

小针刀治疗第三腰椎横突综合征 92 例

胡茂员

(浙江省上虞市汤浦镇社区卫生服务中心 上虞 312364)

关键词:第三腰椎横突综合征;小针刀疗法;中医药疗法

中图分类号:R 681.53

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2008)05-0064-02

第三腰椎横突综合征是以腰椎单侧或双侧局限性酸胀疼痛,并在第三腰椎横突尖部有固定压痛点为特征的骨伤科疾病,该病好发于从事体力劳动的年轻人,是基层医院常见的多发病。小针刀是用特殊刀具在病变局部及附近进行手术操作,通过松解病变部位及相关组织,从而达到减轻或消除疼痛、恢复腰部功能活动的治疗方法。本人在 2002 年 3 月~2007 年 12 月期间,运用小针刀治疗第三腰椎横突综合征,取得了较好的疗效。现报告如下:

1 临床资料

92 例患者系 2002 年 3 月~2007 年 12 月在本医院门诊求诊的病人,其中男性 72 例,女性 20 例;年龄最大者 68 岁,最小者 18 岁;双侧横突疼痛者 12 例,单侧疼痛者 80 例;病程最长者 6 月有余,最短者 3d。接受本次观察的病例病情比较位大多在手指掌侧面,其中食指 4 例,中指 2 例,无名指 1 例,均为左手。

1.2 手术方法

1.2.1 外科解剖 指背筋膜脂肪瓣以指动脉的指背支为血供。除拇指外,指掌侧固有动脉在近节指骨和中节指内的中段分别发出一支向指背侧的指背支血管,在近节指骨远端指骨颈水平的近侧指掌弓动脉和中节指骨远端的远侧指掌弓动脉上,也各发出一支向背侧的指背支血管。这四支指背支血管恒定存在,管径较大,在真皮深层和伸肌腱膜层浅面之间,与对侧指动脉的指背支相吻合,构成丰富的皮下血管网,营养指背的皮肤^[1-4]。

1.2.2 操作方法 手术在指根部行指神经阻滞麻醉并应用较细的止血带止血。彻底清创,根据损伤范围及部位选定桡侧或尺侧的指动脉背支供养血管蒂,在指背部标记皮肤瓣掀起的切线和掀起筋膜脂肪瓣的切线。切开皮肤后,在真皮层深面掀起皮肤瓣,在筋膜脂肪瓣两端的切线处仔细分离、结扎指背静脉和指背神经,然后相反于皮肤瓣的方向在伸肌腱膜的浅面游离掀起整个筋膜脂肪瓣。在向蒂部解剖掀起皮瓣时,注意不要损伤指背支血管,筋膜脂肪瓣游离到足以覆盖创面时为止。最后将指背皮肤瓣原位缝回,筋膜脂肪瓣翻转后,间断缝合覆盖在创面并在其裸面植断层皮片,最后加压包扎。

1.3 结果 本组 7 例患者,行指背筋膜脂肪翻转上修复术后,皮瓣均成活,外形理想,医患均满意。

1.4 典型病例 男,25 岁。左手示指被砸伤,中节掌侧软组织缺损,屈指肌腱鞘裸露,部分屈指肌腱暴露,屈指活动受限,创面为 2.4cm× 1.8cm。在指根阻滞麻醉下,清创后行指背筋膜脂肪翻转皮瓣修复指腹缺损,术后 2 周拆除缝线,皮瓣全部成活。术后随访 1 个月,外形及功能较理想,患者满意。

2 讨论

指背筋膜脂肪瓣大多用于修复指背或指端的软组织缺

单纯,无腰突症、腰椎管狭窄、腰椎滑移和腰椎小关节紊乱等骨科疾病,无高血压、心脏病史并排除肾脏疾病,接受小针刀治疗时无腰部皮肤感染。

2 治疗方法

2.1 患者体位 让患者俯卧于治疗床上,头侧放于枕头上,枕头高度小于 5cm,双臂放于躯干两侧,以使腰部肌肉处于最为松弛的状态。

2.2 确定治疗点 医者用拇指中等压力顶压第三腰椎横突在背后部的投影处,用力由轻到重,当术者感到第三腰椎横突背后投影处有硬突,同时患者感到明显的酸胀感时,拇指下便为治疗的部位,确定后用色笔标记。以治疗点为中心进行常规皮肤消毒,铺上洞巾。

