

移位或病理性肥大导致。正常情况下,肛垫疏松的附着在肛管肌壁上,排便时受压力影响被推向下,排便后借助自身的收缩力量,缩回到肛管内。但肛垫弹性回缩作用减弱,则容易充血,下移导致内痔。其形成过程中由肛门充血、肛垫移位,到窦状静脉曲张血而成^[7]。内痔的治疗方法很多,疗效不一,临床根据内痔严重程度分为 I~IV 期,认为 I~III 期内痔采用自动痔疮套扎术治疗疗效最佳。

自动痔疮套扎术是基于中医传统胶圈套扎术发展而来的,其原理是借助较强的负压吸力,将内痔组织完全吸入套扎枪中,将胶圈套扎于痔底部,借助胶圈的回缩力阻断痔动脉血供及静脉回流,使痔核萎缩坏死、脱落而痊愈。临床在操作时应注意:(1)胶圈套入位置在齿状线上 1.5~2 cm 处, I、II 期内痔在痔核基底部套扎, III 期内痔在痔核基底部和痔核上方黏膜套扎。(2)内痔套扎后局部可发生炎症反应,可使黏膜、黏膜下层和浅肌层产生粘连,因此肛垫上提后应固定在较高位置。(3)套扎术创伤小,套扎后可立即止血,不损伤齿线,不影响肛门正常控便功能^[8-9]。因此,自动痔疮套扎术具有手术操作简便、经济快捷,在门诊就可达到彻底治愈的效果。

但自动痔疮套扎术也存在一定并发症,特别是套扎后产生的局部炎症反应,可导致患者肛周充血水肿、疼痛等,这是由于痔静脉丛充血扩张刺激直肠神经而发,一般程度较轻,休息 3~5 d 可自行缓解。术后可多食用高纤维易消化的食物,防止便秘加重疼痛;或每次大便后用温水坐浴,改善局部血液循环,加速炎症的消退,促进伤口愈合。而排尿障碍的发生率较低,一般是由于套扎后黏膜收缩反射性地引起膀胱颈部及尿道括约肌痉挛导致,可采用物理诱导或热敷使尿液排出^[10]。术后应观察 1~2 h,确定

患者无明显不适后方可离开,并嘱咐患者术后 2、4、7 d 来院复诊,观察恢复情况。

本研究结果显示,观察组治疗有效率为 100.00%,显著高于对照组的 86.67%,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组手术时间、术中出血量、术后创面愈合时间明显少于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组术后肛门水肿、出血、疼痛、排尿障碍等并发症得分明显低于对照组,且皮赘形成率也显著低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。证明门诊应用自动痔疮套扎术治疗内痔效果确切,安全性高,并发症发生程度轻微,患者耐受性好,值得在临床推广使用。

参考文献

[1]向锋,冯静娟,黄安清.门诊应用自动痔疮套扎术治疗内痔的临床观察[J].结直肠肛门外科,2012,18(6):347-349
[2]司徒欣欣.门诊应用自动痔疮套扎术治疗内痔的临床观察[J].中国医药科学,2014,4(8):169-170
[3]中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组,中华中医药学会肛肠病专业委员会,中国中西医结合学会结直肠肛门病专业委员会.痔临床诊治指南(2006 版)[J].中华胃肠外科杂志,2006,9(5):461-462
[4]杨斌,赖象权,董丰银.自动痔疮套扎器联合应用消痔灵注射治疗内痔的临床体会[J].中医临床研究,2011,3(7):113,115
[5]向锋,冯静娟,黄安清.自动痔疮套扎术联合外痔切除术治疗混合痔 90 例临床分析[J].成都医学院学报,2013,8(5):575-577
[6]张新生,王平和.自动痔疮套扎术治疗轻中度痔疮临床应用价值探究[J].中外医疗,2014,33(20):80-81
[7]刘先德,曾诗琴.自动痔疮套扎术联合消痔灵注射治疗内痔的临床疗效探讨[J].结直肠肛门外科,2015,21(S1):61-62
[8]唐茂山.自动痔疮套扎术与外剥内扎术治疗 III、IV 期混合痔的对照研究[J].中华全科医学,2016,14(3):397-398
[9]王小林,王志刚,孙永峰,等.自动痔疮套扎术治疗内痔 120 例分析[J].人民军医,2015,58(2):191-192
[10]姚冠航.自动套扎术治疗轻中度痔疮 45 例疗效分析[J].中国现代药物应用,2015,9(7):69-70

(收稿日期:2016-11-03)

