

敷料覆盖包扎 24 h。一般治疗 1~3 次。

1.6 治疗标准 参考国家中医药管理局的诊断治疗标准,制定如下治疗评估标准,按 VAS 疼痛指数标记法对腰臀部疼痛进行评价。正常:无疼痛,0 分;轻度:1~4 分;中度:4~7 分;重度:7~10 分。

1.7 疗效评定标准 采用疼痛指数,结合临床症状、体征进行疗效评定。临床治愈:主症消失,或积分 ≤ 1 分;显效:临床症状和体征明显好转,疼痛基本消失,活动范围基本正常,积分下降 $\geq 2/3$ 且 ≥ 1 分;有效:临床症状和体征好转,疼痛减轻,活动范围增加 100,主症积分下降 $\geq 1/3$ 且 $< 2/3$;无效:临床症状和体征无变化,积分下降未达 $< 1/3$ 。

2 结果

本组 56 例,最少治疗 1 次,最多 3 次。经 1 个月至 6 个月的随访,按上述疗效评定标准评定,治愈 38 例占 67.85%,显效 12 例占 21.42%,有效 6 例 10.71%,无效 0 例,总有效率 100%。通过对 56 例患者的两大临床症状记分评判,对比前后的分值变化,经 t 检验分析, $P < 0.05$,差异有统计学意义。

3 讨论

臀上皮神经主要来源于 $L_1 \sim L_5$ 脊神经后支的外侧支,在竖脊肌外侧缘穿出深筋膜后行于皮下浅筋膜,向下外跨过髂嵴“入臀点”处被骨纤维管固定,穿出至皮下分布于臀部及股后外侧皮肤。这个孔道有时像紧紧包绕这些神经的束膜,狭窄时可对其形成压迫。其行经特点是转折多、角度锐、位置浅、行程长及邻近脂肪的异位,因而成为臀上皮神经易受损伤的重要因素。根据临床观察及解剖学研究表明,臀上皮神经易受损主要是力学因素及其解剖学特点所造成的^[1]。当体位不当、过度劳累以及感受风寒导致肌肉紧张或痉挛,牵动筋膜,与筋膜间发生相对移位而损伤,局部炎症渗出,或者反复多次刺激,局部炎症部位粘连和瘢痕化,导致臀上皮神经通道

狭窄而造成卡压。皮神经卡压综合征是指皮神经在行走过程中,由于某些原因受到慢性卡压而引起的神经功能障碍,并表现出一系列的神经分布区的不同程度的感觉障碍、植物神经功能障碍、营养障碍甚至运动功能障碍^[2]。

我们利用铍针治疗臀上皮卡压综合征,随访 1 个月至 6 个月,取得满意疗效,总有效率 100%。同时对患者两大临床症状记分评判,对比前后的分值变化,统计学上有明显差异。说明铍针治疗臀上皮卡压综合征有明显疗效。铍针是根据皮神经卡压综合征的特点设计研制而成的,铍针治疗方法相当于一种创伤较小的神经外松解术。实验研究表明,单纯的神经外松解术可使受压皮神经的组织学和电生理学得到较好的改善,从而为铍针治疗神经卡压综合征提供了实验依据^[3]。术中通过铍针对皮下组织、筋膜和肌肉的切割,使筋膜腔内压力减低,筋膜表面张力降低,松懈粘连,消除瘢痕,从而消除感觉神经末梢所受的刺激和压迫,缓解疼痛。故铍针治疗不仅使粘连松懈,而且减压减张^[4]。另外,由于术中神经周围组织的损伤较小,因此术后神经周围形成的瘢痕少,不易再形成卡压,从而可以使临床症状得到明显的改善。因此,铍针治疗臀上皮神经卡压综合征疗效肯定,且具有创口小、疼痛小、无需麻醉、定位准确、松懈较为充分的特点,是一种易于推广的疗法。

参 考 文 献

- 1 宋敏. 封闭配合手法治疗臀上皮卡压综合征 42 例[J]. 颈腰痛杂志, 2004, 25(4): 284.
- 2 董福慧, 郭振芳, 张春美等主编. 皮神经卡压综合征[M]. 北京: 北京科学技术出版社, 2002. 98~99.
- 3 孙捷, 陈旭辉, 王西迅, 等. 铍针治疗皮卡压综合征[J]. 中医正骨, 2005, 17(5): 15~16.
- 4 雷仲民, 黄明华, 伊辛成, 等. 铍针治疗颈肩部皮神经卡压综合征[J]. 中国骨伤, 2004, 17(11): 674~675.