2.3 小针刀治疗 术者戴上手术手套,用 2%利多卡因 2mL 损,自王炜等应用筋膜脂肪翻转皮瓣的手术方法,其后临床应用筋膜脂肪瓣越来越多。其主要应用了中节指掌侧的筋膜脂肪瓣,以指动脉为蒂向指背翻转作修复,但只能覆盖创面的 2/3^[5]。笔者的手术方法则在筋膜脂肪瓣浅层的皮瓣作剥离,向一侧掀起,筋膜脂肪翻转瓣后再将瓣原位缝回,术后指背皮肤的外观与术前无明显区别,并且仅需在筋膜脂肪瓣的裸面上进行小面积的植皮即可。王炜等以创缘的一侧指动脉为蒂,翻转皮瓣后只能覆盖创面的 2/3,而我们的筋膜脂肪瓣血供来自指动脉的指背支,掀起皮瓣时可清楚看到皮瓣深面的血管走行,根据手部解剖研究表明,这是一血供恒定、可靠的筋膜脂肪瓣^[1-3],在掀起筋膜脂肪瓣时,向指动脉主干仔细地完全分离,因而翻转皮瓣到指掌侧时,基本能覆盖整个创面。

本手术方法的优点:(1)在同一指上手术避免了行邻指皮瓣转移而造成的负损伤,在多指受损伤时可不用远位皮瓣进行修复。(2)有可靠的血供,可保留伤指的主干血管和神经的完整。(3)供瓣区外观正常,伸肌功能不受影响。(4)手术时间短,I 期完成手术。(5)对重要组织提供了良好的修复,为功能的恢复或今后 II 期手术修复提供了软组织床。在应用中笔者认为,指背筋膜脂肪翻转瓣修复指腹缺损,唯一的缺点是没有感觉神经的支配。

参考文献

[1]朱家恺.显微外科进展[M].合肥:安徽科学技术出版社,1993. 110-126
[2]钟世镇.显微外科临床解剖学[M].济南:山东科学技术出版社,2000.314-315
[3]张世民,张连生,韩平良.链型血供筋膜皮瓣血供的解剖学基础及临床应用[J].中国临床解剖学杂志,1994,12(1):62
[4]徐达传,何尚宽.手部筋膜瓣的应用[J].中国临床解剖学杂志,1990,8(4):211
[5]王炜.整形外科[M].杭州:浙江科学技术出版社,1999.1 316-1 319

(收稿日期:2008-03-27)

经腹途径腹腔镜输尿管上段切开取石术(附 11 例报告)

高桂松 郑锦华 常洪生
(浙江省金华广福医院 金华 321000)

关键词: 输尿管上段结石;腹腔镜取石;经腹途径

中图分类号: R 693.4

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2008)05-0065-02

自从 20 世纪 80 年代初体外冲击波碎石机在临床应用治疗尿路结石取得良好效果以来, 外科手术取石已大大减少, 文献报道仅约 10%^[1]。但一部分滞留在输尿管腔内且病史较长的结石导致输尿管壁炎性水肿, 结石嵌顿于充血、水肿的黏膜中或伴炎性肉芽肿、息肉形成、上尿路积水合并感染等情况时, 外科手术就成为不可替代的治疗措施。目前多主张用微创手术, 我院用腹腔镜经腹腔途径对 11 例输尿管结石并肾积水患者行切开取石术治疗, 疗效满意。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 11 例中男 6 例, 女 5 例, 年龄 35~55 岁, 平均 45 岁, 均为输尿管上段结石伴肾积水。结石停留时间超过 1 年, 肾积水为中度以上, 即 B 超证实肾集合系统分离大于 3cm 以上, 其中右侧结石 7 例, 左侧 4 例。结石长度 10~25mm, 术前均经 B 超、KUB+IVU 检查证实。

1.2 手术方法 患者均行全麻气管插管, 健侧卧位, 于脐上 20~30mm 作 10mm 切口, 穿入气腹针充气使腹压达 13~15mmHg, 拔出气腹针穿入 10mm Trocar, 置入腹腔镜, 监视下于锁骨中线肋缘下 30~40mm 及腋前线脐水平处分别穿刺 5mm、10mm Trocar, 用电钩沿结肠旁沟切开侧腹膜, 于腹膜后找到输尿管上段, 结合术前定位片找到输尿管结石部位, 用输尿管切开刀纵行切开输尿管 10~20mm, 用分离钳剥离取出结石, 在腹腔镜监视下置入双 J 管, 采用腹腔镜体内打结法, 缝合输尿管切口 2~4 针。自腋前线处套管置引流管, 行局部浸润麻醉, 麻醉深至第三腰椎横突骨面为佳。麻醉 2min 后可行小针刀治疗。术者右手持小针刀, 左手示指和中指指尖分开, 压住第三腰椎横突末端上下缘, 用 3 号小针刀垂直于躯干纵轴、45° 成角于腰背面刺入患者皮肤, 小针刀刺入皮肤后, 一边前后左右摇摆, 一边慢慢向第三腰椎横突刺入, 根据患者的肥胖程度及腰部肌肉的厚度来估计小针刀刺入的深度。对于较肥胖和(或)肌肉较厚的患者, 指压的力度可适当加重。当小针刀刺至第三腰椎横突后, 沿横突末端切割松懈上、下、外三个面, 术者感针刀下松动后, 拔出小针刀。出针后在治疗部位用中等力度压迫止血 5min, 治疗完毕后让患者继续卧床休息 20min, 以防止运动后治疗点深部出血。如有双侧第三腰椎横突综合征者, 重复上述步骤。

