治疗的基础上加用CP治疗，随访12月，有72.3%的CHF病人仍可维持ⅠⅠ级心功能，提示CP治疗的良好效应，并因此而使BUN得到明显降低，肾脏功能亦随之改善。

尽管有资料提出ACE抑制剂依那普利可以替代地戈辛治疗CHF，但是本文病例均是在地戈辛治疗的基础上加服CP，并且有80%的病例需间断口服利尿药，以达到协同排钠利尿的效应。故作者认为ACE抑制剂仍属于CHF的辅助治疗药物。

浅谈基层医院人工晶体植入术

手术治疗目前仍是白内障患者复明的主要手段。在我院手术设备仅具备显微镜及显微器械国产人工体甲基纤维素而没有角膜曲率计，玻璃体切割机，视网膜电流图，激光机，Healon等的条件下，作者在完成36例现代白内障囊外摘出联合人工晶体植入术

后谈谈几点体会：

一、一个成功的人工晶体植入手术与手术设备器械的关系：一个高质量的显微镜具备高水平的光学质量和分辨率，使术者在清晰的术野下操作这是很重要的。手术显微器械和高质量的针线，使我们可以得心应手进行精细的、准确的操作，从而使组织损伤少，并发症少达到最好的手术效果。粘弹性物质在手术过程中起到填充保护润滑作用，以提高手术质量和安全性。在显微手术的不断发展和完善，这种物质的重要性被更多人认识和承认。我们用的2%甲基纤维素注入前房形成泡沫多、影响术野、也不容易充填囊袋，但HEALON没有以上缺点。

二、一个成功的人工晶体植入手术与手术操作的关系：手术操作的熟练轻巧会使手术顺利地完。相反，不熟练的手术操作，术中往往增加手术器械进入前房，使眼内组织损伤增多，包括角膜内皮撕脱，前房出血，晶体后囊膜破裂，玻璃溢出，最后导致人工晶体不能植入。

在整个手术过程中，作者认为保留完整的后囊膜和人工晶体植入的技巧较为重要。我用的是开罐式截囊，截囊直径在5mm，在完成开罐式切开后以针头将每个小切开连通，这样可获整片游离前囊瓣，在清除皮质的过程中，一直保持吸管的开口向上，我喜欢左手注水，右手抽吸，有了完整的囊袋为人工晶体植入提供了最佳条件。操作按常规依次将晶体下棒，光学部上棒送入囊代内。

如在手术中出现意外，后囊膜破裂超过1/2玻璃体溢出，作者认为在没有玻璃体切割机的情况下，还是不植入人工晶体为宜。但如果后囊破裂只在上方1/3，那么用剪刀剪除前房玻璃体，上棒行上方巩膜缝线固定，作者也获2例成功。

三、精确测量人工晶体度数，必须根据角膜屈光度、前房深度、眼轴长度。但由于设备的不完善，我只根据患者原屈光状态，健眼屈光状态，结合“B”超测定的眼轴来选择人工晶体的度数。实践中，这度数还是可以的，有时只须增加或减少100-200D的度数便可达到最佳的视力。

颈动脉穿刺给复方丹参脑活素治疗脑萎缩 1 例报告

顺德市第一人民医院 房振春

脑萎缩在临床上治疗比较棘手，我们探索使用复方丹参和脑活素行颈动脉穿刺给药治疗一例局限性脑萎缩，取得初步疗效。

患者，男，28岁，因反复头痛、抽搐15年余入院，既往有“脑膜炎”病史，体查：左上肢、左下肢较右侧肢体分别短3 cm，5 cm，周径缩小，左侧肌力ⅠⅠⅠ级，活动协调性差，CT示“右顶额叶局限性脑萎缩”。按下列构思和方法给予治疗。

原理：通过复方丹参（国产），改善右脑血液循环，利用脑活素（奥地利产）营养调节脑细胞，改善脑功能。步骤：取头颈过伸位，常规消毒注射部位，三指固定颈总动脉，局麻，用一“9”号针头，20 ml注射器取生理盐水15 ml后穿刺颈总动脉，成功后、分别注入复方丹参注射液2~4 ml，脑活素5~10 ml，拔出针头，压迫穿刺点15分钟，术毕，本治疗每三天执行一次，五次为一疗程，共治疗二疗程，随访一年，头痛消失，左侧肢体肌力增至ⅠⅤ级，活动协调性、灵巧性较前好，无不良反应。

