

限较短,诊治患者一般情况比较差,瘢痕妊娠子宫动脉明显较小,位置偏低,插管难度很大,在介入手术治疗中需要加入MTX 杀灭胚胎,吸胚介入治疗存在子宫破裂风险。术中穿透动脉后壁、术中导丝、拔管压迫不当等操作因引起患者术后出血,术中操作动脉内膜受损容易导致患者血栓形成,手术时间延长导致患者臀部持续受压,可能引起臀部皮肤红肿。医生在手术中若是心情急迫也会增加风险,术前需要详细询问患者病史,检查患者各项治疗,严格遵守操作常规。建议瘢痕妊娠患者治疗中,剖宫产女性再次妊娠后,不论是否存在阴道出血,超声检查医生都需要高度重视,作出明确的诊断,改善患者预后,手术前详细询问患者病史,严格遵守手术操作,避免患者臀部持续受压。

总之,在瘢痕妊娠患者治疗中,经阴道超声能够为早期瘢痕妊娠诊断提供可靠依据,经阴道超声引导下药物和吸胚治疗定位准确,对患者的创伤小,能够重复性操作,能够很好地保留患者生育能力,提高临床治疗的安全性和可靠性,具有推广价值。

参考文献

[1] 杨黎明,鲁红,王军梅,等. 剖宫产瘢痕妊娠经阴道超声图像特征分析[J]. 生殖与避孕,2011,31(6):374-379.

[2] 王运昌,陈梅,张周龙,等. 超声在剖宫产瘢痕妊娠诊断及治疗中的应用价值[J]. 中国计划生育和妇产科,2014,(4):72-75.

[3] 田荣. 子宫动脉栓塞术联合宫腔镜治疗瘢痕处妊娠的临床疗效[J]. 检验医学与临床,2014,48(24):3489-3490.

[4] 张桂英,赵双英,陈月花,等. 瘢痕子宫再次妊娠产妇不同分娩方式对母婴的影响研究[J]. 检验医学与临床,2015,43(4):537-538.

[5] 李晓东,陈怡. 彩色多普勒超声检查对剖宫产后子宫瘢痕妊娠早期诊断的临床价值[J]. 安徽医学,2014,(5):619-622.

[6] 刘洪军,袁振茂,陈健,等. 超声在剖宫产切口瘢痕妊娠早期诊断及介入治疗中的应用[J]. 实用临床医药杂志,2013,17(5):139-141.

[7] 陈绍琦,郑宝群,沈伶,等. 经阴道超声引导下介入治疗子宫瘢痕妊娠[J]. 中国基层医药,2012,19(19):2917-2918.

[8] 夏晓平. 剖宫产瘢痕部位妊娠的临床诊治分析[J]. 检验医学与临床,2014,11(12):1618-1619.

[9] 谢文阳,李萍,熊员焕,等. 介入治疗、腹腔镜和经阴道3种途径在剖宫产切口瘢痕妊娠中的应用分析[J]. 生殖与避孕,2014,34(7):603-606.

[10] 王智慧,李苑艳,吕杰强,等. 三种方法治疗剖宫产瘢痕部位妊娠的临床分析[J]. 生殖与避孕,2014,34(12):1021-1025.

(收稿日期:2015-09-12 修回日期:2015-11-15)

• 临床探讨 •

改良铺灸法配合电针治疗腰椎间盘突出症术后复发的疗效观察

杜科伟¹,苏秀贞^{2△},宋印景³(1. 潍坊医学院研究生院 2013 级研究生,山东潍坊 261053;2. 山东省潍坊市市中医院针灸推拿科 261041;3. 山东省汶上县苑庄卫生院针灸科,山东济宁 272512)

