痛点阻滞结合针刺治疗膝关节内侧副韧带损伤

李阳 李慕期

(浙江省湖州市中医院 湖州 313000)

关键词: 膝关节内侧副韧带损伤; 针刺疗法; 痛点阻滞

中图分类号: R 246.2

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2007)06-0051-01

膝关节内侧副韧带损伤是临床常见疾病, 其发生率较高, 主要由于外伤、运动不当或长期行走导致患肢功能严重障碍。我院自 2004 年以来对 126 例膝关节内侧副韧带损伤患者进行痛点阻滞结合针刺的方法治疗。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 126 例患者: 男 72 例, 女 54 例, 年龄 27~79 岁, 病程 2 周~6 个月。随机分为治疗组和对照组, 每组各 63 例。

1.2 诊断要点 临床体征为膝关节内侧压痛, 压痛点多在关节间隙偏下部, 被动屈伸时疼痛加重, 膝关节内侧副韧带牵拉试验阳性, 关节无明显松动, 抽屉试验阴性, 浮髌试验阴性。X 线显示关节无异常, 年长者可见关节退变。

1.3 治疗方法

1.3.1 治疗组 为痛点阻滞结合针刺: 先用 0.3mm×20mm 普通毫针在阿是穴、阴陵泉、曲泉等处取穴, 当患者有酸胀感后留针 30min, 隔日 1 次, 共 6 次。取针后再予 2%利多卡因 1mL 和确安奈德 20mg 混和液由压痛点明显处注入, 每周 1 次, 共 2 次。

1.3.2 对照组 为单纯痛点阻滞: 即在膝关节内侧找准压痛明显处, 予 2%利多卡因 1mL 和确安奈德 20mg 混和液由压痛点注入, 每周 1 次, 共 2 次。

1.4 疗效评定 痊愈: 膝关节活动正常, 压痛点疼痛消失; 有效: 膝关节疼痛减轻, 压痛减轻, 功能活动改善; 无效: 症状体征改善不明显。

1.5 结果 见表 1。治疗组与对照组痊愈率分别为 90.5% 和 63.5%, 经统计学处理, $P < 0.05$, 2 组有显著差异, 表明治疗组疗效明显优于对照组。

表 1 2 组疗效比较 例 (%)

组别	n	痊愈	有效	无效
治疗组	63	57 (90.5)	6 (9.5)	0
对照组	63	40 (63.5)	22 (34.9)	1 (1.6)

2 讨论

膝关节内侧副韧带是控制胫骨在股骨下方略外旋位, 当它在过度旋转特别是伴随外翻应力时出现肌腱、韧带受损或受牵拉从而使局部代谢产物增加, 而血流相对减少, 以致肌肉代谢产物不能排出, 刺激局部痛觉感受器产生疼痛, 影响膝关节功能, 尤其是膝关节主动、被动运动时不能伸直或屈曲。

痛点阻滞是采用局部麻醉药和激素药等对局部痛点进行阻滞, 以减轻或消除疼痛的作用, 它对神经具有镇痛作用, 对周围组织有消炎、消肿、解痉止痛、松弛肌肉作用^[1]。

针刺穴位引发的脑功能活动能不同范围地兴奋或抑制脑内痛觉调制通路上的某些区域, 产生血液动力学和代谢变化, 通过有功能联系的多个脑功能区所形成的一个复杂的流动性的网络相互作用而实现镇痛作用^[2]。另外, 针刺治疗具有整体性和双向性调节的特点, 既可降低末梢神经的兴奋性, 又可抑制血管通透性升高, 对慢性无菌性炎症有防止粘连、消肿止痛、改善局部循环、促进新陈代谢及炎症吸收、促进组织修复的作用, 有利于膝关节功能恢复, 减少后遗症发生。故近年来我院通过采用痛点阻滞与针刺二者结合治疗, 对膝关节内侧副韧带损伤已取得较好疗效。