锥颅血肿穿刺引流治疗高龄脑出血 6 例报告

广东省顺德市第一人民医院 房振春

脑出血多见于50岁以上的高龄患者，起病急，由于动脉壁变性或破裂而导致大量血液渗入脑实质内，造成昏迷和瘫痪，是目前引起老年人死亡的主要原因之一。我们对6例高龄脑出血患者施行经皮锥颅穿刺插管血肿引流术，现报告如下：

临床资料：本组男性4例，女性2例，发病年龄52~72岁，平均年龄63岁，其中脑卒中4例，入院时均处于昏迷状态，脑外伤2例，1例昏迷，1例清醒。4例在脑卒中发病至手术时

间均在36小时内。1例脑外伤后4天，1例在伤后11天，1例脑卒中患者并发原发性肝癌。6例均行脑CT检查。4例脑卒中患者血肿位于右颞叶2例，出血量约50~90ml；右内囊破入脑室一例，内囊出血量约30ml；左额叶一例，出血量约60ml。2例脑外伤中，1例血肿位于额部硬膜外，出血量约40ml；1例位于右颞部硬膜下，出血量约50ml。6例均有不同程度占位效应。

治疗方法：病人于病房或CT室施行手术，根据CT片或CT扫描下确定穿刺点及深度。用1%利多卡因或2%普鲁卡因作穿刺点麻醉。用4mm直径并带深度控制器的锥颅器，徒手加压旋转锥入颅内，成功后，拔出锥颅器，然后用一自制金属管道固定穿刺点，以避免皮肤穿刺点与骨性穿刺点错位，用市售小儿一次性输液管截成长约20cm段，作导管用，前端剪两侧孔，用一相应的铁丝作导蕊，插入导管内，作一插入深度标志，沿金属管道将导管送入预定位置，拔出金属管道，拔出导蕊，此进如位置正确或多或少均有血性液流出，缝合固定引流管。用注射器抽吸，本组1例吸出达50ml，普遍可抽出20~40ml，保留引流管接负压引流器，治疗过程中本组分别使用过复方丹参、肝素、尿激酶等药注入导管内保留10~20分钟，作溶解血肿用，同时术后行CT扫描复查给脱水、抗感染、止血、神经调节等处理。导管保留时间以CT复查结果为定。

治疗效果：本组中经上述治疗后CT复查血肿消失，占位效应改善。2例脑外伤、2例脑卒中治愈出院，1例清醒后因肝癌致肝功能衰竭于住院三个月后死亡。1例血肿消失，清醒后拔管能下床活动。因行高压氧治疗期间突然死亡。

讨论：在脑出血急救处理中最关键是否能迅速、有效地减轻或减缓解脑血肿对脑组织的压迫。否则脑组织因受压时间过久，血肿毒性物质刺激发生不可逆转的变性、坏死，以及累及生命中枢导致病人死亡。尤其在高龄患者中因机体各重要器官的机能衰退，开颅手术，全身麻醉等，在一定程度上加重对病人的打击，我们认为在有CT等现代化影像设备的今天，锥颅血肿穿刺插管引流术有几个方面的优点：1、简单及时、快捷，最赢得抢救时间。2、脑组织损伤小，解剖生理干扰轻。3、手术后遗症和致残率低。4、可通过导管注药溶痂，持续引流。5、由于可以在病房施行手术，减少因搬动引起的并发症。6、减少全身麻醉引起

的并发症。但是对于经锥颅血肿引流效果不理想，病情加重者，或发病时间过久者，仍应考虑开颅手术。总之，我们认为经皮锥颅穿刺插管血肿引流术，可以作为高龄脑出血手术者的首选方法。

胸腔内囊性畸胎瘤一例

顺德市第一人民医院 张良 钱江

畸胎瘤在胸腔内的发生极为罕见，现将我院经手术、病理证实的一例报告如下：患者、男性，45岁。因间歇性发热，左侧胸痛，咳嗽一周入院。体检：左肺叩实，语颤减弱，呼吸音减低。化验检查：无明显异常。

