

中医微创针镜在痹证局部顽固性 肿痛中的应用 121 例分析

韦嵩, 孙维峰, 陈志煌, 刘坚, 沈鹰, 接力刚
解放军广州军区广州总医院中医科, 广东 广州 510010

主题词: 疼痛, 顽固性/ 中医疗法

中图分类号: R441.1

文献标识码: B

文章编号: 1009-6647(2011)09-2188-02

顽痹(类风湿性关节炎、骨性关节炎、痛风、强直性脊柱炎等)是痹之重者, 具有慢性、进行性、侵袭性的特点, 致残率高。风寒湿等引动伏邪而致痰凝血瘀, 经脉痹阻是其主要病机。微创针镜是在《内经》“经筋理论”指导下研发的治疗关节内病变的中医现代针械, 临床应用于痹证局部肿痛治疗, 疗效理想。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择 2005-09—2010-04 在广州军区广州总医院住院的顽痹患者 121 例。其中活动期类风湿性关节炎患者 42 例, 膝关节骨关节炎患者 40 例, 强直性脊柱炎患者 24 例, 痛风患者 15 例。121 例患者中, 男 46 例, 女 75 例, 年龄 20~76 岁。

1.2 纳入标准 受试者均符合 1988 年全国中西医结合风湿类疾病学术会议制定的相关疾病标准, 并在髌、膝、踝、肩、肘、腕、肩 6 个关节中, 至少存在一个关节红肿、热痛, 活动受限。经患者或其家属(监护人)同意参加本试验, 并签署书面知情同意书。受试者纳入观察前, 除使用中药或非甾体类药物外, 均未用过其他生物制剂或其他影响病情进展的药物。观察对象中除外严重心、肝、肾损害及血液、内分泌系统疾病, 及孕妇、哺乳期妇女、急慢性感染、既往有活动性结核病史及恶性肿瘤患者。

1.3 治疗方法 微创针镜是在中医《灵枢》九针十二原中关于“大针”论述的基础上自主研发的微创可视关节内治疗系统(由广州亿福迪医械公司提供, 型号: ZJ2008-1, 专利号: ZL200720051404.9), 主要应用于风湿病的肩、肘、腕、髌、膝、踝等关节的顽固性肿痛。术中按关节镜手术要求常规消毒, 采取局部浸润麻醉, 根据术式要求取 1~2 个人路切口, 操作以粘连组织剥离、关节内减压、疏通关节和关节腔灌洗为主。

1.4 疗效评定标准 治疗 2 周后参考 1988 年中西医结合会议风湿病疗效标准^[1]评价疗效。

1.5 统计学处理 采用 SPSS 11.0 统计软件进行数据分析, 数据用 $\bar{x} \pm s$ 表示, 治疗前后计量资料的比较采用配对 t 检验, 显著性水平设 $\alpha = 0.05$ 。

2 结果

治疗后较治疗前患者关节肿痛、活动度等大部分都得到明显改善, 其中临床治愈者 11 例, 显效 68 例, 有效 40 例, 无效 2 例。治疗前后的 ESR、CRP 均有下降, CRP 下降更加显著($P <$

0.05), 见表 1。

表 1 治疗前后炎症活动指标比较($\bar{x} \pm s$)

时间	ESR(mm/h)	CRP(mg/L)
治疗前	60.44 ± 5.45	33.98 ± 6.27
治疗后	20.53 ± 3.25	11.29 ± 3.63 ^a

注: 治疗前后比较, ^a $P < 0.05$ 。

3 讨论

3.1 经筋理论在痹证中的运用 痹证包括了现代医学的多种痛症,《内经》认为其发生机制是“风寒湿三气杂至, 合而为痹也。其风气胜者为行痹, 寒气胜者为痛痹, 湿气胜者为着痹也……痹, 其入脏者死, 其留连筋骨间者痛久”, 认识到邪气留连经筋是痹证经久不愈原因之一。在《灵枢·五癰津液别》阐述“寒留于分肉之间, 聚沫则为痛”。分肉之间即筋膜也, 因此, 如经筋出现“拘急挛缩”、“壅塞不通”, 必然引起或加重经脉痹阻、关节肿痛; 而关节肿痛, 经脉痹阻, 也会进一步加重经筋的痹痛, 因此疏通经筋痹阻在痹证的治疗中尤为重要。

