

艾灸配合电针治疗腰椎间盘突出症 30 例临床疗效观察

谢玉英

(江苏省如皋市第三人民医院 如皋 216500)

关键词:腰椎间盘突出症;艾灸;电针;中西医结合疗法

中图分类号:R 681.53

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.05.014

腰椎间盘突出症系由于腰椎间纤维环退变或外伤发生裂隙,在外力作用下,使髓核等椎间盘组织向后或后外方膨出或突出,刺激、压迫脊髓神经根,进一步导致神经根炎症、神经根营养障碍和传导性损害,出现腰痛、坐骨神经痛,甚至明显神经功能障碍的一种疾病,是针灸科门诊常见病和多发病。针灸治疗因其止痛效果好,标本兼顾,在中医保

3 讨论

随着显微外科的发展,显微外科技术的应用已经达到“手部缺什么,补什么,缺多少,补多少”。但是足趾外形特点是细短、末节腹膨大,其严重影响了再造手指的外形。以第 2、3 足趾局部转移皮瓣将第 2 足趾整形,使其接近于手指的外形,再进行拇、手指再造是我们手术设计的主导思想。

手指缺损再造方法很多,第 2 趾游离移植是当前再造方法中比较常用的方法,但是趾的外形与功能和手指相差较大。康庆林等^[3]提出,在再造手指末节趾腹的两侧前缘处,分别纵向切取长 8 mm、宽 3 mm 的梭状形皮肤及皮下复合组织块,将指腹修薄,拉拢缝合,适当减轻了足趾末端壶腹样膨大,但趾跖侧峡细部仍未能解除。李忠、潘昭勋等^[4-5]设计不同的局部转移皮瓣嵌入第 2 足趾跖侧再造手指术,明显改善再造手指末端壶腹样膨大畸形,但再造手指的周径无改善,再造手指仍然较细。我们根据第 2、3 足趾局部血管的解剖特点,设计第 2 足趾趾腹皮瓣,将其填充于其跖侧峡细部,解决了再造手指末节腹膨大畸形;再设计第 3 足趾趾侧皮瓣,将其填充于第 2 足趾中节腓侧,增加了第 2 足趾的周径,使再造手指接近手指的周径,再造的手指上下粗细均匀一致,外形逼真,接近于正常手指。由于第 2 足趾趾间关节呈屈曲状,尤其远趾间关节屈曲畸形更为明显,将再造手指远趾间关节融合,改善了屈曲畸形。趾侧皮瓣是以趾固有血管、神经为蒂,皮瓣感觉良好。

守治疗中占据重要地位。近几年来,笔者在临床中发现艾灸背俞配合电针取得满意疗效。现总结如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 60 例患者均来自我科 2002~2010 年门诊,根据就诊顺序采用随机数字表法随机分为治疗组(艾灸加电针组)和对照组(电针组),每组 30

值得注意的是:术中应仔细解剖第 2 跖背动脉,根据其发出至第 2、3 足趾分支情况,决定选用第 2 跖背动脉或第 2 跖底总动脉,切取不同血管蒂的第 2 足趾趾侧皮瓣;切取第 3 趾趾侧局部转移皮瓣时,应注意保留与第 2 足趾相连的浅静脉,防止皮瓣静脉回流受阻;在第 2 足趾跖侧峡细部做一横行切开,达足趾两侧的侧中线时,勿损伤趾底动脉,趾腹皮瓣血管蒂周围应携宽 3~5 mm 深筋膜为保护蒂,以保护深静脉系统;关于是否应用足拇趾腓侧皮瓣修复第 2 足趾,我们在临床应用中体会到,第 1 趾蹼较第 2 趾蹼长,且皮下脂肪较多,足拇趾腓侧皮瓣不适合整形第 2 足趾的周径;同时再造相近的 2 个手指,并且缺失平面在趾蹼平面,将足拇趾腓侧皮瓣嵌入第 2 足趾趾侧的同时,再借助第 1 趾蹼的长度桥接于再造手指近端,形成新的趾蹼;由于供应第 3 足趾的第 2 跖背动脉、第 2 跖底总动脉手术过程中已被切取,第 2 足趾的血液供应只依靠第 3 跖背动脉、第 3 跖底总动脉的分支,第 3 趾趾侧皮瓣切取后,创面游离植皮,加压要合适,防止加压过紧,影响第 3 足趾的血运,故术后应严密观察供区足的血液循环,本组未发生第 3 足趾血运障碍的病例。

