

用 20~25W 输出功率,用脚踏控制时间,进行多次点灼,将息肉蒂部汽化或白色凝固,让息肉缺血坏死,日后自行脱落。1~2 周后内镜复查。

1.3.2 肿瘤组 (10 例) 早期食管癌在进镜找到病灶后,先用生理盐水冲洗病灶,再用碘液染色,以显示病灶范围,然后经内镜活检孔插入射频治疗探头,瞄准病灶,距病灶外 1~1.5cm 处,点灼 1 周,标记拟切除范围,选用射频功率 25W,将病灶烧灼呈白色凝固变性为止,病灶中心加强点灼。治疗后半月,内镜复查病理及重复上述方法加强治疗。晚期食管癌 1 例形成环形狭窄,不能进食;中晚期胃癌 7 例,病灶呈结节状隆起,致胃腔狭小,进食后呕吐。镜下治疗采用射频加局部化疗,先将导线对准肿瘤的顶部及基底侧部分次点灼,使肿瘤组织凝固或炭化,使肿瘤阻塞狭窄的腔开放,病灶呈现白色时退出,而后插入注射针,在肿瘤基底部分及四周注入 5- 氟尿嘧啶 500mg 加丝裂霉素 4mg、顺铂 100mg、生理盐水 10mL,每 1~2 周 1 次,3~5 次为 1 个疗程。

2 结果

治疗过程中患者均无显著疼痛感,治疗后见隆起性病灶发白、凝固、完全变平或基本变平,肿瘤阻塞狭窄的腔开放。术后常规给予抑酸制剂治疗 7~10d,51 例患者无 1 例出血或穿孔。

2.1 疗效 息肉组有 28 例患者 1 个月后复查,其中 22 例息肉全部消失,3 例病灶处疤痕形成,1 例有浅溃疡,继续治疗 20d 后红疤形成;2 例胃息肉较大、蒂粗 >2cm,经两次射频灼除。肿瘤组早期食管癌 2 例,经第 1 次治疗后复查病理均未发现异型细胞,晚期食管癌 1 例,吞咽困难症状消失;中晚期胃癌 7 例,进食后呕吐症状缓解。

2.2 不良反应 所有病例均完成全部治疗,均未见明显不良

反应,未发生消化道出血及穿孔并发症。其中有 2 例在治疗当日出现轻度上腹部不适、疼痛,数日后症状自行消失。

3 讨论

上消化道息肉和肿瘤的非手术治疗多在内镜下进行,可采用活检钳钳夹摘除、高频电凝电切、激光、微波以及射频治疗等,而射频更安全有效。射频本质上是特定范围内的电磁波,当射频电流经人体组织时,因电阻损耗而转化为热能,使病变部位升温,细胞内外水分蒸发、干燥、固缩以致无菌性坏死,从而达到治疗目的。其工作时电能几乎全集中于电极头附近,而导线不发热,不损伤内镜,治疗界面深浅适度,对神经肌肉无兴奋刺激作用^[2]。射频通过产生热能,对肿瘤组织有变性、坏死及汽化作用,还使肿瘤组织释放出变性肿瘤蛋白,刺激机体免疫系统提高免疫功能,对残留、转移癌细胞起到抑制作用。射频治疗适宜拒绝手术或有其他手术禁忌证的早期癌症、高龄患者,对中晚期食管贲门癌可扩大管腔,同时射频热疗后再局部注射抗癌药物易进入组织内,与全身化疗比较,疗效佳,且副反应小,患者易于接受^[3]。本研究表明,在熟悉掌握内镜下射频治疗息肉及肿瘤的操作技术前提下,利用内镜射频灼除消化道息肉及肿瘤不失为一种经济、安全、有效的治疗手段。

参考文献

[1]刘厚钰,姚礼庆.现代内科学[M].上海:复旦大学出版社,2001, 159-171
[2]陈灏珠.心导管消融治疗[C].见叶任高.内科学[M].第 5 版.北京:人民卫生出版社,2000.240-241
[3]陈晓辉,赵世泉,李淑君.内镜下射频联合记忆合金支架治疗食管贲门重度癌性狭窄效果观察 [J]. 中华消化内镜杂志,2001,18(6): 342-343

(收稿日期: 2008-03-28)

穴位注射治疗急性腰扭伤 28 例报道

孙旭 薛艳茹

(陕西中医学院 2007 级硕士研究生 咸阳 712046)