2.4 其他 在小针刀治疗期间, 未服用甾体类和非甾体类消炎镇痛药。对首次治疗后 1 周症状完全消失者, 不进行第 2 次治疗, 对首次治疗后症状减轻者, 在首次治疗后 15d 进行第 2 次方法相同的小针刀治疗, 对经连续 2 次治疗后无明显变化者, 在首次治疗后 30d 行第 3 次治疗。

3 疗效观察

3.1 疗效标准 痊愈: 症状及体征消失, 腰部活动无障碍, 治

退出 Trocar。缝合切开的腹膜层, 用皮内缝合法缝合切口。

1.3 结果 患者结石均顺利取出, 手术时间 90~120min, 平均 105min。手术出血量 20~50mL, 均未输血; 术后 1~2d 无引流液后拔除腹腔引流管, 1 个月后经膀胱镜拔双 J 管。1 例术后出现皮下气肿, 于术后 3d 消失。术后住院 3~5d, 平均 4d。随访 1~6 个月无并发症发生。

2 讨论

输尿管结石因梗阻后可致肾积水, 长期梗阻可致肾功能不可逆损害, 故主张尽快解除梗阻, 保护肾功能。开放手术在腰部一般有一长 15~20cm 的切口, 容易感染, 甚至有切口疝可能, 住院时间长, 恢复慢。腹腔镜治疗输尿管上段结石是 20 世纪 90 年代开展的新技术, 该手术完全可以达到开放手术的目的, 是治疗上尿路结石又一可选择的方法, 它只是微型切口, 有些患者愈合后几乎不留疤痕, 具有对患者损伤小、康复快、痛苦轻等优点, 完善了腔道内窥镜治疗泌尿系结石的方法, 缺点是致肠管损伤、漏尿、腹膜炎、肠麻痹的风险^[2]。

我们认为术中寻找输尿管及置管、缝合为手术难点。寻找输尿管时因输尿管位于腹膜后, 周围有众多脏器和血管, 必须仔细辨认。寻找方法^[3]: 切开后腹膜根据术前 X 线片了解结石与肾下极位置的关系, 术中先找到肾下极, 于其旁打开肾周脂肪囊游离找到输尿管。大结石可用抓钳顺输尿管走行自上向下探寻找到结石后游离, 输尿管扩张者亦较易寻找, 小结石不易寻找时配合术中 C 臂机定位找到结石后游离输尿管后能参加适度的体力活动。好转: 腰部酸胀疼痛明显减轻, 深压第三腰椎横突尖部仍有酸痛, 参加适度的体力活动后有轻度的不适。无效: 3 次小针刀治疗后, 症状和体征仍无明显改善。

3.2 治疗结果 在小针刀治疗后 60d, 通过患者复诊和主动回访(主要通过电话), 对患者的治疗疗效进行总结。其结果如下: 痊愈者 62 人, 占 67.39%, 好转 24 人, 占 26.09%, 无效者 6 人, 占 6.52%, 无效者均为首次求诊时病情已有 4 月之多的患者。

4 讨论

现代解剖学表明, 人体的腰椎通常呈生理性的前凸, 第三腰椎位于前凸的顶点, 同时它又是 5 个腰椎的中心, 它在腰部功能活动中的作用显得尤为重要, 第三腰椎横突最长, 所受杠杆作用最大, 附在其上的韧带、肌肉、筋膜承受的拉力也最大, 这就决定了其容易受到损伤, 从而出现以局部压痛为主症的综合征。小针刀治疗直达病所, 通过专业的操作, 可松懈病变局部的组织, 舒筋、通络、止痛, 从而起到调整腰背活动功能的作用, 小针刀疗法具有疗效好、损伤小、成本低等优点, 非常适合基层医疗机构开展。

(收稿日期: 2008-04-23)