应用 16 号针头治疗拇指屈指肌腱狭窄性腱鞘炎

宋康康 潘贵春 周婧 杜顺杰 朱光全
(北京市石景山区中医医院 北京 100043)

摘要:目的:探讨应用 16 号针头治疗拇指屈指肌腱狭窄性腱鞘炎的临床效果。方法:应用一次性 16 号注射器针头治疗拇指屈指肌腱狭窄性腱鞘炎患者 90 例,评价其治疗效果及并发症。结果:患者治疗后平均随访时间 6 个月,90 例病例中治愈 84 例(93.3%),好转 4 例(4.4%),无效 2 例(2.2%),无 1 例出现并发症。结论:应用一次性 16 号注射针头治疗拇指屈指肌腱狭窄性腱鞘炎临床效果满意,操作简单,取材方便,微创治疗损伤小,适合在基层医院推广应用。

关键词:狭窄性腱鞘炎;拇指屈指肌腱;16 号注射针头

中图分类号:R686.1 **文献标识码:**B

拇指屈指肌腱狭窄性腱鞘炎是指拇长屈肌腱狭窄性无菌性腱滑膜炎,其诱因多为反复劳损所致局部出现充血、水肿、渗出等无菌性炎症反应,迁延

日久则发生慢性纤维结缔组织增生、肥厚、粘连等变化,肌腱局部变粗,鞘壁增厚,管腔狭窄,对鞘内通过的肌腱产生卡压,从而出现疼痛和运动障碍,严重者

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.01.069

会出现屈伸活动时手指弹跳或不能主动背伸,该病多发于中年妇女及手工劳动者,严重影响生活及工作^[1]。中医认为此病属“筋伤”范畴,其病因是由于局部劳作过度、积劳伤筋,或受寒凉凝滞不能濡养经筋。《灵枢·经筋》中指出:“经筋之病,寒则反折筋急,热则筋弛纵不放,阴萎不用。阳急则反折,阴急则挠不伸。”中医对腱鞘炎的治疗遵循活血化瘀、消肿止痛的原则,以驱除风、寒、湿、邪,疏通经络、调和气血为主。《灵枢》中《天年》、《刺节真邪》等篇提出:“坚紧者,破散之,气下乃止”,此所谓“解结”。临床中对于 Quinnell 分级^[2] I、II 的患者多采用保守治疗,如中药外洗,针灸推拿,外用非甾类药物,体外冲击波,鞘内封闭等^[3],但 III 级及以上的患者多需要外科干预^[4]。常用方法有小针刀,自制刀具(如推割刀,勾刀等)闭合治疗^[5-6],内镜下治疗^[7]和开放手术治疗^[8]等。我科应用一次性 16 号注射针头推割法治疗拇指屈指肌腱狭窄性腱鞘炎患者 90 例,效果满意,工具及方法简便。现回顾分析诊疗报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2013 年 9 月~2016 年 4 月我科门诊拇指屈指肌腱狭窄性腱鞘炎患者 90 例(96 指),其中男 14 例,女 76 例;平均年龄 49 岁;III 级 32 例,IV 级 56 例,V 级 2 例;病程 6 个月~3 年。患者均签署知情同意书。

1.2 诊断标准 采用《中医骨伤科病证诊断疗效标准》中关于屈指肌腱狭窄性腱鞘炎的诊断标准为依据:(1)有手部劳损病史。多见于妇女及手工劳动者,好发于拇指、中指、无名。(2)手指活动不灵活,局限性酸痛,晨起或劳累后症状明显。(3)掌指关节掌侧压痛,可触及结节,指伸屈活动困难,有弹响或交锁现象。

1.3 分级标准 采用 Quinnell 分级^[2]: I 级:仅有轻度压痛,手指屈伸活动正常; II 级:有压痛,无弹响,屈伸活动轻度受限; III 级:有弹响,屈伸活动受限,可主动矫正; IV 级:有弹响,屈伸活动受限,不能主动矫正,但能被动矫正; V 级:关节固定,不能屈伸活动。

1.4 排除标准 有严重的心、脑血管疾病;糖尿病近期血糖控制不佳;凝血功能异常;既往接受过 2 次以上鞘内激素注射治疗或针刀治疗;局部有急性感染。

1.5 治疗方法 于门诊无菌操作室治疗,患者平卧于治疗床,患肢外展放于治疗台上,让患者主动屈伸拇指并在掌指关节掌指横纹处触及腱纤维鞘 A1 环两侧的骨性凸起,确定增生的腱纤维鞘 A1 环于体

