

T管造影,并结合肝脏 MRCP、CT,了解肝内外胆管结石的形态、位置、数目、大小及肝胆管有无囊性扩张或狭窄,了解胆总管下段通畅度及胆道黏膜有无溃疡、新生物等,对胆道镜取石的难易程度进行评估。胆道镜取石通常 1~2 周 1 次,至取尽。

2 结果

本组病例平均取石(3.78± 2.1)次,结石取净率为 92%,仍有结石残余 8 例,占 8%。分析结石残余原因,多为术中处理不完善所致,其中术中未对肝胆管狭窄处理 2 例,未行肝脏部分切除 2 例,未行胆道镜取石 2 例,全身状态不佳无法行根治术 2 例。肝脏部分切除组结石取净率高于未切除组,平均取石次数少于未切除组,两组比较有统计学差异(P<0.05)。见表 1。

表 1 肝脏部分切除与未切除组结石取净率及取石次数比较 (X± S) 例(%)

组别	n	取净率	取石次数(次)
部分切除组	29	28(96.6)*	2.81± 0.2*
未切除组	71	64(90.1)	4.18± 1.7

注:两组比较,*P<0.05。

3 讨论

我国外科疾病常见类型中,肝胆管结石占有较高发病比例,易复发,病情迁延,治疗存在一定棘手性。虽包括肝脏部分切除等手术广泛应用,但预后并不理想,有较高术后复发率和残石率。随着研究

的深入,治疗策略有一定程度改变,以往认为外科仅可解除如感染、胆道梗阻等并发症,而无法对正常肝胆管系统重塑,肝胆管结石病采用外科方案不能完全治愈。但总结现代外科理念,早期肝胆管结石病多于 1~2 个肝段或亚段局限,将病灶通过规则性肝段叶切除,狭窄消灭后,可使胆道系统正常生理状态恢复,提高肝胆管结石病治愈率^[4-5]。本次研究结果显示,肝脏部分切除组临床情况优于未切除组,表明术后胆道镜取石和肝脏部分切除术更有效且安全,具有可实施性。综上,肝胆管结石病中,术后胆道镜取石具一定有效性,但仍有复发和残石率,需外科进一步深入研究,同时,肝脏部分切除术预后更为理想。

参考文献

[1]吕文平.肝胆管结石病的临床分型与手术方式选择[J].临床肝胆病杂志,2013,29(6):409-410
[2]韦杨年,黄海,莫世发,等.精准肝切除在肝胆管结石病的临床应用[J].中国普外基础与临床杂志,2011,18(1):67-68
[3]Han SL,Zhou HZ,Cheng J,et al.Diagnosis and surgical treatment of intrahepatic hepatolithiasis associated cholangiocarcinoma[J].Asian J Surg,2009,32(1):1-6
[4]王永忠.多处肝切除治疗复杂肝胆管结石病手术 71 例分析[J].中国医药导刊,2012,14(8):1 308-1 309
[5]Al-Sukhni W,Gallinger S,Pratzer A,et al.Recurrent pyogenic cholangitis with hepatolithiasis-the role of surgical therapy in North America[J].J Gastrointest Surg,2008,12(3):496-503
(收稿日期:2013-12-31)

四联综合疗法治疗腰椎间盘突出症疗效观察

吴礼茶¹ 童三强² 江银雪¹ 李玉华¹

(1 江西省乐平市大连医院颈肩腰腿痛专科 乐平 333300;2 江西省乐平市人民医院 乐平 333300)

关键词:腰椎间盘突出症;四联综合疗法;疗效观察

中图分类号:R681.53

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.07.032

腰椎间盘突出症是临床常见病多发病,归属于中医“腰痛、腰腿痛、痹症”范畴,多数腰椎间盘突出症可经非手术疗法得到缓解或治愈^{〔1〕}。2011 年 5 月~2012 年 11 月我科对 120 例腰椎间盘突出症患者进行随机分组治疗,并进行了 1 个疗程结束时和 1 年后的疗效观察,结果显示四联综合疗法组近、远期疗效均优于对照组。现总结如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例均为我院颈肩腰腿痛专科门诊及住院的 120 例腰椎间盘突出症患者,且承诺按照预设方案进行治疗并尽量 1 年内不采取其它方法治疗。随机分为治疗组和对照组各 60 例。治疗组男 36 例,女 24 例;平均年龄 43.7 岁;平均病程 17 周。对照组男 34 例,女 26 例;平均年龄 42.8 岁;平均病程 18 周。两组患者在性别、年龄以及病程上差异无统计学意义(P>0.05),具有可比性。

1.2 治疗方法

1.2.1 治疗组 采用四联综合疗法:针刀+整脊+中药+功能锻炼治疗,3 周为 1 个疗程,并于 1 个疗程结束时及 1 年后观察疗效。(1)针刀疗法:患者取俯卧位,结合症状、体征、X 线和 CT 检查结果,在腰部寻找有明显压痛的棘上韧带或棘间韧带或腰椎横突或骺腰韧带起止点或骶棘肌起点为进针刀点,采用龙胆紫标记,常规消毒,按照小针刀疗法四步规程进针,施以剥离、疏通手法,出针刀后贴以创可贴。针刀每周 1 次,3 周为 1 个疗程。(2)整脊疗法:患者取健侧卧位,健侧下肢处于伸膝及轻度屈髋位,患侧下肢处于屈膝屈髋位,嘱患者身体放松,先将患者肩部向前推,腰臀部向后扳,脊柱向患侧逐渐扭转至紧张限制位,再以突发、短促、有控制的动作,加大脊柱旋转幅度 3°~5°,往往可触及或听到骨质弹响感或弹响声。一般首次治疗时采用 1 次即可,必要时 1 个