【摘要】 目的 观察改良铺灸法配合电针治疗腰椎间盘突出症术后复发的临床疗效。**方法** 选取腰椎间盘突出症术后复发患者 46 例,依照就诊顺序单双号分为治疗组和对照组。治疗组 23 例,对照组 23 例。对照组给予电针治疗,治疗组在对照组的基础上给予改良铺灸法。治疗结束后对两组的治疗效果进行对比分析,采用 χ^2 检验;治疗过程中对两组进行视觉模拟评分法(VAS)比较,采用两独立样本 t 检验。**结果** 治疗组总有效率为 95.8%,对照组总有效率为 65.2%,差异有统计学意义($\chi^2=4.973, P<0.05$)。治疗前 VAS 评分比较差异无统计学意义($P>0.05$),但第 1、2、3 周末 VAS 评分比较差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 改良铺灸法联合电针治疗腰椎间盘突出症术后复发具有较好的疗效,且具有起效快、治疗次数少、取材方便、花费较低的优点。

【关键词】 改良铺灸法; 电针; 腰椎间盘突出症术后复发; 疗效观察

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.07.044 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2016)07-0966-03

腰椎间盘突出症(LDH)是因腰椎间盘突出性,纤维环破裂,髓核突出刺激或压迫神经根、马尾神经所表现的一组综合征,是骨科、针灸推拿科的常见病和多发病^[1]。据统计我国的发病率高达 7%~12%,20~50 岁者达到 70%以上且多发于重体力劳动者。手术治疗本病具有较好的临床疗效,但仍有 6%~18%的复发率^[2]。腰椎间盘突出症术后复发(RLDH)的患者经过一次手术治疗后存在恐惧心理,不愿意再接受手术治疗,从而再次寻求保守治疗。潍坊市中医院近几年运用改良铺灸法结合电针治疗 RLDH 在缓解术后复发临床症状方面获得了较为满意的疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2013 年 6 月至 2014 年 9 月在潍坊市中医院针灸推拿科就诊的 RLDH 的患者。依照患者就诊顺序,单号者为治疗组,双号者为对照组。符合纳入标准并接受全程治疗的患者共 46 例,其中男 28 例,女 18 例,男、女比例为 1.5:1;年龄 25~54 岁;病程 6 个月至 10 年。治疗组 23 例,其中男 15 例,女 8 例;年龄 25~53 岁;病程 6 个月至 7 年。对照组 23 例,其中男 13 例,女 10 例;年龄 28~54 岁;病程 9 个月至 10 年。两组患者年龄、性别、病程比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

△ 通讯作者, E-mail:susu336800@126.com。

1.2 纳入和排除标准 纳入标准:(1)符合国家中医药管理局 1994 年颁《中医病症诊断疗效标准》和孙材江、彭力平主编的《实用骨内科学》的诊断标准^[3-4]。(2)行腰椎间盘突出症外科手术后病情复发者。(3)年龄 25~55 岁。(4)患者自愿接受治疗。(5)必须经过 CT 或 MRI 等影像学检查。排除标准:(1)严重高血压及冠心病者。(2)患有传染性疾病如活动期肝炎。(3)患有脊柱疾病如骨结核、骨肿瘤、椎体滑脱。(4)精神疾病患者。(5)需再次紧急手术者如游离髓核脱入椎管内^[5]。

1.3 方法

1.3.1 对照组 给予电针治疗。主穴:肾俞、气海俞、大肠俞、关元俞、委中、昆仑,其中委中、昆仑取穴为患侧,其余穴位为双侧。操作方法:(1)患者放松俯卧于治疗床上,暴露针灸部位,穴位进行常规消毒后,用 0.30 mm×40 mm 毫针(北京中研太和医疗器械有限公司生产)针刺,进针后行提插、捻转等补泻手法,得气后停止。(2)使用 G6805 I 型电针仪(青岛鑫升实业有限公司生产)连接两组穴位,穴位选取依据临床症状选取。选用连续波,频率为 80 次/分。每日治疗 1 次,连续治疗 5 d,连续治疗 3 周为 1 个疗程。