表位置并用标记笔标记,常规消毒铺无菌洞巾,使用 1%利多卡因局部麻醉浸润至腱鞘,使拇指处于外展位,使用 5 ml 注射器带一次性 16 号针头垂直进针,针头斜面与肌腱走行方向平行,针头垂直刺入腱鞘,刺入后可感到明显的阻力,分别向远近端沿着肌腱方向行推割,切割增厚的腱鞘时可听到“咔嚓”声,并能感受到一定的阻力,松解至阻力消失后出针,主动及被动屈伸拇指检查是否还有弹响或绞索,如果还有残存症状再重复治疗一次直到弹响或绞索症状消失,术毕包扎后指导患者行主动被动拇指屈伸功能锻炼,每日至少 2 次以防止术后粘连。

1.6 疗效评价 疗效评价标准以《中医病症诊断疗效标准》评定疗效。治愈:患指无压痛、无肿痛,自主屈伸活动正常,无绞索及弹响现象;好转:患指局部疼痛减轻,屈伸时有轻微疼痛,或有轻微的弹响,无绞索;无效:临床症状无改善。

1.7 治疗结果 90 例患者均得到随访,随访平均时间 6 个月,本组患者治愈 84 例(93.3%),好转 4 例(4.4%),无效 2 例(2.2%),无 1 例出现并发症。

2 讨论

拇指屈指肌腱狭窄性腱鞘炎俗称“扳机指”或“弹响指”,主要因为手指长期频繁的活动所致,随着现在手机及键盘的使用频率升高,日后该病的发病率会进一步升高^[9],如得不到及时治疗可能会发展至需要外科方法治疗,目前针刀治疗狭窄性腱鞘炎应用十分普遍,但针刀技术掌握水平参差不齐,导致治疗时松解不充分,甚至出现肌腱、神经、血管损伤等并发症^[10]。有研究指出 A1 环在拇指处的宽度约为 5.2 mm,体表定位在拇指位于掌指横纹远端(3.0±0.1)mm,A1 环中心线与两侧的指神经、血管的距离为(0.4±0.1)mm^[11]。治疗该病的关键点在于解除腱纤维鞘 A1 环对肌腱的卡压,切开改纤维环即可。进针时应确定 A1 滑车的位置,触及清楚两侧骨性结构,于中心点垂直进针,进针点约掌指横纹中点近端约 2 mm,针头刺入腱鞘后可感明显阻力,分别向远近端推割 5 mm 左右,这样可避免损失肌腱及两侧神经、血管。

本组病例中 2 例患者出现复发,治疗失效,分析其原因为病程较长,曾接受鞘内激素注射,肌腱粘连较重,治疗后功能锻炼不充分所致,后经切开手术治疗后痊愈,术中证实存在肌腱粘连,行充分松解后症状明显改善。另外本次疗效回顾缺少对照组病例,后期我们将回顾分析于我科行切开手术治疗的病例,增加对照,进一步评价疗效。使用一次性 16 号注射

针头治疗该病,借鉴了针刀治疗的原理,针头斜面推割腱鞘为一定的面接触,切割连贯且松解充分。同时取材简便,医疗成本低,微创治疗,患者痛苦小,见效快,患者易接受。因该技术不是直视下操作,在病例选择上应选择Ⅲ级以上的患者,易于确定增生腱鞘,进针位置及进针深度需要一定的学习过程,掌握局部解剖结构十分重要。目前有学者在超声引导下使用针刀治疗该疾病^[12],安全性更高,在有条件的情况下也值得借鉴。综上所述,16 号注射针头治疗拇指屈指肌腱狭窄性腱鞘炎是一种安全有效的微创治疗手段,费用低,疗效好,安全可靠,简便易行,值得基础医院推广应用。

参考文献

[1]罗涛,刘景.微创松解疗法治疗指屈肌腱狭窄性腱鞘炎研究[J].中国骨伤,2013,26(5):438-440
[2]Quinnell RC.Conservative management of trigger finger [J].Practitioner,1980,224(1340):187-190
[3]吴鹏.狭窄性腱鞘炎的诊疗进展[J].湖北中医药大学学报,2013,15

