

电针预防 DVT 发生,可能与此相关。而两组患者在用药安全性的比较无明显差异,表明血栓通联合电针有较高安全性。

综上所述,对高龄髋关节置换术后患者,采用血栓通联合电针治疗可以有效预防 DVT 发生,且有较高安全性。

参考文献

[1]Lee JH,Han SB.Patient Blood Management in Hip Replacement Arthroplasty[J].Hip Pelvis,2015,27(4):201-208
[2]Clement ND,S Patrick-Patel R,MacDonald D,et al.Total hip replacement: increasing femoral offset improves functional outcome [J].Arch Orthop Trauma Surg,2016,136(9):1317-1323
[3]Graves N,Wloch C,Wilson J,et al.A cost-effectiveness modelling study of strategies to reduce risk of infection following primary hip replacement based on a systematic review[J].Health Technol Assess, 2016,20(54):1-144
[4]Lyp M,Kaczor R,Cabak A,et al.A Water Rehabilitation Program in Patients with Hip Osteoarthritis Before and After Total Hip Replacement[J].Med Sci Monit,2016,22:2635-2642
[5]Dong WJ,Qian HJ,Qian Y,et al.Fondaparinux vs. enoxaparin for the prevention of venous thromboembolism after total hip replacement: A meta-analysis[J].Exp Ther Med,2016,12(2):969-974

[6]李磊.髋关节置换后下肢深静脉血栓形成的血液动力学改变[J].中国组织工程研究,2015,19(44):7082-7086
[7]Colgan G,Walsh M,Bennett D,et al.Gait analysis and hip extensor function early post total hip replacement [J].J Orthop,2016,13(3): 171-176
[8]Smith TO,Sackley CM.UK survey of occupational therapist's and physiotherapist's experiences and attitudes towards hip replacement precautions and equipment [J].BMC Musculoskelet Disord,2016,17: 228
[9]Langton DJ,Sidaginamale RP,Avery P,et al.Retrospective cohort study of the performance of the Pinnacle metal on metal (MoM) total hip replacement: a single-centre investigation in combination with the findings of a national retrieval centre [J].BMJ Open,2016,6(4): e007847
[10]刘宏,谢称石,王永刚,等.复方血栓通胶囊基于原料药材与药效相关联的组方规律研究[J].中山大学学报(自然科学版),2014,53(2): 108-113
[11]Fishlock A,Scarsbrook C,Marsh R.Adherence to guidelines regarding total hip replacement for fractured neck of femur[J].Ann R Coll Surg Engl,2016,98(6):422-424
[12]Schwartzmann CR,Spinelli Lde F,Boschin LC,et al.Correlation between patient age at total hip replacement surgery and lifeexpectancy[J].Acta Ortop Bras,2015,23(6):323-325

(收稿日期: 2016-10-09)

附子摩散治疗肱骨外上髁炎的临床疗效观察

王龙剑¹ 吴连堤² 万小明^{3#}

(1 浙江省杭州市萧山区中医骨伤科医院骨科 杭州 311261;

2 江西中医药大学 2015 级硕士研究生 南昌 330004;3 江西中医药大学附属医院 南昌 330006)

摘要:目的:观察外用附子摩散法治疗肱骨外上髁炎的临床疗效。方法:门诊收集 80 例诊断为肱骨外上髁炎的患者,采用随机数字法分为观察组和对照组各 40 例。观察组患者采用外用附子摩散法进行治疗,对照组患者采用封闭法治疗。结果:(1)临床总体疗效:观察组总有效率 97.5%,对照组总有效率 70.0%,差异有统计学意义($P<0.05$)。(2)视觉模拟评分法(VAS):两组治疗后 VAS 评分均有显著下降,治疗后观察组 VAS 评分比对照组更低。结论:两种治疗方法对肱骨外上髁炎的治疗均有效,观察组在缓解疼痛程度、治愈率方面明显优于对照组。外用附子摩散法治疗肱骨外上髁炎相对于封闭疗法,副作用更小,相对经济,且无皮肤过敏反应,是一种临床应用安全可靠有效的治疗手段。

