

用 [J]. 广西医学 2008 30(12): 1932 - 1933.

[13] Berber E, Garland AM, Engle KL, et al. Laparoscopic ultrasonography and biopsy of hepatic tumors in 310 patients [J]. Am J Surg 2004, 187(2): 213 - 218.

[14] 李 锐, 韩本立, 彭志明. 胆管癌及肝胆管结石胆管上皮不典型增生细胞 DNA 含量的研究 [J]. 中华消化杂志, 1992, 12(3): 143 - 144.

[15] 余正平. 肝内胆管结石合并肝内胆管癌病因及其防治 [J]. 医师进修杂志, 1998, 21(8): 415 - 416.

[16] 周永昌, 郭万学主编. 超声医学 [M]. 第 4 版. 北京: 科学技术文献出版社, 2003: 963 - 964.

[17] 华 兴, 郭爱民, 李 锐, 等. 术中超声在诊断肝胆管结石中的应用价值 [J]. 消化外科 2003 2(6): 439 - 441.

[18] 林礼务, 叶 真, 薛恩生, 等. 术中超声在肝胆外科手术中应用价值 [J]. 中国超声医学杂志, 1999, 15(7): 515 - 517.

[19] 陈保华, 王友顺, 高 毅. 肝胆管结石临床诊断与治疗研究进展 [J]. 中华肝胆外科杂志 2002 8(12): 766 - 768.

[20] 刘宇斌, 王卫东. 纤维胆道镜术中诊治胆道结石常见失败原因分析 [J]. 第一军医大学学报 2005 25(12): 1577 - 1578.

[21] 刘宇斌, 王卫东. 术中纤维胆道镜治疗结石常见失败原因及改进方法 [J]. 中华外科杂志 2006 44(5): 330 - 332.

[22] 石景森, 王作仁. 努力提高胆道残余结石的处理水平 [J]. 肝胆外科杂志, 1997, 5(3): 129 - 131.

[23] 詹世林, 陈建雄, 霍 枫, 等. 术中胆道镜及 B 超在肝内胆管结石诊治中的应用 [J]. 中国微创外科杂志 2003 3(6): 480 - 493.

[24] Kubo S, Hamba H, Hirohashi K, et al. Doppler sonography in hepatolithiasis: a case report [J]. Hepatogastroenterology, 2000, 47(32): 516.

[25] 苏芬莲, 陈小勋. 术中超声联合胆道镜治疗肝内胆管结石的临床意义 [J]. 中国普通外科杂志 2009 18(2): 1 - 3.

(收稿日期: 2011-04-05 修回日期: 2011-06-11)

针刀治疗慢性软组织损伤的研究进展

农泽宁

(广西中医学院附属瑞康医院, 南宁市 530011)

【关键词】 慢性软组织损伤; 针刀疗法; 治疗机理; 动物实验

【中图分类号】 R 246.2 【文献标识码】 A 【文章编号】 1673-6575(2011)05-0444-05

慢性软组织损伤是指软组织受到各种形式的损伤后, 在治疗和自我修复的过程中, 在特定条件下而导致的一种新的软组织损伤疾病, 它不仅包括急性损伤因延误治疗演变而来的疾患, 还包括慢性劳损所致的软组织损伤疾患。针刀疗法是近几年来中西医结合的新成果, 它把中医的针灸疗法与西医外科手术疗法相结合, 形成了一种独特的新疗法^[1]。由于其具有疗效好且持久, 简单、经济、安全、无毒副作用等特点, 受到广大病人和医务工作者的欢迎。现将其相关研究进展综述如下。

1 临床研究

1.1 单纯针刀疗法 麻承德等^[2]用小针刀术治疗 120 例肩周炎患者, 其中单侧发病 108 例, 双侧发病 12 例, 在喙突处、喙肱肌和肱二头肌短头附着点、冈上肌抵止点、肩峰下滑囊、冈下肌和小肌抵止点, 分别准确定位, 结果治愈 105 例, 显效 10 例, 无效 5 例, 总有效率为 96%。表明应用小针刀术治疗使肩周组织粘连松懈, 瘢痕刮除, 肩关节的动态平衡得以恢复。冯志强等^[3]采用小针刀治疗屈指肌狭窄性腱鞘炎 623 例, 结果治愈 597 例, 好转 23 例, 未愈 3 例, 治愈率为 95.82%, 总有效率为 99.52%, 取得了与手术相同的疗效, 同时显示出微创外科的独特优势。周志华等^[4]观察针刀松解阿是穴治疗慢性软组织损伤在疗效及安全方