参考文献

[1]Wei FC,Chen HC,Chuang CC,et al.Aesthetic refinements in toe-to-hand transfer surgery[J].Plast Reconstr Surg,1996,98:485-490
[2]顾玉东.手的修复与再造[M].上海:上海医科大学出版社,1995.76,197-198
[3]康庆林,张春才,许硕贵.足趾移植再造部分手指若干技术问题探讨[J].中国矫形外科杂志,2003,1(11):20-38
[4]李忠,劳克诚,张成进,等.趾侧方皮瓣嵌入足趾跖侧再造手指[J].中华手外科杂志,2006,2(2):384
[5]潘昭勋,王谦军,刘相成,等.拇趾腓侧皮瓣嵌入第二足趾跖侧再造拇、手指[J].前卫医药杂志,2001,12(3):415-438

(收稿日期:2011-04-14)

例。治疗组男 18 例,女 12 例,年龄 19~60 岁,小于 20 岁 1 例,20~40 岁 12 例,大于 40 岁者 17 例,病程 1 d~20 年,小于 1 个月 8 例,大于 1 个月 22 例;对照组男 17 例,女 13 例,年龄 21~58 岁,20~40 岁 18 例,大于 40 岁者 12 例,病程 2 d~30 年,小于 1 个月 11 例,大于 1 个月 19 例。两组患者年龄、病程等经统计学处理,差异均无统计学意义,具有可比性。

1.2 诊断标准 (1)有腰部损伤或受凉史;(2)腰痛伴坐骨神经痛,腹压增加时,疼痛加重;(3)脊柱侧弯,腰生理弧度消失,病变部位椎旁有压痛,并向下肢放射,腰活动受限;(4)下肢受累神经支配区有感觉过敏或迟钝,病程长者可出现肌肉萎缩,直腿抬高试验或加强试验阳性,膝、跟腱反射减弱或消失,拇指背伸力减弱;(5)X 线片除外其他骨病;(6)CT 可显示椎间盘突出的部位和程度,MRI 可显示髓核退变、突出和硬膜囊、神经根受压,并与椎管肿瘤相鉴别。具备(1)~(4)项可诊断,(5)、(6)项可辅助诊断。

1.3 排除标准 (1)年龄在 18 岁以下;(2)严重椎间盘突出,伴有明显神经损伤症状及体征者;(3)患有肿瘤及骨结核者;(4)患有严重内科疾病或精神病、传染病者;(5)腰背部皮肤有明显破损者;(6)不能接受本法治疗者。

1.4 治疗方法 治疗组:电针取穴:阿是穴、腰阳关、秩边、环跳、阳陵泉、昆仑。穴位常规消毒后,选用直径 0.3 mm、长 40~100 mm 华佗牌针灸针,针刺深度根据穴位所在部位以及患者体质而定。直刺,行平补平泻后接通 SDZ-II 华佗电针仪,选择连续波,频率为 50 Hz,强度以患者能耐受为度,留针 30 min,每天治疗 1 次,7 d 为 1 个疗程。艾灸选穴:肾俞(双侧)、大肠俞(双侧)、关元俞(双侧),取艾条一根点燃,在各穴位上方 2 cm 左右施行温和灸,时间 20~30 min,以皮肤出现红晕、病人能耐受为度,每日 1 次,7 d 为 1 个疗程。对照组:取穴:阿是穴、腰阳关、秩边、环跳、阳陵泉、昆仑。电针操作方法同治疗组,每天治疗 1 次,7 d 为 1 个疗程。两组均治疗 2 周后记录症状、体征并评定疗效。

1.5 观察指标 主要观察疼痛视觉模拟定级评分(VAS)、现有痛强度(PPD)两项。

1.6 评估标准 (1)疼痛评分法采用口述描绘 6 级评分法(VAS),结合临床测痛法中直腿抬高试验测定判断疗效^[1]。(2)现有痛强度评分标准(PPI 评分),主要包括主观症状、临床体征和日常生活受限度三个部分。对治疗前后及组间评分变化进行比较。(3)