关键词:肱骨外上髁炎;附子摩散;临床疗效

中图分类号:R686.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.11.013

肱骨外上髁炎表现为旋前肌和伸肌附着处疼痛,因此又称为“网球肘”^[1],据国外流行病学调查研究显示,该病发生率为 0.1%~0.3%^[2],在劳动人群中为 0.4%~0.6%,主要集中于四五十岁^[3],男女发病率无明显差别^[4]。中医疗法具有祛邪舒筋、驱瘀散结、疏经通络、行气活血等作用,能促进局部炎症的吸收,加快肌腱粘连、疤痕挛缩的修复。目前治疗本病的传统方法有:针灸、推拿、针刀、拔罐、中药内服、外敷、中药穴位注射、物理疗法等,治疗效果均较明显,可改善症状,患者容易接受。中药摩散外治法也是

中医学的粹粹,本研究主要观察中药摩散外治法治疗肱骨外上髁炎的疗效。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 门诊收集肱骨外上髁炎患者 80 例,均签署知情同意书,采用随机数字法分为观察组和对照组各 40 例。观察组男 24 例,女 16 例,年龄 26~45 岁;对照男 22 例,女 18 例,年龄 22~47 岁:两组一般资料比较,无显著性差异,具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《中医病证诊断疗效标准》制定^[5]:(1)多见于特殊工种或职业,如砖瓦工、网球运

通讯作者:万小明,E-mail:2311578327@qq.com

动员或有肘部损伤病史者。(2)肘外侧疼痛,疼痛呈持续渐进性发展。作拧衣服、扫地、端壶倒水等动作时疼痛加重,常因疼痛而致前臂无力、握力减弱,甚至持物落地,休息时疼痛明显减轻或消失。(3)肘外侧压痛,以肱骨外上髁处压痛明显,前臂伸肌群紧张试验阳性,伸肌群抗阻试验阳性。

1.3 纳入标准 (1)符合上述诊断标准,诊断为单侧或双侧肱骨外上髁炎;(2)年龄 18~52 岁,男女不限;(3)患者神志正常,言语清晰,行为配合;(4)受试者自愿参加临床试验,同意接受治疗,并签署知情同意书。

1.4 排除标准 (1)治疗前 1 个月内或治疗期间使用其它疗法或镇痛类药物者;(2)过敏体质、皮肤敏感者或身体虚弱者;(3)某些特征人群(如孕妇、精神病患者等);(4)存在认知功能障碍或交流障碍,不能配合完成量表、治疗或随访者;(5)参加其他临床试验者。

1.5 治疗方法

1.5.1 观察组 给予附子摩药治疗。制作:炮附子 100 g、盐 100 g 共研细末,过 800 目筛,放密闭容器内备用。用法:将 1 g 摩药放于手掌心,先由上而下轻摩患侧肘关节底由前向后 3 遍,使局部微热。再用 0.5 g 摩药置于拇指指腹,选肘关节阿是穴进行指摩,力度以患者有得气感且能忍受为度,每穴 30 s。1 次 10 min,2 次/d,5 d 为 1 个疗程,连续治疗 3 个疗程。

1.5.2 对照组 给予封闭法治疗。操作:在阿是穴做好标记,用碘伏棉球常规消毒后,用 2%利多卡因 2 ml+ 曲安奈德 10 mg 于标记处进针,注入 1~2 ml 混悬液,术后针眼创可贴外敷,1 次/5 d,连续治疗 3 次。半个月后进行 VAS 评分,并随访 3 个月。

1.6 疗效观察指标

1.6.1 疼痛评定 疼痛评分标准:视觉模拟评分法(VAS)是将疼痛的程度用 0~10 共 11 个数字表示,0 表示无痛,10 代表最痛,病人根据自身疼痛情况在这 11 个数字中挑选 1 个数字代表疼痛程度。0 分:无痛;1~3 分:有轻微的疼痛,能忍受;4~6 分:患者疼痛并影响睡眠,尚能忍受;7~10 分:患者有渐强烈的疼痛,疼痛难忍,影响食欲、睡眠。