面有无优越性, 将 200 例患者按随机设计和盲法原则, 分为针刀组和电针组, 3 个月后回访, 针刀治疗组治愈率为 70%, 总有效率为 98%, 其临床疗效优于电针对照组, 且无不良反应, 组间比较差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。

1.2 针刀配合针灸疗法 王应军^[5]观察小针刀结合针刺治疗肩周炎的临床疗效, 将 71 例患者按就诊顺序随机分为治疗组与对照组, 治疗组采用小针刀结合针刺治疗, 对照组口服药物治疗。小针刀治疗依据病变不同可定点于肩峰下、喙突下、大圆肌、小圆肌、冈上肌、冈下肌、三角肌腱止点、肱二头肌长头肌腱处等肩部压痛点, 5 d 治疗 1 次, 连续治疗 3 次。针刺取穴: 肩髃、肩贞、肩内陵 (肩三针)、肩髃 (阳陵泉直下 1 寸)。常规消毒后用 1.5 寸、31 号毫针刺入穴位 1 寸许, 平补平泻法, 留针 30 min, 每日 1 次, 连续治疗半个月。对照组口服大活络丸 (6 g, 每日 2 次) 与炎痛喜康 (20 mg, 每日 1 次, 饭后服) 均连续服用半个月。两组患者均治疗半个月后对比观察疗效, 结果总效率治疗组为 94.4%, 对照组为 62.9%, 两组疗效差异具有统计学意义 ($P < 0.01$)。张波等^[6]采用小针刀结合温针治疗肩胛背部肌筋膜炎, 患者 216 例, 治疗组 150 例, 小针刀结合温针治疗, 每 7 天施术 1 次, 2 次为 1 疗程, 疗程间休息 1 周; 对照组 66 例, 温针治疗, 15 d 为 1 疗程, 疗程间休息 1 周。结果治疗组痊愈 132 例, 治愈率 88.00%, 对照组痊愈 15 例, 治愈率 22.73%, 治疗组显著高于对照组 ($P < 0.05$)。小针刀

结合针灸治疗慢性软组织疗效确切,是一种比较理想的方法。

1.3 针刀配合中药疗法 李建军^[7]观察中药内服配合小针刀治疗颈椎病的临床疗效,给予300例患者(多数病例用其他方法疗效不佳)自拟“加味葛根二藤汤”配合小针刀治疗。中药内服每日1剂,水煎2次,上、下午各服1次,6d为一疗程。小针刀治疗每周1次为一疗程。结果经1个疗程治疗后优188例,良102例,差11例,经2个疗程优263例,良27例,差10例;经3个疗程优290例,良4例,差6例,其优良率为98%。王战波^[8]采用小针刀配合中药治疗梨状肌损伤综合征,将80例梨状肌损伤综合征患者随机分为研究组和对照组各40例,研究组采用小针刀配合中药治疗;对照组予中医推拿治疗,疗程均为4周,结果研究组总有效率97.5%,随访复发率0%;对照组总有效率80%;半年后随访复发率17.5%。两组比较有显著性差异($P < 0.01$)。表明针刀配合中药能起到整体调理配合,最终达到标本兼治的目的。

1.4 针刀配合推拿疗法 郭志文^[9]采用小针刀结合推拿治疗肩周炎,将80例肩周炎患者随机分为治疗组与对照组各40例,治疗组采用小针刀结合推拿治疗,对照组采用痛点封闭结合推拿治疗,结果总有效率治疗组为95.0%,对照组为85.0%,小针刀结合推拿治疗肩周炎疗效显著。郑振足等^[10]采用小针刀配合推拿治疗第三腰椎横突综合征152例,治疗总有效率95.65%。吴宏^[11]采用小针刀结合推拿治疗第三腰椎横突综合征125例,治疗结果优104例,良17例,差4例。小针刀结合推拿的治疗方法,进一步消除了肌肉紧张和痉挛,松解了组织的黏连,促进无菌性炎症的吸收和损伤组织的修复,恢复关节紊乱,标本兼治,取得了较理想的治疗效果。