X线检查：胸部正、侧位片见左肺中后部巨大囊状影，由第一肋间至后肋膈角区、大小约26×12×8cm。囊状无明显分叶及分隔征象，其壁有不规则钙化，心脏向右移位，**X线诊断：**左肺巨大囊肿或畸胎瘤。

CT检查：右胸腔内大块囊状低密度影，其内未见钙化，周边呈环状不规则高密度影。囊内CT值-4~6Hu，周边CT值205Hu。

手术所见：左胸内巨大囊肿包块26×11×28cm，壁外层除内侧壁外与胸膜壁层广泛粘连且囊壁钙化硬如骨。术中见左肺受压萎缩，肺底与囊壁广泛粘连，经抽出糊状液约800ml后分离囊壁取出该囊肿，左肺受压萎缩复张不良。病理诊断：（病理号13506）左胸腔皮样囊肿，囊壁钙化及骨化，并可见有上皮细胞及毛囊。

讨论：本例皮样囊肿（即囊性畸胎瘤）极罕见，其发生同样也是异常组织沿着发育中的支气管移行入胸腔内所致。畸胎瘤可分囊性与实质性两类，前者多为单房，内衬多层鳞状上皮细胞，囊壁可发生钙化。本例囊肿中心密度稍低，囊壁广泛钙化，虽然

囊内未见明显的牙齿及骨组织，从其X线片及CT片看到的上述征象，手术中囊肿能剥离，无需作肺叶切除，故应诊断为胸腔内囊性畸胎瘤，病理上也给予证实。

肩部血肿钙化6例报告

放射科 张嘉莉 肖惠根

肩部血肿钙化不多见，偶然见到，亦多被误诊为淋巴结钙化，虽然影响不大，但与病变实际不符，究属不妥，我院1946年遇见此证1例，近两年来又遇见5例，兹报告如下。

6例中男性2例，女性4例，年龄最大72岁，最小48岁，6例均因投照胸片时意外发现。追问病史，患者均有一段长期挑担史，逐渐出现肩部肿痛，又渐渐不知不觉地形成硬块。体查，肩部可触及肿块，质硬实，可移动，无压痛。

X线所见：血肿钙化影5例见于右肩，1例见于左肩（此例喜用左肩）。不论右肩或左肩，其钙化部位均位于锁骨外1/3上方软组织内，即担物时承受重力之处。位于左肩者其钙化影呈孤立类圆形团块状，密度甚高，大小约4 x 1.5 cm，外上缘呈波浪状，其余5例呈一堆不规则高密度钙化影，由米粒至花生米大，少者10余粒，多者30余粒。

血肿钙化宜与淋巴结或肌腱钙化相区别，前者多位于颈底部，后者位于肩关节周围，密度均没有血肿钙化那么高，不致混淆。

单颌骨内固定治疗下颌骨骨折的临床探讨

（附20例报告）（摘要）

本文报告采用切开、牵引复位，骨间结扎单颌内固定治疗下颌骨骨折20例。颏正中9例，颏孔区5例，下颌体部3例，下颌角部3例，其中多发性骨折5例，开放性骨折7例，粉碎性骨折11例。介绍了治疗方法及治疗结果并经半年随访无明显不适，功能恢复好。

本文分析了颌间固定方法的不良影响和后果，认为采用单颌骨间结扎固定治疗下颌骨骨折，尽早开口活动，避免了颌间固定的缺点，有效调动整体作用，增强患者体质和抗病能力，促进骨折愈合。同时早期活动，体现动静结合原则，有利于骨折的早期愈合和咀嚼功能恢复。本文着重讨论在下颌骨骨折内固定中保存骨膜及碎骨块的意义，强调治疗中不作颌间结扎的关键是正确复位及牢固的骨间结扎固定。并就咬合关系问题、感染问题和适用问题作探讨。作者认为单颌骨内固定有许多优点，是治疗下颌骨骨折较好的方法之一。

单颌骨内固定治疗下颌骨骨折的临床探讨

(附20例报告)