1.3.2 治疗组 在对照组的基础上加用改良铺灸法。(1)准备材料:①铺灸粉(取川芎、续断、狗脊、桑寄生各 10 g,共同粉碎,过 100 目筛);②生姜丝(生姜 1 500 g,顺着纤维生长方向把生姜处理成丝状);③无烟艾灸条(河南省南阳市卧龙汉医艾绒厂生产);④无菌纱布、锡箔纸、棉棒适量。(2)施灸部位:纵向为第一腰椎上缘至第一骶椎上缘,横向为督脉两侧的足太阳膀胱经第一侧线之间。(3)操作方法:①患者俯卧于治疗床上,充分暴露后背,进行常规消毒后,用棉棒蘸取少量姜汁涂擦施灸部位;②取铺灸粉均匀洒于施灸部位,然后用无菌纱布覆盖;③将姜丝均匀铺至施灸部位,高约 50 mm;④纵向沿督脉铺一张宽约 10 cm 的锡箔纸,将两根无烟艾灸条(长约 11 cm)并排放于锡箔纸中央,同时点燃两头。治疗时间为 3 h,治疗期间依据患者对热量的耐受度(患者感觉舒适为最佳)决定是否再加无烟艾灸条。患者入院治疗的第 1 天即行改良铺灸,1 次/周,3 次为 1 个疗程。

1.4 观察指标与方法 (1)治疗组和对照组患者治愈例数、好转例数、无效例数。总有效例数=治愈例数+有效例数。总有效率=总有效例数/总例数×100%。(2)治疗组和对照组患者治疗前、治疗第 1、2、3 周末的视觉模拟评分法(VAS)评分。应用《中国康复医学诊断规范》VAS 对疼痛程度进行评估^[6]。在纸或尺上划 10 cm 长的直线,按 1 cm 间隔划格,直线左端表示无痛,右端表示极痛。目测后在直线上用手指,根据受检者手指指定的刻度,确定疼痛的程度。(3)两组患者均于第 3 周末治疗结束后进行疗效评定。

1.5 疗效评定标准 参考南京大学出版社 1994 年版《中医病症诊断疗效标准》制定疗效评定标准^[7]。治愈:腰腿痛症状与体征完全消失,直腿抬高试验 75°,恢复正常工作和生活。好转:腰腿痛症状明显减轻,腰部活动功能改善。无效:症状或体征无改善。

1.6 统计学处理 采用 SPSS17.0 软件进行分析。计数资料以率表示,比较采用 χ^2 检验。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,比较采用 t 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗效果相比较 治疗组的治疗效果优于对照组。两组比较差异有统计学意义($\chi^2 = 4.973, P < 0.05$)。见表 1。

2.2 两组治疗前,治疗第 1、2、3 周末的 VAS 评分比较 治疗

前的 VAS 评分比较,差异无统计学意义($t = 0.201, P > 0.05$),但治疗第 1、2、3 周末 VAS 评分比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 1 两组治疗效果的比较

组别	<i>n</i>	治愈(<i>n</i>)	好转(<i>n</i>)	无效(<i>n</i>)	总有效率(%)
治疗组	23	13	9	1	95.8
对照组	23	5	10	8	65.2

表 2 两组治疗前,治疗第 1、2、3 周末的 VAS 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗第 1 周末	治疗第 2 周末	治疗第 3 周末
治疗组	23	8.3±1.32	6.8±0.75	5.2±0.86	3.2±0.93
对照组	23	8.2±1.28	7.8±0.81	6.4±0.78	5.2±0.89
<i>t</i>		0.201	5.567	6.037	9.843
<i>P</i>		>0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 不良反应 两组均未出现滞针、断针、晕针或血肿现象。治疗组行改良铺灸法者均未出现水泡烫伤或过敏反应。