1.5 针刀配合药物注射疗法 杨小龙等^[12]采用局部药物注射配合小针刀松解治疗夹肌劳损并随访58例,令患者端坐低头伏于治疗桌上或俯卧于治疗床上,自主活动颈部感知疼痛最明显处,术者仔细触摸按压确定痛点,以痛点为中心浸润注射药液,内含2%利多卡因5 mL、曲安奈德20 mg、维生素B₁₂ 0.5 mg、山莨菪碱5 mg。结果治愈31例,主要症状消失,无功能障碍,恢复正常活动及工作;显效11例,主症明显减轻,不影响工作,劳累后稍加重;有效13例(22.4%),主症减轻,有些阳性体征仍存在;无效3例(5.2%),治疗前后无变化。总有效率94.8%。王锋等^[13]在屈指肌腱鞘内注射加小针刀疗法治疗83例屈指肌腱鞘炎,对照组采用腱鞘内注射疗法,以患指掌骨头掌侧硬结节处为进针部位,将消炎镇痛液(地塞米松棕榈酸酯4 mg + 维生素B₆ 50 mg + 维生素B₁₂ 0.5 mg + 2%利多卡因3 mL配成6 mL) 2 mL注入腱鞘内,每周1次,1~2次为1个疗程;观察组采用腱鞘内注射加小针刀疗法,如上述腱鞘内注射疗法先行腱鞘内注射,小针刀在注射点垂直皮肤进针,刀口线与屈指肌腱平行纵向切开剥离,横向推移,若有硬结应

将其切开松解,退针刀至皮下。均以每周1次,1~2次为1个疗程,对照组有效率78.05%;观察组有效率97.62%,且复发率、无效率明显低于对照组。

1.6 针刀配合神经阻滞疗法 欧家寅^[14]观察肩胛上神经阻滞联合小针刀松解治疗肩周炎的临床疗效,将120例肩周炎患者随机分为两组各60例,治疗组以肩胛上神经阻滞联合小针刀松解治疗,对照组行穴位注射治疗。结果总有效率、治愈率治疗组分别为100.0%、70.0%,对照组分别为86.7%、23.4%,治疗组疗效明显优于对照组,并且安全无副作用,获得较好的临床效果。

1.7 针刀技术的新突破 在针刀疗法基础上,产生了水针刀微创技术与刃针疗法的新突破。水针刀微创技术是由吴汉卿教授经过潜心研究,在河南南阳清朝年间医圣祠“刀针”基础上,将现代水针及针刀精华相结合,其具有疗效确切、安全可靠、操作方便及痛苦性小等特点。刃针疗法^[15]源于中医学理念中的古九针,以现代医学理论为框架,以现代诊疗理念为指导,在设计上侧重针的形状,强调产生信息调节、解除过大应力及热效应三种功效,是传统与现代相结合的一种特色疗法。

1.7.1 水针刀微创疗法 邓忠明等^[16]以水针刀疗法为主治疗颈肩综合征,将78例患者随机分为水针刀组和针刺组作对比观察。结果水针刀组、针刺组治愈率分别为87.5%、76.3%,总有效率分别为97.5%、92.1%。两组治愈率经统计学处理,差异有统计学意义($P < 0.05$),表明水针刀治疗组疗效优于针刺治疗组。周志华等^[17]观察水针刀松解阿是穴治疗慢性软组织损伤的疗效及安全性,将200例慢性软组织损伤病例分别给予水针刀、针刀治疗,每隔5 d 1次,3次为1个疗程,3个月水针刀疗法对慢性软组织损伤的疗效明显优于针刀疗法,治愈率达70%,总有效率达98%,且无不良反应。水针刀疗法用于慢性软组织损伤的治疗,能提高治愈率和总有效率,疗效优于针刀对照组。水针刀疗法既能减轻针刀操作时造成的疼痛,又能消除局部炎症,减轻针刀治疗后的炎性渗出,使针刀松解更加安全彻底,病人更易于接受。