(3):73-76
[4]张启锋,杨将,奚胜华.套管定位针刀微创治疗弹响指的疗效观察[J].中国骨伤,2016,29(7):648-650
[5]王颖燕,罗涛,李雄伟,等.推割刀治疗指屈肌腱狭窄性腱鞘炎 71 例临床观察[J].现代中西医结合杂志,2012,21(30):3384-3385
[6]李瑞琦,张国平,李宜炯,等.自制式“镰刀状”小针刀微创治疗与开放手术治疗手指屈肌腱狭窄性腱鞘炎疗效的对比研究[J].中国全科医学,2013,16(36):3611-3613
[7]章亚东,侯树勋,张铁超,等.内镜直视下微创外科技术治疗狭窄性腱鞘炎[J].中国矫形外科杂志,2006,14(19):1462-1464
[8]覃友.A1 滑车切除与切开治疗成人屈指肌腱狭窄性腱鞘炎的疗效比较[J].广西医学,2015,37(4):559-560
[9]丘青中,吴桂,林伟锋,等.青少年手机病致手腕疼痛的诊断和综合治疗[J].中国骨伤,2006,19(8):489-490
[10]丁英奇,段永刚,李耀华,等.小针刀治疗腱鞘炎并发症临床分析[J].河北北方学院学报(医学版),2007,24(3):67-68
[11]欧阳洁.针刀治疗狭窄性腱鞘炎的解剖学安全性研究[D].广州:南方医科大学,2010
[12]翁科迪,张新根,石钢,等.彩超引导下小针刀治疗成人手指屈肌腱狭窄性腱鞘炎的临床研究[J].医学研究杂志,2016,45(6):111-114

(收稿日期: 2016-12-04)

腹腔镜诊治盆腔粘连性不孕患者的病因探析

谢凤玲

(广东省广州市白云区第三人民医院妇产科 广州 510545)

摘要:目的:分析腹腔镜诊治盆腔粘连性不孕患者的病因探析。方法:选取广州市白云区第三人民医院 2013 年 1 月~2016 年 1 月就诊的粘连性不孕 60 例患者作为分析对象,经腹腔镜下诊断均合并不同程度的盆腔粘连,按照生殖道支、衣原体感染、子宫内膜异位症、盆腔手术史及其他原因分成四组,分别对比盆腔粘连程度以及术后妊娠率。结果:盆腔粘连以支、衣原体感染的患者最多为 30 例(50.0%),其次为盆腔子宫内膜异位症 16 例(26.7%);多数患者均有中重度粘连(56.7%),支、衣原体感染多为轻度粘连(60.0%),子宫内膜异位症、盆腹腔手术史分别以中度(50.0%)、重度(50.0%)粘连居多;60 例患者手术后 1 年内妊娠率为 26.7%,其中轻度粘连 15 例(57.7%)与重度粘连妊娠率 1 例(10.0%)比较,差异具有统计学意义($P<0.05$)。结论:盆腔粘连的不孕不育患者应尽快行腹腔镜检查,改善或彻底去除盆腔粘连等可能会危害不孕的原因,从而提高妊娠率。

关键词:不孕不育;盆腔粘连;腹腔镜;病因分析

中图分类号:R711.6

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.01.070

不孕症在我国高龄妇女中的发病率逐年递增,该病的发病原因比较多,临床报道认为盆腔粘连在不孕症的发生和发展中有着重要的角色,引起盆腔粘连的病因比较复杂。腹腔镜在女性不孕的诊断中采用越来越多,盆腔粘连程度对女性不孕治疗的影响很大。本文针对腹腔镜诊治盆腔粘连性不孕患者的病因进行分析,现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取广州市白云区第三人民医院 2013 年 1 月~2016 年 1 月就诊的粘连性不孕 60 例患者作为分析对象,年龄最大 30 岁,最小 20 岁,平均年龄(25.2± 0.3)岁,结婚后未生育 1~9 年,平均(5.2± 1.3)年。所有患者均在治疗中确诊为不同程

度的盆腔粘连,且均完全符合 WHO 定制的相关标准。纳入标准:同居时间超过 1 年,并进行正常的性生活,无避孕措施而未怀孕者;输卵管造影结果正常,异常的主要原因目前并不清楚;月经完全正常;生殖器官未出现感染现象。排除标准:生殖器官有先天性异常者;免疫出现先天性缺陷者;子宫畸形不孕患者。将 60 例患者分成为支、衣原体感染、盆腔子宫内膜异位症、盆腹腔手术史,以及除去以上原因外均为其他。患者以及家属均同意采用腹腔镜治疗,并签署治疗知情书。

1.2 治疗方法 采用酶链反应技术,对不孕不育患者在手术前检测宫颈分泌物。做好手术前准备,在月经干净后 3~8 d 进行全麻醉腹腔镜检查,膀胱截