参考文献

- [1] 倪家骧, 樊碧发, 薛富善. 临床疼痛治疗技术[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2003.4
- [2] 曾燕, 梁勋厂. 从脑功能成像看针刺作用的中枢机制[J]. 中国针灸, 2004, 24(2): 143~146

(收稿日期: 2007-04-27)

消痔灵注射内痔 242 例疗效观察

罗叔钗 王瑞产

(浙江省三门市中医院 三门 317100)

关键词: 内痔; 注射; 消痔灵

中图分类号: R 657.18

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2007)06-0051-02

痔疮为肛肠科最常见的疾病, 痔的原因目前尚未完全明确, 治疗方法也有多种, 其中内痔的治疗宜重在减轻或消除其主要症状, 而非痔根治术, 因此, 解除痔的症状较痔的大小变化更有意义, 并被视作治疗效果的标准^[1]。本院自 2000 年 3 月~2005 年 6 月用消痔灵注射液行内痔注射 242 例, 并对其中 175 例进行了随访, 近远期疗效均取得了较满意的效

果。我们认为对于以出血症状为主的 I、II 期内痔和部分 III 期内痔, 以及伴有严重贫血、高血压、心脏病、肺结核等不能耐受手术治疗, 或惧怕手术的患者, 注射治疗是一种有效方法。该方法操作简单, 安全有效, 无明显痛苦, 不需住院, 费用低廉, 乐为患者接受, 在基层及乡村医院也容易推广。现报告如下:

改良外剥内扎术治疗混合痔

沈建法

(浙江省桐乡市中医医院 桐乡 314500)

关键词:混合痔;外剥内扎术;硬化剂注射

中图分类号:R 657.17

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)06-0052-02

为提高混合痔的手术疗效,保持肛门的自然解剖状态及肛门肛管功能,减少术中术后出血及术后水肿疼痛、肛门狭窄、尿滞留、术后瘢痕形成的可能性,缩短创面愈合时间,我院自 2001 年 6 月~2005 年 8 月采用改良的外剥内扎术治疗混合痔 80 例,疗效满意。现介绍如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组病例 242 例,男性 148 例,女性 94 例;年龄 19~81 岁;病程 2 个月~30 年。临床诊断 I 期内痔 140 例,II 期内痔 80 例,III 期内痔 22 例;其中合并严重贫血 29 例、高血压者 24 例,拒绝手术者 18 例。

1.2 诊断标准^[1] I 期内痔:只在排便时出血,痔块不脱出于肛门外。II 期内痔:排便痔块脱出于肛门外,排便后能自行回纳。III 期内痔:痔块脱出于肛门外需用手辅助才可回纳。IV 期内痔:痔块长期在肛门外,不能回纳或回纳后又立即脱出。

2 治疗方法

2.1 药物配剂 消痔灵:2%利多卡因:注射用水 =2:1:1。

2.2 注射过程 本组病例均采用 1 次注射治疗痔核。病人取左侧卧位,不需麻醉。插入喇叭口肛门镜,用 0.5%PVP 棉球消毒暴露好的痔区黏膜,在内痔上方 0.5cm 处用 6 号长针刺至黏膜下层(进针约 0.5cm),此时摆动针尖活动应无障碍,回抽无血后注入药液至痔核充盈、表面血管清晰(呈金鱼眼状态),每个痔核一般注射 2~4mL,注毕,抽出针头用干棉球压迫 2~3min,避免出血和药液外溢。其他痔核可继续上述方法注射,注射母痔一般顺序:左侧、右前、右后。注毕塞入太宁栓(复方角菜酸酯栓)1 枚。注射后仍有症状者,隔 1 周可重复注射治疗。如果痔块较多,也可分 2~3 次注射。

2.3 注射后处理 (1)注射后卧床留观 30min,无出血即可回家。24h 内避免剧烈活动和重体力劳动。(2)术后服头孢拉定、甲硝唑 3~5d。(3)禁烟酒及辛辣食物,保持大便通畅。嘱患者 24~36h 不解大便,第 2 天复诊,肛门镜下观察无出血坏死即告成功。以后每于便后塞太宁栓 1 枚,连续 1 周。若有表浅出血坏死者,则按术后换药处理。(4)注射后若有轻重不一的肛门坠胀和便意,为正常现象,有些注射后数日内可有少量便血和黏液,但可随着痔核硬化、萎缩而消失,一般无需处理。