1.7.2 刃针疗法 江洋^[18]采用刃针治疗神经根型颈椎病,将150例随机分为治疗组和对照组,治疗组采用刃针微创治疗术,对照组则采用电针常规取穴治疗。结果治疗组优良率和总有效率分别为75.3%和95.3%,对照组分别为52.3%和87.7%,两组总有效率差异虽无统计学意义($P > 0.05$),但治疗组优良率明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$),说明刃针治疗神经根型颈椎病疗效满意。

2 机理探讨

2.1 中医对软组织损伤的认识 祖国医学认为“不通则痛,通则不痛”,现代医学认为疼痛部位是由于劳损、局部组织粘连带疤、导致微循环受阻、神经末梢被挤压而产生的,

故查找准确的痛点是治疗结果的关键。慢性软组织损伤的主要病理因素是由于持续的肌肉收缩或超应力的运动,导致肌肉血液循环受阻,引起氧化不全和代谢产物堆积,使组织发生无菌性炎症,破坏了人体生物力学动态平衡,导致疼痛和功能障碍。而针刀疗法就是通过剥离软组织的粘连,疏通阻滞,松解挤压的神经末梢,恢复有效的血液循环,从而达到“通则不痛”,恢复正常的动态平衡,起到止痛和恢复功能的作用。针刀治疗慢性软组织损伤,主要利用其手术效应来消除粘连、瘢痕和挛缩,松解肌肉,改善循环,同时也降低了局部致痛物质,如 K^+ 、 H^+ 、组织胺、5-羟色胺、缓激肽和前列腺素等的释放,然后再通过适当的手法推拿及配合全身功能锻炼,就能使病人恢复正常的人体动态平衡而痊愈^[19]。

针刀医学对软组织损伤进行了长达 30 多年的临床研究,认为要想解决软组织损伤的治疗问题首先要解决其真正病因,它的损伤形式有暴力性损伤、积累性损伤、情绪性损伤、隐蔽性损伤、疲劳性损伤、功能性损伤及手术性损伤等。其病理变化过程均表现为粘连、瘢痕、挛缩、堵塞,从而导致无菌性炎症学说、闸门学说、痹症学说、筋出槽学说、气滞血瘀学说、肌紧张学说以及骨性纤维管卡压综合征学说^[20]。

弓弦力学系统及网眼理论的创立^[21],从生物力学角度阐明了慢性软组织损伤的病因和病理机制,完善和补充了针刀医学基础理论,将针刀治疗从“以痛为输”的病变点治疗提升到对疾病的病理构架治疗的高度上来,解决了针刀治疗有效率高、治愈率低的现状,为针刀治愈慢性软组织损伤性疾病提供了解剖学基础。

张天民教授^[21]在针刀医学原理的基础上,提出人体弓弦力学系统,揭示了骨与软组织连接的内在力学联系,将骨与软组织有机结合起来,将脊柱与四肢有机结合起来,从人体力学解剖的角度准确分析和判断慢性软组织损伤和骨质增生的发病机理、好发部位,开启了针刀整体诊疗疾病的新时代。

网眼理论^[22]是指慢性软组织损伤不是一个点的病变,而是以人体弓弦力学系统为基础,以受损软组织的行经路线为导向,形成以点成线、以线成面的立体网络状的一个病理构架,可以将它形象地比喻为一张鱼网,鱼网的各个结点就是弓弦结合部(软组织在骨骼的附着点),是粘连、瘢痕、挛缩最集中和病变最重的部位。换言之,它是慢性软组织损伤病变的关键部位,连结各个结点的网线就是弦的行经路线。针刀依据慢性软组织损伤病理构架的网眼理论,其治疗作用就是通过切开、分离弓弦结合部及弦的行经路线的粘连、瘢痕和挛缩来调节异常应力,以恢复人体软组织的力学平衡为目的。

张义等^[23]通过对相关领域现有研究成果进行总结,重新表述针刀治疗的理论依据和治疗作用。人体软组织具有重要地位,软组织纤维化和增生、肥厚等多种原因能够使软

组织发生相对运动障碍、张力增高、长度缩短、腔隙内压增高等改变。这些改变既可加剧软组织本身病变,又可直接或者间接作用于骨关节、神经、血管或者其他组织器官,参与众多疾病的发病过程。针刀治疗作用主要为软组织松解减压和损毁作用。针刀治疗的实质是经皮微创的软组织松解术,主要通过对软组织的穿刺、小范围切开和小范围钝性分离,解除病变软组织对神经、血管、骨关节的影响,达到治病目的。针刀治疗除了具有软组织松解作用之外,还有类似毫针的针刺效应。毫针针刺能够通过人体神经-内分泌-免疫系统双向调节人体各个器官的功能,属于整体调节。