3.2 应用“横络解结法”治疗痹证 《灵枢·刺节真邪》曰“一经上实下虚而不通者, 此必有横络盛加于大经之上, 令之不通, 视而泻之, 此所谓解结也”。明确提出了“横络”和“解结”的概念, 为应用“经筋理论”治疗痹证奠定了理论基础。“横络”, 有狭义与广义之分, 狭义的“横络”就是指肢体经筋走行上出现的局部条索、节聚等实性病变; 广义的“横络”有关节内横络与关节外横络之分。关节内“横络”多为关节内增生肥厚的关节囊、关节内组织粘连索带、关节内血肿机化组织、剥脱的软骨等, 是痹证过程中的病理产物, 也是诱发痹痛的重要病因; 关节外“横络”多为发生在肌肉、肌腱末端及其附属组织的异常解剖或功能改变, 如肌肉、腱鞘、滑囊、韧带痛性结节或条索状包块, 以及经筋走行上存在寒温异常或感觉迟钝的部位等。

3.3 “微创针镜”是传统“九针”现代延伸 《灵枢·九针十二原》所描述的九针是实现经筋理论指导治疗痹证的重要工具。书中所言:“九针各有所宜, 各不同形, 各任其所为”。其中“长针者, 锋利身薄, 可以取深邪远痹。大针者, 尖如挺, 其锋微员, 以泻机关之水也”, 由此可见, 大针、长针都与痹证的治疗密切相关, 对中医传统医械的现代研究有重要指导意义。大针的特点之一是“坚如挺”、“锋微员”, 可泻“关节之水”, 是古人治疗关节内病变的重要工具, 可应用于关节内“横络”的治疗。课题组前期研发的微创针镜, 就是在微创、可视条件下, 通过特殊针具, 完成关节内松解组织粘连, 清除增生肥厚滑膜及骨赘, 修复

基金项目: 2008 年广东省科技计划项目(2008B030301200)

关节面, 灌洗关节腔等, 实现对关节内“横络”的“解结”, 是现代技术条件下的“大针解结”疗法, 解决了长久以来大针在临床应用上的难题。

3.4 微创针镜在痹证中的应用体会 笔者在“经筋理论”指导下, 应用中医微创针镜治疗类风湿性关节炎、骨性关节炎、痛风、强直性脊柱炎等顽痹, 取得很好的临床疗效。治疗后较治疗前患者关节肿痛、活动度等大部分都得到明显改善, 局部及全身症状均改善迅速, 疗程明显缩短, 特别是经年不愈的顽固性的关节肿痛, 经治疗后, 症状在短时间内消除或明显改善, 体现出微创针镜的临床优势。笔者的经验, 在治疗过程中, 既要保持连续的中药针剂(可选择香丹针、正清风痛宁针、蛇毒针等)灌洗, 还要疏通关节内滑囊、滑膜之间及二者与关节面软骨间的粘连, 选择性清除横络组织, 如增生的滑膜、血管翳、痛风

结晶石等, 减化不必要的术中操作, 尽量减轻术中的副损伤。通过以上处理, 达到清除关节内的“痰凝血瘀”, 疏通关节组织的“横络”的治疗目的。患者一般在术后 12 h 即可下地活动, 24 h 后开始功能恢复训练, 住院时间短或无需住院。微创针镜术式简化, 操作规范, 内科医师经短时间培训既可掌握, 在风湿免疫及康复理疗领域有很大的推广价值^[2]。

参考文献

- [1] 1988 年全国中西医结合风湿类疾病学术会议. 风湿类疾病疗效标准[J]. 中西医结合杂志, 1990, (12): 9.
- [2] 宣蛰人. 软组织外科理论与实践[M]. 北京: 人民军医出版社, 1994: 264-268.