1.6.2 临床疗效评定 疗效评定标准参照《中医病证诊断疗效标准》^[9]。痊愈:肘部疼痛消失,前臂伸肌紧张试验阴性;显效:肘部疼痛明显改善,前臂伸肌紧张试验阴性;好转:肘部稍疼痛,前臂伸肌紧张试验阴性或弱阳性;无效:临床症状及体征无改善。

1.7 统计学方法 所有数据采用 SPSS23.0 统计软件分析,计量资料采用方差分析及 *t* 检验、配对 *t* 检验、独立样本 *t* 检验等,计数资料采用卡方检验等。

2 结果

2.1 两组治疗前后 VAS 评分比较 治疗后观察组和对照组 VAS 评分都显著降低,治疗后观察组 VAS 评分比对照组更低。见表 1。

表 1 两组治疗前后 VAS 评分比较(分)			
组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后
观察组	40	206	116
对照组	40	212	208

2.2 两组临床疗效比较 随访 3 个月,观察组临床疗效明显优于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组临床疗效比较[例(%)]						
组别	<i>n</i>	痊愈	显效	好转	无效	总有效
观察组	40	8(20.0)	16(40.0)	15(37.5)	1(2.5)	39(97.5)
对照组	40	2(5.0)	5(12.5)	21(52.5)	12(30.0)	28(70.0)

2.3 两组不良反应比较 观察组及对照组均未发现明显不良反应。

3 讨论

摩药在中医中占有重要的地位,历史悠久,早在《黄帝内经》中就有记载;《五十二病方》载有“药摩、膏摩”方剂;在魏晋南北朝时期得到广泛运用,葛洪特别重视摩药的使用,在《肘后救卒方》中进行了系统总结。唐代为摩药发展鼎盛时期,《刘涓子鬼遗方》收录了各种摩药方,并应用于疾病治疗。由于近年人们对摩药的认识不足,开发投入不够,规范的临床应用研究较少,但是摩药治疗对某些疾病有很好的疗效。马显志^[7]外用附子摩散治疗跟痛症的临床疗效观察发现,将附子摩散应用于跟痛症,效果显著,并指出附子摩散作用机制主要是附子中的乌头碱类生物碱具有抗炎镇痛作用,可消除致痛因子,消除软组织粘连,使受压神经血管和活动受限关节恢复正常功能,从而达到活血化瘀、通络止痛的疗效。药摩技术直接作用于患处可大大提高药物渗透性能,可促进病变组织小血管网的重建,使毛细血管数目增加,加快微循环内血液流动,降低血液黏稠度,消除组织内高压,达到疏通经络、宣通气血、解除肌肉痉挛、祛除肿胀疼痛的目的。

封闭疗法的基本原理在于阻断交感神经兴奋,使局部组织得到充足的营养,加强组织的抗炎效能,使炎症因子增加量减少,无菌性炎症在药效发挥期间疼痛的症状得以控制。但是封闭治疗无法对该病

达到完全治愈的效果,只能在药效期间解除水肿组织对神经、血管的挤压及粘连,所以封闭治疗在临床后期随访中的治愈效果并不理想,复发率高^[8]。

综上所述,在对肱骨外上髁炎的治疗中,临床上可选取外用附子摩散法进行治疗,但是要大量推广还需进行大样本的研究。

参考文献

[1]Walz DM,Newman JS,Konin GP,et al.Epicondylitis:Pathogenesis, imaging, and treatment[J].Radiographics,2010,30(1):167-184
[2]Buchbinder R,Green S,Struijs P.Tennis elbow[J].Am Fam Physician, 2007,75(5):701-702
[3]Walker-Bone K,Palmer KT,Reading I,et al.Occupation and

epicondylitis: a population-based study [J].Rheumatology (Oxford), 2012,51(2):305-310
[4]祁良,李锋,艾飞,等.肱骨外上髁炎临床表现与伸肌总腱损伤程度的相关性研究[J].放射学实践,2012,27(11):1250-1253
[5]戴慎,薛建国,岳沛平.中医病证诊疗标准与方剂选用[M].北京:人民卫生出版社,2001.953-937
[6]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,1994.189-190
[7]马显志.外用附子摩散治疗跟痛症的临床疗效观察[D].北京:北京中医药大学,2013
[8]朱静.围刺法配合电针治疗肱骨外上髁炎的临床研究[D].武汉:湖北中医药大学,2013