顺德市第一人民医院口腔科 张伟雄

下颌骨位于颌面部突出部位，由于其骨质结构特殊，容易发生骨折。下颌骨骨折选择适宜的治疗方法是十分必要的，它是防止颌面畸形，恢复咀嚼功能的重要前提。传统采用颌间牵引固定的方法治疗，该方法简便，咬合关系恢复满意，但由于术后问题较多，近年受注意并趋向减少使用。目前多主张采用单颌内、外固定治疗下颌骨骨折。作者自1988年以来采用切开、牵引复位，骨间结扎单颌内固定治疗20例下颌骨骨折，取得较满意效果，报道如下，旨在为临床治疗方法选择提供参考。

一、临床资料

本组 20 例下颌骨骨折病例中，男性 17 例，女性 3 例，年龄最小 19 岁，最大 40 岁，平均 25.9 岁。致伤原因：交通事故伤 15 例，工伤 4 例，打架斗殴伤 1 例。合并伤：上颌骨骨折 4 例，颅脑损伤 9 例，及软组织裂伤、胸部损伤、股骨骨折、鼻骨骨折等。骨折线部位：正中颏部 9 例，颏孔区 5 例，下颌体部 3 例，下颏角部 3 例，其中多发性骨折 5 例，开放性骨折 7 例，粉碎性骨折 11 例。以上均为无明显骨缺损的病例。

二、治疗的结果

1. 治疗方法：均采用口外切口。（1）术前暂做骨折复位，恢复咬合关系。错位不明显之单发骨折作单牙间结扎；错位明显及多发性骨折术前作颌间牵引复位或暂时颌结扎，再作骨内固定。（2）术中暴露骨折创面，清除骨折间隙嵌入的软组织，将骨折断端及碎骨块复位对合，在骨折两侧根据骨折情况各钻 1 - 2 孔使结扎方向与骨折线近似垂直交叉，以不锈钢丝贯通连同碎骨块作牢固结扎。（3）冲洗创口，骨创内放置青霉素、链霉素后分层缝合。拆除暂时颌间固定，下颌牙间结扎 3 周后拆除，术后视情况加用颌颌弹性绷带限制下颌骨运动及局部伤口加压。骨折早期避免咀嚼，三月内避咬硬物。

2. 治疗结果：本组 20 例均获一期愈合，无一例切口感染。并作术后一周、一月至三月 X 线摄片复查，骨折部位对位，愈合良好，咬牙关系正常，张口受限不明显，并经半年和一年走访，无明显不适，咀嚼功能及张口功能正常。

三、讨论：

（一）过去对下颌骨骨折的治疗一般主张采用颌间牵引固位的方法，固定 4 ~ 6 周。因为它有持续牵引力量，又可随时调整力的方向和大小，简便易操作，关系恢复满意，故应用相当普遍。但长时间的颌间固定，不但造成伤员进食困难，营养不良，身体抵抗力下降，从而影响骨折的愈合；同时由于闭口固定时间过久，限制了颞下颌关节运动与口腔功能的行使，造成咀嚼肌系统的损害，发生咬合功能障碍和不同程度的精神心理障碍。作者应用传统的颌间固定法治疗过几十例下颌骨骨折，发现这些伤员伤前均

为食量较大的青年人，临床见到部分伤员因忍受不住闭口固定带来的进食困难和难忍的饥饿感，而自行拆除固定，不能坚持治疗。另外长时间闭口固定后口腔自洁作用差，难于保持口腔卫生，常易引起口内伤口感染。营养缺乏，体质下降也容易发生全身合并症。作者曾诊治一例上、下颌骨联合骨折患者，颌间结扎后并发胆囊炎、肺炎、感染性休克，后经抢救而愈。有鉴于此，我们对20例下颌骨骨折患者的治疗采用复位后骨间结扎固定，而不作颌间固定的方法，尽早开口活动，避免了颌间固定的缺点，得到了患者的配合，从而增强患者的体质和抗病能力，促进骨折愈合。

同时下颌骨术后早期在有限范围活动可促进骨折断端新血管床的建立和成骨细胞生长，防止骨折端废用性脱钙和肌肉废用性萎缩，体现动静结合的原则，有利于骨折的早期愈合及咀嚼功能的恢复。