收稿日期: 2010-11-20 责任编辑: 李新志

· 案例分析 ·

结直肠癌合并巨大卵巢癌 1 例分析

王永兴, 白虎, 王亚军

解放军第 253 医院普通外科, 内蒙古 呼和浩特 010051

主题词: 结直肠肿瘤/并发症; 卵巢肿瘤/并发症

中图分类号: R735.340.56; R737.310.53 文献标识码: B

本文对结直肠癌合并巨大卵巢癌 1 例分析如下。

1 病历摘要

女, 35 岁。因发现左下腹包块 1 月入院。患者于 1 个月前无意间发现左下腹有一肿物, 约排球大小, 活动度可, 质硬, 无腹痛、腹胀, 无腹泻, 为明确诊断来我院。门诊以左下腹腔肿物收入院。患者 6 个月前于我院行全系膜乙状结肠腺癌根治术, 术中病灶未突破浆肌层, 探查腹腔未见明显转移病灶。血常规: WBC $8.2 \times 10^9/L$, RBC $4.04 \times 10^{12}/L$, Hb 121 g/L, N 0.81; HCG(-)。腹部彩超: 子宫左侧囊实性肿物。CT: 结肠癌术后, 左附件区转移瘤。结肠镜: 直肠癌术后、吻合口炎。胸片: 双肺上陈旧性肺结核、硬结纤维化、支气管炎。查体: 腹部膨隆, 下腹压痛(±), 反跳痛(-), 下腹部可触及一肿物, 大小约 20 cm × 20 cm × 20 cm 左右, 活动度可, 边界清, 质硬, 无移动性浊音, 腹部叩诊呈鼓音, 肠鸣音正常。患者入院后经完善相关检查。行剖腹探查术。术中见下腹腔肿物约 20 cm × 20 cm × 18 cm 左右, 位于子宫左侧, 与侧腹膜连为一体, 无法移动, 表面小肠粘连甚多, 松解粘连, 切开表面腹膜, 完整剥离肿物, 送冰冻, 回报为卵巢癌, 请妇科行右卵巢、子宫全切除术。检查无活动性出血, 清点纱布、器械够数, 逐层关腹, 术毕。

2 讨论

目前多原发癌的发病率有上升趋势。因临床常将第二癌误诊为转移癌而放弃治疗, 现在越来越多的引起肿瘤学者的关注^[1]。本例根据患者病史、既往史及两次手术探查的情况分

析, 该患者第二次卵巢癌的发生非首次乙状结肠癌的术后转移。多原发癌是指一个体同时或先后发生两种或两种以上的恶性肿瘤。Warren 和 Cates 提出的标准是: (1) 每个肿瘤必须是恶性; (2) 每个肿瘤发生在不同部位, 且两者不连接; (3) 每个肿瘤有独特的病理特征; (4) 明确排除其为转移和复发。第二癌在 6 个月内发生称同时性多原发癌, 第二癌在 6 个月后发生为异时性多原发癌。本例患者卵巢癌发生在 6 个月内, 符合同时性多原发癌。关于结直肠癌合并其他器官恶性肿瘤的原因目前尚不完全明确。多数学者认为与机体易感性、遗传性、生活环境因素有关^[2]。结直肠癌合并胃癌、乳腺癌、宫颈癌最为多见^[3], 其卵巢转移较多, 但合并卵巢癌较少。

多子有多原发癌的第二癌应按单发癌积极治疗。根据术中情况能行根治应行根治性治疗, 否则可行姑息性治疗和综合治疗。通过本例情况说明对结直肠癌术后宜终身随访, 这样可及早发现第二癌, 并避免失去最佳治疗时机。

参考文献

- [1] Almqvist G, Hofstaël B, Vatn MH. Does a family history of cancer increase the risk of occurrence, growth, and recurrence of colorectal adenomas? [J]. Gut, 2003, 52(5): 747.
- [2] 王宏志, 黄信孚, 王怡, 等. 多再发大肠癌[J]. 中华外科杂志, 1995, 33(12): 765.
- [3] Tomoda H, Taketomi A, Bobao H, et al. Multiple primary colorectal and gastric carcinoma in Japan [J]. Oncol Rep, 1998, 5(1): 147.

收稿日期: 2010-11-23 责任编辑: 李新志