3 讨论

RLDH 一般是指行腰椎间盘突出症手术后经过 6 个月或更长时间的无症状期,原手术节段又出现突出并出现腰腿疼痛等症状者^[8]。RLDH 的原因较为复杂,常见原因如下:(1)手术方式选取不当。在临床中一定要结合患者的临床症状、体征和影像学检查综合考虑。能开窗治疗的就不要采用半椎板切除术,能半椎板切除解决的就不要采用全椎板切除^[9]。(2)髓核的切除程度。椎间盘是有弹性的胶状物质,如果髓核切除的不彻底,就有可能出现二次突出。髓核切除的越彻底越容易改变椎体的稳定性,进而加速相邻椎间盘的退变。因此手术中对髓核切除的范围一定要慎重。(3)神经根周围瘢痕的形成。在手术过程中神经根周围不可避免的会出现组织液的渗出与积血,组织液与积血机化形成瘢痕组织。当患者腰部过度牵拉或弯曲时会引起瘢痕组织损伤,出现血肿,加重瘢痕的形成,造成对神经根的二次压迫^[10]。

RLDH 在祖国医学中属于“腰痛”的范畴,《丹溪心法·腰痛》指出“腰痛主湿热、肾虚、淤血、挫闪、痰积”。感受风寒,或坐卧湿地,风寒水湿之邪浸渍经络,经络之气阻滞,引起腰部气血运营失调,运营受阻,最终导致经脉凝滞不通,不通不荣则痛^[11]。同时 RLDH 患者经历手术后导致腰部气血不利,营血运行失畅,故此类患者又多兼血瘀。采用改良铺灸法结合电针可以活血化瘀,祛湿散寒,通络止痛,正中 RLDH 病机。目前关于 RLDH 治疗方法的文献较多,但应用灸法治疗本病的少之又少。

传统铺灸法具有施灸面积大、火力足、温通力特别强的特点,是一般灸法不可比拟的,目前在临床上广泛应用于关节疼痛、脏腑虚寒、免疫功能低下等疾病。但由于传统铺灸法产生烟雾较多或出现灸疮后给患者生活带来诸多不便等问题依然制约着它的发展。改良铺灸法是苏秀贞副主任医师在长期的临床工作中对传统铺灸法的改进,具有操作简单、力大效宏、不污染空气、患者易于接受的特点。

改良铺灸法中生姜辛温祛湿散寒,佐以活血止痛之川芎,强腰补肾之续断、狗脊、桑寄生,通过无烟艾灸条温和之火气的引导逐步渗透到深部肌肉组织,扩张局部血管,促进腰部血液

循环,加强局部病理产物的代谢,从而起到抗炎、消肿的作用。同时修复神经根周围的瘢痕组织,进而改善受压神经根周围环境,减轻疼痛^[12]。针刺肾俞、气海俞、大肠俞、关元俞具有疏通腰部经脉、经络及经筋之气血,补肾壮腰,通经止痛。委中和昆仑均为足太阳膀胱经之穴,二者可疏通腰部膀胱经之气血,有行气活血止痛之功效。《内经》曰:“正气存内,邪不可干”,改良铺灸法配合电针作用于机体具有激发人体正气,增强机体的免疫力和抗病力,活血通络止痛,进而改善腰部疼痛的症状。

同时本研究也发现,经过 1 个疗程的改良铺灸法治疗,所有患者的手术切口外观、色泽都得到不同程度的改善,瘢痕逐渐向正常皮肤改变^[13]。推测可能是因为改良铺灸法促进表皮血液循环而软化瘢痕,起到松解粘连和促进消散的作用。改良铺灸法改善瘢痕外观这也是作者以后研究的重点方向之一。

综上所述,改良铺灸法配合电针治疗 RLDH 具有较好的疗效,且具有起效快、操作次数少、取材方便、花费较低的优点,值得在临床上推广应用。

参考文献

- [1] 吴在德,吴肇汉. 外科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2003:875.
- [2] 郭应禄,祝学光. 外科学[M]. 北京:北京大学医学出版社,2003:987.
- [3] 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,1994:214-215.