疗程内每周 1 次。(3)中药内服:以补阳还五汤为基本方加减。组方:黄芪 30 g、当归 15 g、川芎 10 g、桃仁 10 g、红花 10 g、赤芍 10 g、地龙 10 g。加减:下肢症状为主者加牛膝、杜仲;气滞血瘀者加血竭、田七、鸡血藤、炮山甲;风寒湿痹者加制川草乌、独活、苍术;肝肾亏虚者加熟地、杜仲、桑寄生;1 剂/d,加水 500 mL,煎至 200 mL,分早晚 2 次饭后温服,每周根据病情略调整处方,3 周为 1 个疗程。(4)功能锻炼:整脊治疗 1 周后,嘱患者在床上做飞燕式练功法,每天 50~100 次,并做下肢抬举锻炼,双下肢每天各做 50~100 次。

1.2.2 对照组 每日电动牵引、口服布洛芬缓释胶囊及卧床休息,疗程同治疗组。

2 疗效观察

2.1 疗效标准 参照《中医病症诊断疗效标准》^[2]:治愈:腰腿痛消失,直腿抬高>70°,能恢复原工作;好转:腰腿痛减轻,腰部活动功能改善;未愈:症状、体征无改善。

2.2 治疗结果 分 3 周后及 1 年后进行观察统计。3 周后:治疗组治愈 16 例、好转 39 例、未愈 5 例,总有效率 91.7%;对照组治愈 11 例、好转 43 例、未愈 6 例,总有效率 90.0%。1 年后:治疗组治愈 25 例、好

转 32 例、未愈 3 例,总有效率 95.0%;对照组:治愈 7 例、好转 41 例、未愈 12 例,总有效率 80.0%。其中,治疗组 1 例、对照组 3 例在 1 个疗程结束后因疼痛剧烈而采用其他方法治疗而视为未愈。

3 讨论

腰椎间盘突出症归属于中医“腰痛、腰腿痛、痹症”范畴,中医认为此病多由肝肾亏虚,风、寒、湿邪侵袭肌表,流注经络,或因跌扑损伤,“骨错缝,筋出槽”,瘀血内停,经络闭阻,气血运行不畅所致。

四联综合疗法从腰椎间盘突出症的中医病因病机出发,注重筋骨并重、内外兼治、动静结合、医患互动的整体观念,运用针刀松解腰椎关节部位的病变软组织,再通过整脊手法使错位的骨关节恢复正常,中药补气活血、祛邪通络,然后通过腰背肌的功能锻炼提高腰突症的远期疗效^[3]。此次临床疗效观察表明,该四联综合疗法治疗腰椎间盘突出症不仅短期疗效好,而且远期疗效也很好,值得在临床中应用并推广。

参考文献

[1]胡有谷.腰椎间盘突出症[M].第 3 版.北京:人民卫生出版社,2004.414
[2]国家中医药管理局.中医病症诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994.201
[3]蒋璘,陈永源,唐云峰.腰背肌功能锻炼在腰椎间盘突出症治疗中的远期疗效观察[J].中国中医药现代远程教育,2010,8(15):97-98

(收稿日期:2014-01-15)

骨科牵引床与 C 臂床在髋关节闭合复位内固定术中的比较

胡杨 杨伟玲

(江西省赣州市中医院 赣州 341000)

摘要:目的:总结骨科牵引床在手术中合理使用的经验。方法:将患者随机分为试验组和对照组,比较使用不同手术床所需手术时间。结果:两组患者的手术时间有明显的差异,对照组手术时间明显长于试验组, $P<0.05$,差异有统计学意义。结论:合理使用骨科牵引床可以缩短术中 C 臂时间及手术时间,保护并维持手术中的无菌,加快手术进程,使病人顺利完成手术。

关键词:髋部骨折;髋关节闭合复位内固定术;骨科牵引床;C 臂床

中图分类号:R473.6

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.07.033

髋部骨折在临床上很常见,早期手术是治疗的首选^[1]。特别是老年人,越早活动,对健康越有利。目前,对股骨颈及股骨粗隆间骨折的病人采取闭合复位空心钉内固定术或三维支架外固定术,因创伤小,手术效果显著。该手术必须在 C 臂机透视下行骨折闭合牵引复位、植入物定位,待内固定操作完毕,再次确定骨折复位情况。在手术过程中,我院应用了骨科牵引床,它可以使患肢很容易地在 C 臂机透视下通过调整牵引装置达到良好的复位,并且在术中操作时始终保持良好的复位效果,不易发生骨折端的移位,明显有助于手术的操作进展,在此类手术中普遍应用。但在应用中应注意患者体位的摆放,同时 C 臂透视中应注意无菌操作。手术的成功离不开

正确的手术体位的摆放^[2],否则会影响到手术操作及导致相关并发症,出现护理问题。我院自 2012 年 1 月~2013 年 6 月对此类手术患者骨科牵引床的临床应用加强了相关护理,从而缩短了术中 C 臂时间、手术时间,有效预防手术部位的感染。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2012 年 1 月~2013 年 6 月于我院骨科经影像学确诊为股骨颈及股骨粗隆间骨折的 65 例患者,年龄 31~85 岁,股骨颈骨折 13 例,股骨粗隆间骨折 52 例。随机将患者分为试验组与对照组。试验组采用骨科牵引床进行手术,对照组按常规使用 C 臂床进行手术。对照组 30 例,男 14 例,女 16