(收稿日期: 2006-10-01 修回日期: 2007-01-12)

鼻内镜下鼻中隔矫正术 243 例报告

吴海云 陈 河

(广西北海市合浦卫生学校附属医院, 北海市 536100)

鼻中隔矫正术是耳鼻咽喉科常见手术,以往在额镜反光照明下施行手术,照明度差,视野不清,手术有一定盲目性,局部损伤较大,偶有鼻中隔穿孔等并发症发生,甚至矫正不彻底,鼻中隔矫正术失败时有发生。我科在 1999~2005 年在鼻内镜直视下对 243 例鼻中隔偏曲患者施行了鼻中隔矫正术,效果满意,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组病例 243 例,男 187 例,女 56 例,年龄 12

~63 岁。其中 12~16 岁 46 例,平均年龄 14.8 岁。主要临床症状为鼻塞、头痛、脓涕、嗅觉障碍和鼻出血等。既往有鼻中隔黏膜下切除术史 7 例。所有患者均行鼻内镜和鼻窦 CT 检查: 243 例中“C”型弯曲 53 例,“S”型弯曲 59 例,嵴状或棘状突起 54 例,高位偏曲伴低位嵴状突起 77 例;偏曲压迫下鼻甲 83 例,压迫中鼻甲 96 例,伴鼻窦炎 68 例,68 例鼻窦炎中伴息肉 43 例。

1.2 手术方法 手术在鼻内镜下施行,仰卧位,鼻黏膜表麻及切口浸润麻醉后作偏曲侧皮肤黏膜交界切口或偏曲部位前切口,切开黏软骨膜后分离黏软骨膜及黏骨膜,离断鼻中隔软

骨后缘与筛骨垂直板和犁骨连接处。对偏曲位于鼻中隔软骨后缘以后者,分离对侧黏骨膜,切除或矫正偏曲部位。未成年患者的筛骨垂直板和犁骨较小而薄,可塑性好,可咬除筛骨垂直板前端1~2 mm与鼻中隔软骨因离断而错位重叠部位后在筛骨垂直板上端由前向后剪断复位,犁骨予骨折复位。对软骨“C”型偏曲者,在切口后2 mm自上而下切开软骨至对侧黏软骨膜下,在软骨最凸部位作前后位宽约1 mm的条形切除,视情况作1至数条平行于鼻底或鼻梁的切开,将附着对侧黏软骨膜的鼻中隔软骨推向正中位。对前下方棘或嵴突,将鼻中隔软骨与上颌骨鼻嵴和犁骨分离,切除重叠的软骨,分离双侧黏骨膜凿除或咬除棘或嵴突。59例同期行鼻内镜鼻窦手术,23例同期行下鼻甲部分切除术,7例行鼻中隔再矫正术。鼻中隔矫正后缝合切口,将四环素可的松眼膏纱条一端置于中鼻道,双侧鼻腔匀称折叠填塞,术后24 h抽纱。

2 结果

46例未成年患者随访至18岁,其余197例随访3个月至1年,结果所有患者鼻中隔于正中位,237例获满意通气效果,6例伴鼻窦炎者鼻窦炎未痊愈,鼻塞减轻,脓涕减少,无鼻中隔穿孔、鼻中隔脓肿、外鼻畸形等并发症。9例鼻中隔鼻甲粘连,7例分离后治愈。

3 讨论

鼻内镜下行鼻中隔矫正术具有照明度好、视野清晰、操作简便易行、手术损伤范围小等优点^[1],随着鼻内镜手术的推广应用,有取代额镜下手术的趋势。通过本组的观察,我们有如下体会:①鼻内镜直视下手术较深部位也可获得良好视野,可