针刀疗法作为一种独特的治疗方法,就其理论依据张义等^[22]提出软组织“机械性质”假说,认为软组织“机械性质”变化参与多种疾病的发病过程。作为一种经皮微创软组织松解术,针刀治疗可以参与多种疾病的治疗。该学说打破传统的纵向疾病分类的限制,从软组织角度横向认识疾病,以针刀微创软组织松解术横向治疗疾病。

3 实验研究

孙红梅等^[24]通过观察针刀松解法对第 3 腰椎横突综合征大鼠耐痛阈及脊髓和下丘脑单胺类神经递质的影响,发现针刀松解法对第 3 腰椎横突综合征模型大鼠有较好的镇痛作用,其机制可能是通过调节部分中枢单胺类神经递质的代谢、释放而实现的。胡波等^[25]探讨针刀松解法治疗第 3 腰椎横突综合征的中枢镇痛机制,发现针刀松解法对第 3 腰椎横突综合征大鼠中枢 SP、CCK28 合成释放具有良性调节作用。钟鼎文等^[26]通过观察针刀松解法干预后丘脑及下丘脑 β -EP 受体含量的变化并与电针干预相比较,探讨针刀松解在脑内的镇痛机制。结果发现针刀松解法对膝骨关节炎大鼠丘脑及下丘脑 β -EP 受体含量无明显的影响。在膝骨关节炎的形成过程中痛刺激使得 β -EP 受体的亲和力升高,这有利于镇痛作用的发挥。针刀松解法一方面通过局部作用降低了痛刺激信号向中枢的传入,另一方面维持了 β -EP 受体亲和力升高的趋势,这可能是针刀松解法镇痛的机制之一。

李枫等^[27]探讨小针刀对移植于裸鼠皮下人增生性瘢痕真皮组织 I、III 型胶原蛋白的作用,表明小针刀疗法对增生性瘢痕组织中 I、III 型胶原蛋白有一定的抑制作用,能够减轻增生性瘢痕胶原过度沉积的特征,针刀疗法是否通过松解改善瘢痕局部微循环,使增生性瘢痕组织中胶原蛋白含量降低,尚待进一步深入的探讨。

乔晋琳等^[28]观察针刀疗法对第 3 腰椎横突综合征模型大鼠组织中成纤维细胞增殖的影响,认为针刀治疗软组织损伤的可能机制是能够调节成纤维细胞的增殖水平,使增殖达到“动态平衡”,从而促进软组织损伤的修复。这也从侧面印证了中医学的微观阴阳平衡理论。

李金牛等^[29]研究 L_3 横突综合征模型大鼠损伤局部软组织 NOS 活性及 NO 含量与软组织损伤程度的关系,发现

针刀干预后可明显抑制高浓度 NO 的生成,减轻损伤软组织炎症反应和损伤程度,改善微循环,防止病理性瘢痕组织的形成,对慢性软组织损伤动物模型有明显的促修复作用。结果表明:①iNOS 诱导生成的高浓度的 NO 是造成软组织损伤的重要因素;②针刀干预可抑制高浓度 NO 的生成,减轻炎症反应程度及氧化应激损伤,可增强血管内皮细胞 eNOS 的活性,改善微循环;③nNOS 活性可能与慢性软组织损伤后的自我修复有关,而不受针刀和氨基胍干预的影响。

王金荣等^[30]通过小针刀对肌张力增高大鼠脊髓和背根神经节内 P 物质影响的研究,发现小针刀针刺可明显降低骨骼肌受压后背根神经节内疼痛物质初级感觉神经兴奋性递质(SP)的合成,SP 于中枢末梢的释放在短期内(3 d)未见明显变化。