中医综合疗效评定标准:参照《中医病证诊断疗效标准》^[2]。痊愈:临床症状全部消失,镇痛评分 1 级,直腿抬高试验 70° 以上;有效:临床症状部分减轻或消失,镇痛评分下降 1 级以上,直腿抬高试验增加 10° 以上;无效:临床症状无减轻或加重,镇痛评分无下降,直腿抬高试验角度无增加。

1.7 统计学处理 所有数据采用 SPSS11.5 统计软件包处理,用均数± 标准差($\bar{X} \pm S$)表示,采用卡方检验和 *t* 检验对两组患者的基本资料(包括性别、年龄、病程和疼痛)进行均衡性检验,治疗前后用配对 *t* 检验,组间均数比较采用独立样本 *t* 检验。

2 结果

2.1 VAS 评分 见表 1。两组治疗前 VAS 评分差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。两组治疗前后 VAS 评分皆明显下降,经配对 *t* 检验,差异有统计学意义($t_{艾}=27.6, t_{电针}=20.85$,均 $P<0.01$),治疗组与对照组相比下降的程度较大,经独立样本 *t* 检验,差异有统计学意义($t=3.42, P<0.05$)。提示艾针与电针都可使腰椎间盘突出症患者的 VAS 评分下降,两组相比,艾针优于电针。

表 1 两组治疗前后 VAS 评分比较 ($\bar{X} \pm S$) 分			
组别	<i>n</i>	治疗前 VAS 评分	治疗后 VAS 评分
治疗组	30	7.77± 0.97	2.10± 0.88
对照组	30	7.63± 0.76	3.00± 1.11

2.2 PPI 评分 见表 2。两组治疗前 PPI 评分差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。两组患者治疗前后 PPI 评分都有明显下降,经 *t* 检验,差异均有统计学意义($t_{艾}=19.41, t_{电针}=12.32$,均 $P<0.01$),治疗组与对照组相比,下降程度较大,经独立样本 *t* 检验,差异有统计学意义($t=4.30, P<0.05$)。提示艾针与电针皆可使腰椎间盘突出症患者 PPI 评分降低,两组相比,艾针明显优于电针。

表 2 两组患者治疗前后 PPI 评分比较 ($\bar{X} \pm S$) 分			
组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后
治疗组	30	3.20± 0.48	0.93± 0.45
对照组	30	3.17± 0.38	1.63± 0.61

2.3 综合疗效 见表 3。两组疗效经统计学处理,有显著性差异, $P<0.05$ 。

表 3 两组患者临床疗效比较 例					
组别	<i>n</i>	痊愈	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	30	11	17	2	93.33
对照组	30	5	17	8	73.33

3 讨论

腰椎间盘突出症以腰部及下肢疼痛为主要症状,属中医“腰痛”和“痹症”范畴。本病的关键是肝肾亏虚,外伤及风寒湿邪引起气滞血瘀,闭阻经络,经气不利,不通则痛,发病主要损及督脉及足太阳膀胱经,“经脉所过,主之所及”。因此治疗主要以督脉

输尿管镜钬激光治疗输尿管结石 100 例

冷芬贵 王峰 丁端明 胡建森 冷琳晖 高红兵

(江西省修水县第一人民医院 修水 332400)

摘要:目的:探讨输尿管镜钬激光治疗输尿管结石的有效性和安全性。方法:采用输尿管镜钬激光技术治疗 100 例输尿管结石,其中输尿管上段结石 17 例,中段结石 20 例,下段结石 63 例。结果:输尿管上、中、下段结石的排净率分别为 88%、95%、100%,并发症为 4%。结论:输尿管镜钬激光是治疗输尿管结石有效、安全的方法。

关键词:激光术;输尿管镜;输尿管结石

Abstract:Objective:To evaluate the effectiveness and safty of ureteroscopic holmiumYAG laser lithotripsy for managing ureteral calculi.Methods:Ureteroscopic holmium YAG laser lithotripsy was used in 56 ureteral calculi patients (proximal 17 cases,middle 20 cases,distal 63 cases).Results:The stone free rate was 88% in the proximal ureteral calculi patients ,95% in the middle ureteral calculi and 100% in the distal ureteral calculi patients respec tively.The complication rate was 4% (4 cases).Conclusions:Ureteroscopic holmium YAG laser lithotripsy is a highly effective and safe method for managing ureteral calcerli .