(二) 据研究资料表明，下颌骨骨膜较厚，骨膜内层的成纤维细胞、成骨细胞较活跃；下颌骨骨膜，骨小梁的胶原纤维、成骨细胞、骨细胞等成份多，排列密集。这些特点对下颌骨骨折后修复、再生都极为重要，也与下颌骨骨折愈合能够较早解除固定，恢复生理功能有关。所以对下颌骨骨折行切开复位内固定时要注意保存骨膜及骨折碎块，为骨组织的修复和愈合创造必备的条件。

在下颌骨骨折治疗中不作颌间结扎，成功的关键是骨折的正确复位和牢固的骨间结扎固定。因此在术前做好骨折复位，术中注意检查复位情况，清除可能嵌入骨折间隙的软组织是必要的；内固定钻孔时尽可能使钢丝结扎方向与骨折线近似垂直交叉以对抗骨折片移位，采用三点分布的三角形平面固位或四点分布的平面固位，并临时结扎牙间辅助，从而增加结扎固定的稳固性。本组病例临床观察表明，骨内固定稳固，骨折愈合良好。

(三) 有关问题：1、咬合关系的恢复是骨折复位固定成功的标志。由于下颌骨骨折时常有升颌肌群和降颌肌群的强大牵引，骨折片移位严重，准确复位较困难，为此需借助颌间牵引复位及必要时辅以暂时颌间结扎，使骨间钻孔结扎时咬合关系保持在正

确位置上。同时术后要密切观察咬肌情况，必要时调颌，务求使咬肌关系始终保持在正确位置。2、感染问题：感染是影响内固定术成功的因素之一。采用切开内固定治疗下颌骨骨折一般不会增加感染机会，本组20例术后均获一期愈合，无一例切口感染。作者认为严格消毒，彻底清创，关闭口腔创口，骨创应用抗生素及术后应用广谱抗生素，均能减少感染的发生。3、适用问题：作者认为，对下颌骨正中颏部、颏孔区、下颌体及下颌角部各种简单及复杂性骨折采用本法骨间结扎单颌内固定治疗均能获得较满意效果。而对单纯性髁突颈部骨折、严重粉碎性骨折和有明显骨缺者则不宜采用本法。另外，本法需增加患者切开手术的痛苦，故要根据患者要求而决定采用。本组病例临床观察表明，单颌骨内固定术有较多优点，符合动静结合，形态和功能统一的原则，是治疗下颌骨骨折较好的方法之一。

头孢拉定与速尿、氨茶碱的配伍实验

广东顺德市第一人民医院药剂科（528300） 曾颖

头孢拉定又名先锋霉素V1，是一种广谱抗生素。临床应用时常与一些药物配伍在输液中静滴，曾有报道头孢拉定与VITc、地塞米松、止血敏、10%氯化钾的配伍实验、尚未有与速尿、氨茶碱的配伍报道，由于在临床上也常用，为了进一步落实是否有配伍禁忌，故进行如下实验。

一、仪器与试药

UV-160双光束紫外扫描仪（日本岛津）；PHs-2型酸度计（上海雷磁仪器厂）；头孢拉定0.5g含精氨酸（广州制药厂，批号940503）；速尿注射液20mg×2ml（广东江门制药厂，批号940101）；氨茶碱注射液500mg×2ml（湖南制药厂，批号920713）；5%葡萄糖注射液500ML（本院产批号9402005），0.1mol/L HCl液，分析纯

(自己配制) ; 0.1mol NaOH 液, 分析纯 (自己配制)

二、实验方法:

1、配制: 1号液为单纯的头孢拉定, 浓度为 20mg/ml ; 2号液为头孢拉定, 浓度为 20ug/ml 和 3.2ug/ml 速尿; 3号液为头孢拉定 20ug/ml 和 2ug/ml 氨茶碱, 均为临床使用近似浓度。

2、配伍结果

2.1 将1号液、2号液和3号液各放置0、1、2、3小时, 肉眼观察均为无色澄明, PH测定结果见下表。

PH测定结果

PH测定结果

时间 (h)	0	1	2	3
PH值				
配伍液				
1号液	8.32	8.30	8.31	8.31
2号液	8.22	8.26	8.42	8.42
3号液	8.45	8.42	8.42	8.30

2.2紫外分光光度法测定头孢拉定在 257NM , 处测定分别测得1号液, 2号液, 3号液中的结果如下:

在 257NM 处紫外吸收值