郭长青等^[31]探讨针刀松解法治疗第 3 腰椎横突综合征的部分中枢镇痛机制,认为针刀松解法可能通过促进下丘脑生成更多的内源性 β-EP、ENK,以参与其长期镇痛效应的调节,针刀松解法与电针可能通过促进下丘脑 POMC mRNA、PPE mRNA 的表达,参与其镇痛过程。

胡波等^[32]观察第 3 腰椎横突综合征模型大鼠局部组织相关细胞因子的含量变化,提示第 3 腰椎横突综合征模型大鼠经针刀松解治疗后期,仍可以影响局部组织内炎性细胞因子的产生,对于与组织修复密切相关的 TNF-α、TGF-β 也有明显的良性调节作用,这可能是针刀治疗软组织损伤疗效更优的原因之一。

孙红梅等^[33]发现针刀松解法可通过减轻局部炎症病灶,松解局部的粘连和挛缩,改善局部循环,减轻炎症反应,并调节血清和肌肉组织匀浆中 5-HT 和肌肉组织中 β-EP 的含量,介导外周的镇痛效应。

4 结 语

针刀疗法是祖国医学和现代医学相结合的产物,它集中了中医针刺和西医手术疗法之优势,同时具有“针”和“刀”的双重功能。针刀疗法作为慢性软组织损伤的首选方法,具有疗效好且持久简单、经济安全、无毒副作用等特点,已为广大患者所接受。同时针刀结合其他疗法,其临床效果会更好,值得临床推广应用。目前临床研究和机理探讨日趋增多,但仍有许多问题亟待解决:①针刀医学提出的新理论部分尚处于假说阶段,缺乏基础理论研究的支撑。②应加强针刀适应病种诊疗规范化研究。因为以往对慢性软组织损伤这一大类疾病及脊柱相关病症的诊断太笼统,无行业规范可循。③循证医学方法应用过少,大多数还是以传统的经验医学和实践积累为主。

参 考 文 献

[1] 朱汉章. 小针刀疗法[M]. 北京: 中国中医药出版社, 1992: 84.
[2] 麻承德, 刘克骏. 120 例肩周炎的小针刀术治疗体会[J]. 青海医药杂志, 2010, 40(3): 30.