Key words:Laser lithotripsy;Ureteroscopy;Ureteral calculi

中图分类号:R 693.4

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.05.015

随着腔内技术的不断发展,输尿管结石的治疗现多采用无创、微创的治疗方法,包括体外冲击波碎石术、腹腔镜取石术和输尿管镜碎石术。而输尿管镜碎石术有超声碎石术、液电碎石术、气压弹道碎石术和钬激光碎石术。现分析我院应用输尿管镜钬激光治疗 100 例输尿管结石的资料,探讨其有效性和安全性。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2008~2010 年,我们应用输尿管镜钬激光治疗输尿管结石 100 例,男 62 例,女 38 例,年龄 18~57 岁。包括输尿管上段结石 17 例,中段结石 20 例,下段结石 63 例,结石直径为 1.0~2.0 cm,大多为行体外冲击波碎石术失败病例。其中单侧结石 97 例,双侧结石 3 例。并发输尿管息肉 23 例。

1.2 方法 在硬脊膜外阻滞麻醉下,患者处截石位,放置 F 6.9 输尿管镜。先插入引导丝或输尿管导管,最好导管能通过结石,如不能通过,可在输尿管镜直视下扩张后再通过结石,沿导丝或导管插入输尿管镜。激光碎石应用 60 W 钬激光机(美国科医人

公司),激光光纤为 365 μm ,碎石能量为 0.6~0.8 J,脉冲数为 10 Hz,如需要可增加 0.2 J,尤其是并发有输尿管息肉时。大部分病例结石完全粉碎至 2 mm 以下,部分病例采用取石钳将结石取至膀胱内。碎石后在输尿管内放置双 J 管(F5)。术后 4~6 周行腹部 X 线平片和肾、输尿管 B 超检查。

2 结果

术后 4~6 周复查,结果显示输尿管上、中、下段结石的排净率分别为 88%、95%和 100%。并发症发生率为 4%,其中术中并发症 3 例,均为输尿管黏膜轻微损伤,术后并发症 1 例,为术后高热。平均手术时间 43 min,最短为 10 min,最长为 120 min。

3 讨论

钬激光自 20 世纪 90 年代初应用于临床以来,对泌尿系统疾病的治疗是一项很有价值的技术。它的波长有切割效应和止血效应,且能在液体中工作^[1]。近年来,因输尿管镜腔内直视下碎石疗效确切,钬激光碎石效率高且不受结石大小和成分的影响,已成为炎性包裹性结石、嵌顿性结石、并发息肉结

及膀胱经穴为主,通过电针,既疏通了患部经气,又调补了肾与膀胱的功能。传统艾灸具有温通经络、温壮阳气、祛寒除湿之效,艾灸背部俞穴可以起到加强培补肾气、滑利关节、松解粘连的作用。多种临床实验证实,艾灸具有较好的抗炎免疫作用。钟蓝研究证实艾灸产生的温热效应能增强细胞的吞噬能力,改善血液循环,降低神经兴奋性,消除神经的炎症,从解剖结构看,该区处于神经根发出处,在该区行灸疗,可直接刺激硬脊膜、神经根、腰丛神经和脊神经后支,使气至病所^[3]。

综上所述,腰椎间盘突出症治疗的关键是恢复脊柱正常的生物力学及腰、臀部软组织动态平衡,解决腰椎后关节紊乱问题,修复腰、骶、臀部软组织损伤并减轻周围神经受到的卡压。艾灸配合电针治疗腰椎间盘突出症是一种安全有效、经济方便、疗效可靠、值得推广的治疗方法。

参考文献

[1]中华医学会.临床诊疗指南[M].北京:人民卫生出版社,2007.1
[2]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994.201-202
[3]钟蓝.传统艾灸作用机理初探[J].中国中医基础医学杂志,1995,5(6):46-47

(收稿日期:2011-07-13)