2.4 注意事项 (1)向患者详细说明治疗的必要性,要患者知情同意并签字。(2)治疗前解便 1 次,便秘患者停用通便药。(3)常规行肛检,检查血常规,必要时行 PT、APTT 检查。(4)严格消毒操作,注药勿过深或过浅。(5)注射前位内痔时药量不宜过多,否则有尿道刺激症状,尤其是老年人。(6)严格掌握注射适应证,对血栓性外痔、炎性外痔及有发热腹泻、肛周炎症者禁用。

3 疗效观察

3.1 疗效标准 痊愈:症状消失,痔核萎缩;好转:症状减轻,

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 80 例,男 61 例,女 19 例;年龄 28~71 岁,平均 49.1 岁;病程 2~40 年,平均 6 年;混合痔 1~2 个痔核者 39 例,3 个及以上者 31 例,环形混合痔者 10 例。

1.2 治疗方法 术前当天清晨清洁灌肠,排空大便,除单个痔明显缩小;无效:症状及痔的形态无变化。

3.2 近期疗效 本组病例一次注射后症状消失,肛肠检痔核消失 172 例,一次治愈率 71.07%;注射后症状减轻,肛肠检痔核有明显缩小,经 1 周后重复治疗症状消失,肛肠检痔核消失 53 例,二次注射治愈率 21.90%;17 例经注射后症状及痔核与治疗前变化不大,仅出血量减少,治疗无效占 7.02%。近期疗效达到 92.98%。

3.3 远期疗效 本组病例有 175 例进行 2 年以上随访复查,原注射部位未见复发为远期治愈,随访率 72.31%。

4 讨论

内痔注射法已有百年历史,是目前治疗 I、II 期内痔的常用方法,它对初期小型内痔,有萎缩痊愈的功能,对于 III 期较大的内痔,除能起到止血作用外,还能使痔核缩小,减轻患者痛苦。该方法操作简单,安全有效,无明显痛苦,不需住院,费用低廉,乐为患者接受,在基层及乡村医院也容易推广。

内痔注射是将药液注入痔核黏膜层,引起轻度化学性炎症反应,使结缔组织增生,阻塞曲张痔静脉,使痔核硬化萎缩或坏死脱落,达到治愈目的。用于内痔的药物很多,根据药物对痔组织产生的不同作用,通常可分为坏死剂和硬化剂,但坏死剂常发生广泛组织坏死、感染,引起大出血,目前基本不用。消痔灵注射液的主要组成是中药五倍子和明矾,是一种硬化剂,痔核被注射后并不是枯死脱落,而是硬化、萎缩、消失,因此注射后出血和感染等并发症是很少的。五倍子其性酸而收涩,主要成分是鞣酸,有明显的收敛、抗渗出、抑菌作用。明矾收敛涩肠,其主要成分是硫酸钾铝,在水溶液中铝离子对注射局部有较强的抗炎作用,并可形成异物胶原纤维化,这种纤维化组织可包绕痔内的静脉及小动脉,使血管腔变细、闭塞,消除、减轻痔静脉的扩张和充血,使痔体发生萎缩,而且由于纤维化形成可以使已松弛的黏膜、黏膜下层与直肠壁肌层起到粘连固定作用,增强痔组织的支持和固定作用,从而清除痔核的脱出症状。另外,消痔灵注射可使痔组织血流减少,并不是阻断痔组织的血流,其纤维化的完成也是在痔组织有血供的前提下,因此,在治疗过程中,痔组织内的血流始终存在,这与坏死疗法不同^[2]。

参考文献

[1]吴在德.外科学[M].第 5 版.北京:人民卫生出版社,2000. 567
[2]陆金根.痔病百问[M].上海:上海科学技术出版社,1996. 42~45

(收稿日期:2007-06-15)