[3] 冯志强, 岳春学. 小针刀治疗屈指肌狭窄性腱鞘炎 623 例[J]. 中医外治杂志, 2006, 15(3): 58-59.
[4] 周志华, 唐峰, 吴洲红, 等. 针刀与电针阿是穴治疗慢性软组织损伤疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2009, 28(1): 36-38.
[5] 王应军. 小针刀结合针刺治疗肩周炎 36 例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2010, 8(2): 149.
[6] 张波, 冉琼. 小针刀结合温针治疗肩胛背部肌筋膜炎临床疗效比较[J]. 实用医院临床杂志, 2008, 5(3): 74-75.
[7] 李建军. 中药内服配合小针刀治疗颈椎病疗效分析[J]. 中国医药指南, 2010, 8(2): 61-62.
[8] 王战波. 小针刀配合中药治疗梨状肌损伤综合征疗效观察[J]. 浙江中医药大学学报, 2008, 32(6): 798-799.
[9] 郭志文. 小针刀结合推拿治疗肩周炎 40 例临床观察[J]. 中医药导报, 2009, 15(5): 50-51.
[10] 郑振足, 陈良坚, 林少峰, 等. 小针刀配合推拿治疗第三腰椎横突综合征[J]. 按摩与导引, 2006, 22(12): 38-39.
[11] 吴宏. 小针刀结合推拿治疗第三腰椎横突综合征 125 例[J]. 中华现代中医学杂志, 2009, 5(6): 352.
[12] 杨小龙, 王平均, 宋恒平, 等. 局部注射配合小针刀治疗颈夹肌劳损 58 例[J]. 实用疼痛学杂志, 2008, 4(3): 196.
[13] 王锋, 张雪芹. 腱鞘内注射与小针刀治疗屈指肌腱鞘炎的临床观察[J]. 宁夏医科大学学报, 2010, 32(1): 110-112.
[14] 欧家寅. 肩胛上神经阻滞联合小针刀松解治疗肩周 60 例[J]. 中医药导报, 2009, 15(6): 49-50.
[15] 田纪钧. 刃针疗法(1) - 刃针疗法的历史渊源[J]. 中国针灸, 2005, 25(2): 139-140.
[16] 邓志明, 吴汉卿. 中国针灸学会微创针刀专业委员会成立大会暨首届微创针刀学术研讨会论文集[C]. 2009: 1.
[17] 周志华, 吴洲红, 唐峰. 水针刀与针刀松解阿是穴治疗慢性软组织损伤疗效观察[J]. 针灸临床杂志, 2008, 24(8): 13-16.
[18] 江洋. 刃针治疗神经根型颈椎病疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2009, 28(4): 222-223.
[19] 朱汉章. 针刀医学原理[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 4.
[20] 魏恩德, 施晓阳, 王建平. 慢性软组织损伤针刀治疗研究进展[J]. 中国保健营养: 临床医学学刊, 2009, 18(3): 102-104.
[21] 张天民. 慢性软组织损伤的力学病理机制及针刀治疗学原理[J]. 湖北中医学院学报, 2010, 12(3): 46-47.
[22] 万碧江, 张天民. 针刀医学整体观念理论研究[J]. 中国民间疗法, 2010, 18(7): 5-6.
[23] 张义, 郭长青. 针刀治疗软组织疾病的理论依据及其效应[J]. 中国组织工程研究与临床康复, 2010, 14(24): 4520-4523.
[24] 孙红梅, 胡波. 针刀松解法对第三腰椎横突综合征模型大鼠耐痛阈及脊髓与下丘脑 ENK、β2EP 的影响[J]. 北京中医药大学学报, 2008, 31(7): 482-489.
[25] 胡波, 刘琳, 郭长青, 等. 针刀松解法对第三腰椎横突综合征大鼠下丘脑与脊髓 P 物质、八肽胆囊收缩素含量的影响[J]. 针刺研究, 2008, 33(1): 22.
[26] 钟鼎文, 郭长青, 嵇波, 等. 膝骨关节炎大鼠丘脑及下丘脑 β-EP 受体含量变化及针刀松解法的影响研究[J]. 中华中医药学刊, 2011, 29(2): 276-278.
[27] 李枫, 陈东明, 乔晋琳. 小针刀对移植于裸鼠的人皮肤增生性瘢痕组织中 I、III 型胶原蛋白的影响[J]. 中国微创外科杂志, 2009, 9(11): 1038-1040.

[28] 乔晋琳, 汲广成, 李金牛, 等. 针刀干预对 L₃ 横突综合征模型大鼠成纤维细胞增殖的影响[J]. 中国组织工程研究与临床康复, 2009, 13(11): 2013 - 2018.

[29] 李金牛, 乔晋琳, 郭长青, 等. 针刀干预对 L₃ 横突综合征模型大鼠骨骼肌 NOS 及 NO 的影响[J]. 中国骨伤, 2009, 22(11): 844 - 847.

[30] 王金荣, 王永志, 董福慧, 等. 小针刀对肌张力增高大鼠脊髓和背根神经节内 P 物质影响的研究[J]. 中国骨伤, 2010, 23(9): 692 - 695.

[31] 郭长青, 曹榕娟, 孙红梅, 等. 针刀松解法对第 3 腰椎横突综合征大鼠下丘脑前阿黑皮素 mRNA、前脑啡肽原 mRNA 表达的影响[J]. 针刺研究, 2010, 35(5): 354 - 357.

[32] 胡波, 郭长青, 孙红梅. 针刀疗法对腰三横突综合征模型大鼠局部组织 IL-6、IL-10、TNF- α 、TGF- β 的影响[J]. 中华中医药杂志, 2008, 23(8): 699 - 702.

[33] 孙红梅, 刘乃刚, 李晓泓, 等. 针刀松解法对第三腰椎横突综合征家兔 5-HT 和 β -EP 以及局部组织病理学的影响[J]. 辽宁中医杂志, 2011, 38(1): 1 - 3.