关键词: 穴位注射;急性腰扭伤;双侧委中穴

中图分类号: R 681.57

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2008)05-0033-01

急性腰扭伤为一种常见病,多由姿势不正、用力过猛、超限活动及外力碰撞等,引起软组织受损所致。本病发生突然,有明显的腰部扭伤史,严重者在受伤当时腰部有撕裂感和响声,伤后立即出现腰部疼痛,呈持续性剧痛,次日可因局部出血、肿胀,腰痛更为严重;也有的只是轻微扭转一下腰部,当时并无明显痛感,但休息后次日感到腰部疼痛、腰部活动受限,不能挺直,俯、仰、扭转感困难,咳嗽、喷嚏、大小便时疼痛加剧,站立时往往用手扶住腰部,坐位时用双手撑于椅子,以减轻疼痛。笔者应用活血祛瘀药穴位注射治疗 28 例急性腰扭伤患者,取得理想效果。兹介绍如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 28 例患者均来自门诊,男 18 例,女 10 例,年龄 17~63 岁,以中年男性居多。均经 CT 及 X 线检查排除腰椎间盘突出症、骨质增生及肾实质性病变所引起。

1.2 治疗方法 患者取俯卧位,术者以手掌轻抚患处并嘱放

松腰部肌肉,然后点按膈窝处委中穴,可引起强烈的酸麻胀重感,并可向脚尖放射,在此压痛点用指甲作“十”字压痕标记。用 5mL 一次性注射器取川芎嗪注射液 1mL、地塞米松注射液 5mg、654-2 注射液 1mL,三药混合接 5# 针头,常规消毒后,以左手轻推穴位周围皮肤,使之绷紧,右手持针垂直快速刺入,旋转得气后,回抽无血。每穴位注入 1.5mL,注射同时嘱患者慢慢活动腰部,出针后按压针孔,适当按摩以促进药物吸收。治疗结束后,让患者站立,作腰部轻微环转运动,有助于腰部肌肉、韧带、关节等更进一步放松。嘱卧板床,1 周内限制腰部运动。隔日治疗 1 次,对复发者嘱其服用六味地黄丸或金贵肾气丸巩固疗效。

1.3 结果 28 例中治愈 26 例,治愈率 92.86%。

3 讨论

急性腰扭伤多为用力过猛或姿势不当所造成,患者突感腰部剧痛,不能活动,甚至不能大声说话。其(下转第 47 页)

出型和非露出型)、混合型(肿瘤溃疡型和溃疡肿瘤型)、溃疡型和息肉型 4 类,60%的壶腹部恶性肿瘤为肿瘤型,露出型肿瘤及溃疡型肿瘤的诊断多无困难,但早期癌可局限在胆胰管壶腹,乳头黏膜正常,这就给早期诊断带来了困难^[9]。而且,壶腹部的恶性肿瘤临床表现出现较晚,多在肿瘤发展到一定程度后才表现出来,而且临床表现多样,首发症状多以梗阻性黄疸为主,表现为皮肤巩膜黄染、皮肤瘙痒等,胆红素升高,且以直接胆红素升高为主,部分患者出现肝功能损害,转氨酶升高,白蛋白降低等。由于癌肿的破溃或脱落,胆道出口暂时通畅,所以可出现黄疸情况的波动,本组研究中有 1 例患者出现波动。除黄疸以外,患者还可以有上腹胀痛不适、乏力消瘦、黑便、贫血及上消化道梗阻等表现。由于临床表现的多变,我们在碰到类似病人的时候,需提高警惕,及早进行下一步的检查。近年来,血清学标志物等检查应用广泛,但 CT 影像学检查仍起着无法取代的重要作用。

CT 对恶性梗阻性黄疸的诊断和手术方式的选择有较高的价值,CT 能发现:(1)肝内胆管扩张或肝内部分胆管扩张;(2)胆树突中断;(3)中断部位占位性病变;(4)增强扫描时占位病变处出现不同程度强化。CT 对胆胰管十二指肠连接区肿瘤的显示与 CT 机器性能和扫描技术密切相关。曾蒙苏^[9]等报道采用螺旋 CT 双期(动脉期和门脉期)薄层扫描可以显示胆总管癌病灶的特征性表现。CT 对壶腹部肿瘤的显示有赖于充分的胃肠道准备和薄层扫描技术,在十二指肠内水充盈满意的情况下,薄层扫描可显示十二指肠乳头软组织充盈缺损,动脉期有一定强化。

CT 对于腹腔内实质性脏器的病变检出率较高,是临床应用较多的影像学手段。有人认为,CT 在对壶腹部肿瘤的诊断准确性上优于 PET 和 MRI,主张对于壶腹部肿瘤的患者,最初宜选择用 CT 检查^[9]。如本组研究中,100%的病人选择了 CT 检查,而其中,几乎所有壶腹部恶性肿瘤的病人(93.33%) 在 CT 上有肝内外胆管扩张、胰管扩张、胆总管结石等相关表现,还有很大一部分病人(81.67%)在 CT 上即提示有壶腹部占位。