- [4] 孙材江,彭力平. 实用骨内科学[M]. 北京:人民军医出版社,2008:376-377.
- [5] 胥少汀,葛宝丰,徐印坎,等. 实用骨科学[M]. 北京:人民军医出版社,2006:1701.
- [6] 中国康复医学会. 常用康复治疗技术操作规范(2012 版)[S]. 北京:人民卫生出版社,2012:36.
- [7] 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,1994:202.
- [8] 吴辉,胡凌云,林宏,等. 复发性腰椎间盘突出症的微创手术治疗[J]. 重庆医学,2014,43(27):3556-3558.
- [9] 丁永国,孙建民,张骋,等. 腰椎间盘突出症术后复发原因分析及临床研究进展[J]. 中国疼痛医学杂志,2013,19(4):237-240.
- [10] 卢廷胜,尹海磊,劳克诚,等. 腰椎间盘突出症术后复发的原因探讨[J]. 中国矫形外科杂志,2012,20(22):2122.
- [11] 石雪敏. 针灸学[M]. 北京:中国中医药出版社,2002:217-218.
- [12] 高希言,徐翠香,王鑫,等. 透灸法治疗腰椎间盘突出症临床研究[J]. 中医学报,2013,28(11):1749-1751.
- [13] 田晓东,黎凤明,李登伦,等. 综合疗法治疗体表局限瘢痕 86 例临床分析[J]. 中国美容医学,2011,20(9):1461-1462.

(收稿日期:2015-09-15 修回日期:2015-11-17)

• 临床探讨 •

不同麻醉方式对眼底血流动力学的影响

何佳¹,蔡明铭^{2△}(重庆市第九人民医院:1. 超声科;2. 眼科 400700)

【摘要】 目的 探讨球后麻醉、结膜下麻醉及表面麻醉对眼底血流动力学的影响,比较 3 种麻醉方式在白内障手术中的应用。**方法** 57 例行白内障摘除及人工晶体植入术的老年性白内障患者,随机分为 3 组,其中 19 例行球后麻醉(球后麻醉组),20 例行结膜下麻醉(结膜下麻醉组),18 例行表面麻醉(表面麻醉组),采用彩色多普勒超声检测 3 组患者麻醉前后眼动脉、视网膜中央动脉及睫状后短动脉的收缩期流速峰值和舒张末期流速。**结果** 球后麻醉组眼动脉、视网膜中央动脉及睫状后短动脉的收缩期流速峰值和舒张末期流速显著降低,术后各流速逐渐恢复。结膜下麻醉及表面麻醉组各血流参数无明显变化。**结论** 彩色多普勒超声检测为眼底血流动力学异常的诊治提供了客观依据。结膜下麻醉及表面麻醉对眼底血流动力学无明显影响,优于球后麻醉。

【关键词】 彩色多普勒成像; 血流动力学; 麻醉; 白内障手术

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.07.045 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2016)07-0968-03

白内障手术常用的麻醉方式有表面麻醉、结膜下麻醉及球后麻醉。在 20 世纪 80 年代,球后麻醉是眼科手术最常见的麻醉形式。近年来,随着白内障手术技术及设备的改进,手术时间显著缩短,对麻醉时间及深度的要求均明显降低,使结膜下麻醉、表面麻醉得到越来越广泛的应用。然而,不同局部麻醉方式对于眼底血流动力学的影响,目前尚缺乏相关研究。

彩色多普勒血流显像(CDFI)是在 B 型灰阶成像技术的基础上,用彩色多普勒显示血流速度及方向,以频谱多普勒作血流的定量分析。CDFI 技术是一种非侵入性、可重复、快速、简便的检查方法,可以对患者进行连续的动态观察,且不受视力及屈光间质混浊的影响;同时,它能提供其他所有影像检查技

术所测不到的血流动力学资料;对眼部血管性疾病的诊断及鉴别具有重要价值^[1-2]。1989 年,Erickson 等首先将 CDFI 技术应用于眼动脉血流分析,此后该技术迅速发展,越来越多的应用于各种眼部疾病的分析研究。本研究应用彩色多普勒血流显像技术定量分析白内障手术球后麻醉、结膜下麻醉及表面麻醉的球后血流动力学资料,比较 3 种麻醉方式对眼底血流的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2014 年 5~7 月在本院确诊的老年性白内障患者 57 例,年龄 56~91 岁,其中男 28 例,女 29 例。随机分为 3 组,19 例行表面麻醉(表面麻醉组),术前滴奥布卡因眼