(收稿日期: 2016-10-26)

腹腔镜、内镜联合大柴胡汤加味治疗胆囊结石并肝外胆管结石患者的临床疗效及安全性

张小兵 张万宇 卢强 唐世龙 陈展辉
(广东省东莞市东华医院普外二区 东莞 523110)

摘要:目的:探究双镜治疗后联合大柴胡汤加味治疗胆囊结石并肝外胆管结石患者的临床治疗效果和安全性。方法:选取 2014 年 6 月~2015 年 6 月我院 90 例胆囊结石并肝外胆管结石患者,分为实验组和对照组,实验组在双镜治疗前后给予大柴胡汤加味中药治疗;对照组患者仅行双镜治疗。对比两组患者手术成功率、治疗效果、并发症发生率、一年内复发率、手术时间、术中出血量等指标。结果:实验组手术成功率(97.8%)高于对照组(91.1%),差异具有统计学意义($P<0.05$),且疗效(100.0%)明显优于对照组(88.9%)($P<0.05$),并发症发生率(4.4%)较对照组(17.8%)明显降低($P<0.05$),1 年内复发率(4.4%)明显低于对照组(15.6%)($P<0.05$)。结论:双镜治疗后联合大柴胡汤加味治疗胆囊结石并肝外胆管结石的治疗效果更优、手术成功率更高、并发症发生率和 1 年内复发率更低、安全性更高,值得推广此疗法。

关键词:胆囊结石并肝外胆管结石;腹腔镜;内镜;大柴胡汤加味;疗效

中图分类号:R657.42

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.11.014

胆囊结石并肝外胆管结石传统的治疗方法是开腹取石、胆囊切除术及胆总管探查术,给病人带来巨大痛苦。现在多采用内镜逆行胆胰管造影(ERCP)、内镜下乳头括约肌切开取石(EST)及腹腔镜胆囊切除术(LC)等方法治疗^[1],大大减少了患者痛苦。据研究显示,大柴胡汤加味治疗有良好的保肝利胆功效。本研究探究胆囊结石并肝外胆管结石患者在双镜治疗后联合大柴胡汤加味治疗的临床疗效及安全性。现将情况汇报如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 6 月~2015 年 6 月在我院治疗的 90 例胆囊结石并肝外胆管结石患者,分为实验组和对照组各 45 例。两组患者术前均已通过 B 超、CT 确诊,且肝外胆管结石均 <1.9 cm。两组患者体质良好,基础疾病较少,无肝胆其它严重并发症。两组患者均无手术禁忌证,都可耐受双镜手术,其中实验组对中药依从性良好。实验组采用双镜联合大柴胡汤加味治疗,其中男性 25 例,女性 20

例,平均年龄(54.12 ± 5.89)岁,术前胆总管直径(1.09 ± 0.19) cm,胆囊长径(11.8 ± 0.55) cm,胆囊横径(3.68 ± 0.49) cm,病程(2.9 ± 1.3)年,结石大小(0.97 ± 0.19) cm,经影像学证实单发结石为 19 例,多发结石为 26 例;对照组仅采用双镜治疗,其中男性 22 例,女性 23 例,平均年龄(54.92 ± 6.02)岁,术前胆总管直径(1.21 ± 0.11) cm,胆囊长径(12.3 ± 0.41) cm,胆囊横径(3.43 ± 0.89) cm,病程(3.1 ± 1.1)年,结石大小(0.91 ± 0.32) cm,经影像学证实单发结石为 17 例,多发结石为 28 例。两组患者一般资料比较,均无统计学差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 两组患者予以术前常规碘造影剂过敏试验并禁食 7 h。术中采用全麻气管插管,先行 ERCP+EST+鼻胆管引流术(ENBD)术,患者取左侧卧位,经口插入十二指肠镜和导管,调节导管并插入乳头,在透视下经造影导管注入造影剂,显像肝外胆管和胰管。根据显影情况,行乳头括约肌切开,切开长度为 1.0~1.4 cm,胆总管结石直径 <2.0 cm 的