在弯曲前或嵴前作黏膜切口,手术损伤范围较小,这在矫正筛骨垂直板高位偏曲,后端嵴突和鼻中隔再矫正术中优势明显^[1,2]。对鼻腔较小的未成年人患者采用常规切口易于保证足够宽和清晰的术野。②鼻内镜下施行手术操作准确精细,可在矫正鼻中隔的同时尽量保留其软骨和骨性支架,避免术后外鼻畸形、鼻中隔穿孔等并发症。由于保留了软骨支架,术后不影响鼻腔发育^[3],故该术式可用于未成年患者。本组46例12~16岁患者随诊至18岁,其鼻长度、鼻与面部角度及鼻唇角均正常。③可同期行鼻内镜鼻窦手术,鼻中隔矫正后消除机械性梗阻,利于鼻窦手术操作和术后换药,以及术腔通气引流,减少鼻窦炎鼻息肉复发^[4]。同期手术可减少住院时间和费用,患者乐于接受。④鼻内镜直视下填塞鼻腔,能确保鼻中隔位于正中位,因手术损伤小,出血少,填塞无需过紧,下鼻道可不填塞,明显减轻术后鼻塞、头痛等不适。总而言之,鼻内镜下行鼻中隔矫正术操作简易,损伤小,并发症少,适应症广,值得临床推广应用。

参 考 文 献

- 1 邓良珍,陈 猛,李 云.鼻内镜下鼻中隔矫正手术[J].中华耳鼻咽喉科杂志,2003,38(4):271.
- 2 胡伟群,方文旭,吴春波.鼻内镜下鼻中隔再矫正手术30例[J].临床耳鼻咽喉科杂志,2001,15(2):82~83.
- 3 张 谨.鼻窦内镜手术治疗未成年人慢性鼻窦炎的临床观察[J].中华耳鼻咽喉科杂志,2004,39(1):27.
- 4 张运东,何纯会,徐长国,等.鼻中隔和多鼻窦联合手术的疗效观察[J].临床耳鼻咽喉科杂志,2006,20(8):360.

(收稿日期:2006-10-14 修回日期:2006-12-25)

部分性脾动脉栓塞术术后并发症的诊治

秦 军 姚清深 徐旭军

(广西玉林市红十字会医院,玉林市 537000)

部分性脾动脉栓塞术(partial splenic artery embolization, PSAE)日渐成为替代外科脾切除术的方法,广泛应用于肝硬化失代偿期、脾功能亢进症、以及门静脉高压症有外科手术指征的患者或经颈静脉肝内分流术(tipss)失败者的治疗。PSAE具有纠正脾功能亢进、降低门脉压力的作用,但术后并发症常见,甚至有死亡病例报道。如何及时有效地预防并发症,对预后至关重要。1998年7月至2006年6月,本院行PSAE 78例,对其并发症及时作出诊断及治疗,疗效满意,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组78例,男42例,女36例,年龄8~66岁,平均35岁,其中肝炎后肝硬化合并门脉高压症39例,地中

海贫血并脾大36例,肝癌合并门脉高压症3例。均有脾大、脾功能亢进,肝脏储备功能Child-pugh分级A级62例,B级11例,C级5例(经保肝治疗手术前达B级)。78例术前均经病史、临床表现、血常规、肝功能、血生化、B超或CT及胃镜检查、骨髓检查,临床确诊合并脾功能亢进症。

1.2 方法 术前常规检查血常规、出凝血4项及肝、肾功能,穿刺部位备皮,抗生素皮试及碘过敏试验,肝功能Child-pugh分级C级者保肝治疗达到B级。常规消毒铺巾,局麻(小儿全麻)下以Seldinger技术穿刺股动脉,穿刺成功及保留动脉鞘后,引入5~6 F的Cobra、Yassmor、R-H导管,借助导丝选择性插管至脾动脉中段后造影,据造影路径图将导管超选择插管至脾动脉干的末段或者不同的脾支内,导管前端必须超过胰