来源于壶腹部的恶性肿瘤与壶腹部周围癌如胰腺癌、胆管癌往往不易区别,而 CT 在分辨胰腺癌、胆管癌及壶腹部癌上也有一定的鉴别意义。壶腹部癌起源于十二指肠内段壶腹部的胆总管上皮,易向胆总管下端生长,CT 显示胰头下方层面的十二指肠降段内侧壁有局限性不规则充盈缺损,这是诊断壶腹部癌的可信征象,发现十二指肠降段内缘肠壁增厚并与胰头粘连融合一起的要高度怀疑本病,胆总管扩张、胆囊(上接第 33 页)病理多为腰大肌、腰方肌纤维撕裂、痉挛、淤血肿胀。太阳膀胱经循腰部过臀部进入腠窝(委中穴),根据“经脉所过,主治所及”、“腰背委中求”的原则,穴位注射委中穴可激发经气。川芎嗪为中药川芎的提取物,作为一种新型的钙离子拮抗剂已广泛应用于临床,可活血、化瘀、止疼。地塞米松为糖皮质激素,直接用于神经干及其周围组织可减少渗出,抑制炎症和松解粘连,消炎止痛。654-2 不仅可以解除血管平滑肌痉挛,而且对全身平滑肌也有解痉作用,并且有改善组织灌流、营养肌肉神经的作用。将三种药物混合在一

增大、肝内胆管扩张也是本病的间接征象。而胰腺癌的特征之一是胰头钩突部组织肿块。由于胰腺癌属于少血管肿瘤,增强扫描时正常胰腺组织强化明显而肿瘤组织强化不明显,CT 上表现为胰头低密度肿块。特征之二是,胰腺癌常围管腔生长,易侵犯血管、胆管、胰管等管壁和管腔,侵犯周围血管时,早期使钩突部与肠系膜动、静脉之间的脂肪组织 CT 值明显高于其他部位的正常组织(如肠系膜脂肪),晚期则被血管包绕,形态不规则、不显影,侵犯胰腺和胆总管时则引起胰管和胆总管不同程度的狭窄和扩张。而胆管癌是起源于胆管上皮的恶性肿瘤,临床以肝门型多见,胰腺段胆管癌次之,早期肿瘤浸润胆管壁,导致管腔不规则狭窄,管壁局限性僵硬,或呈息肉乳头状突入管腔,CT 显示胰头段胆总管不规则狭窄或突入管腔内的乳头状结节影,狭窄上段胆总管扩张,但一般不造成胰管扩张,这一点有助于胰腺癌和壶腹部癌的鉴别诊断。而且对于存在其他脏器转移的壶腹部癌,CT 检查一目了然,有着其独有的优势。但是 CT 对于壶腹部恶性肿瘤的诊断,也需依赖肿瘤的大小,早期肿瘤不易被发现。而且 CT 也只能给予影像学印象,无法进行组织活检,不能给予病理确诊,诊断过程需要结合临床及其他诊断方法。

从本次研究的结果我们可以看出,壶腹部恶性肿瘤的 CT 诊断具有较大的临床价值。由于其临床特征多变且出现较晚,作为临床医生,对于该类疾病的高发人群,需提高警惕,早期进行进一步的检查,多种影像学方法相结合,辅以血清学标记物、生化全套等血液检查,努力做到尽早诊断,争取手术时间和机会,改善病人的预后,提高生存率。

参考文献

- [1]Chen CH,Teng LJ,Yang CC,et al.The accuracy of endoscopic ultrasound, endoscopic retrograde cholangiopancreatography, computed tomography, and transabdominal ultrasound in the detection and staging of primary ampullary tumors [J]. Hepatogastroenterology, 2001, 48(42): 1 750-1 753
- [2]唐伟东,沈洪薰,陈钟,等.胰头及壶腹周围肿块 274 例诊断分析[J]. 肝胆胰外科杂志,2005,17(4): 296-297
- [3]Arlyama.Detection and prognosis of small pancreatic ductal adenocarcinoma [J].Nippon Keke Gakkai Zasshi,1997,98 (7): 572-576
- [4]张延龄.壶腹部肿瘤诊治现状[J].肝胆胰外科杂志,2002,10(3): 161-163
- [5]曾蒙苏,严福华.乳头型壶腹螺旋 CT 双期增强的表现[J].中华放射学杂志,2001,35(4): 267-269
- [6]姜战武,童赛雄.梗阻性黄疸几种影像学诊断疗法的评价[J].中国普通外科杂志,2003,12(8): 607

(收稿日期: 2008-03-07)

起治疗急性腰扭伤可加速止痛和促进功能恢复。穴位注射起到疏通经络、行气活血、镇痛解痉的作用,使得气血流通,营卫复常,疼痛缓解,症状消失。

穴位注射治疗急性腰扭伤是传统针刺手法和直接用药于局部两种方法相结合,较单纯针刺和单纯内服药物显效快。本方法既发挥了针刺穴位的作用,又使活血药物直接对病所发挥效应,促使经络疏通,同时节约了药物用量,提高了针刺效果。该方法操作简便,副作用少,见效快,病人易于接受,值得推广。

(收稿日期: 2008-05-08)