(收稿日期: 2011-05-03 修回日期: 2011-06-27)

腹腔镜在胃肠道疾病中的应用

梁振家

(广西防城港市第一人民医院, 防城港市 538021)

【关键词】 腹腔镜; 胃肠道疾病

【中图分类号】 R 656 【文献标识码】 A 【文章编号】 1673-6575(2011)05-0448-04

腹腔镜治疗是微创外科的一个重要组成部分。腹腔镜以其外科微创化的特性, 从各个角度渗入至胃肠道疾病的治疗环节, 其手术创伤小、治疗效果好, 深受临床医生与患者的欢迎。本文就近年来有关腹腔镜在胃肠道疾病的研究报道进行分析, 对其在胃肠道疾病中的应用及进展综述如下。

1 腹腔镜在胃疾病外科中的应用

1.1 胃肿瘤

1.1.1 早期胃癌 早期胃癌(early gastric cancer, EGC)通过内镜下黏膜剥离术(ESD) + 腹腔镜下淋巴结清扫术(LLND)可达到根治性切除病灶的目的。胡伟国^[1]认为, 早期胃癌者中近 9% 的淋巴结在 ESD 治疗中有转移的可能, 但 ESD + LLND 既可以完整切除局部病灶, 又在不影响根治性的前提下保留胃的生理功能, 且可在腹腔镜下清扫转移的可疑淋巴结。选择术式的策略: ①对隆起型病变肿瘤直径 ≤ 2 cm 的或凹陷型病变 ≤ 1 cm 的, 首选行内镜手术切除; 若切除不完全, 再在腹腔镜下行局部切除。②对病变直径 ≤ 3 cm 的, 首选行腹腔镜胃局部切除, 不必常规清除淋巴结。③对病变直径 > 3 cm 的, 首选行腹腔镜胃切除 + D1 淋巴结清扫。另外, 若难以预测黏膜下癌的淋巴结是否转移时, 可依据肿瘤的部位、大小、组织类型等指标并结合病人的全身状况来选择相应的手术方式进行治疗。

1.1.2 腹腔镜胃癌 D2 根治术治疗进展期胃癌的适应证 据 2002 年版日本胃癌治疗规范关于 D2 根治术适应证的规定, 对 I b、II 期及部分 III 期的进展期胃癌实行腹腔镜胃癌 D2 根治术较为可靠。一般认为, 对于分期超过 T3N2 的胃

癌, 不推荐行腹腔镜胃癌根治术, 主要理由是此时难以在腹腔镜下完成 D3 淋巴结的清扫。Huscher 等^[2]对 59 例胃癌患者进行前瞻性随机对照研究, 腹腔镜手术组 30 例, 开腹手术组 29 例, 结果开腹组与腹腔镜组 5 年总生存率分别为 55.7% 及 58.9%, 无瘤生存率分别为 54.8% 及 57.3%, 两组术后 5 年生存率无显著性差异。但该研究的临床病例较少, 提示该手术患者的术后远期疗效仍需大宗病例通过多中心临床前瞻性随机对照研究才能得出结论。

1.1.3 腹腔镜胃癌术后并发症 韩国 9 所国立医院的多中心前瞻性 RCT 研究^[3]结果显示, 172 例胃癌患者腹腔镜根治性远端胃切除术后近期 (< 30 d) 并发症发生率为 11.63% (20/172)。藏路等^[4]报道 79 例腹腔镜胃癌手术, 其中远端胃切除术 74 例, 近端胃切除术 2 例, 全胃切除术 2 例; 有 8 例 (10.1%) 患者出现腹腔内出血、吻合口漏、小肠梗阻等。腹腔镜胃癌手术与传统开腹手术相比, 其并发症主要有腹腔内出血、十二指肠残端瘘、吻合口瘘、吻合口狭窄、出血、切口感染等^[5]。手术并发症的发生主要与手术方式、手术范围、术者经验及熟练程度、患者的一般情况等因素相关^[6]。

1.2 胃转流术 采用腹腔镜下胃转流术可治疗糖尿病。Cummings 等^[7]回顾性分析了文献报道的接受 Roux-en-Y 胃转流术的病态肥胖症 3 568 例患者的临床资料, 结果术后并发 T2DM(II 糖尿病) 患者的糖尿病病情完全缓解率在 82% ~ 98%, 患者糖耐量受损的完全缓解率为 100%。长期随访还发现 LRYGB 手术不仅能控制 T2DM 患者的血糖, 还能阻止肥胖症和糖耐量受损的患者进展为 T2DM, 对降低 T2DM 患者的并发症发生率和病死率有明显防治作用。