

用咽-喉、气管-隆突黏膜表面麻醉,抑制了咽反射和咳嗽反射,刺激性咳嗽减轻;经口导管介入材料 4F 导管 0.035 英寸导丝,管径细,柔软,易通过狭窄部位,建立支架植入通道的时间缩短,术中患者呼吸道没有完全堵塞能保持正常呼吸状态, $\text{SaO}_2 > 95\%$ 。此方法比以往静脉麻醉支持下,经鼻支纤镜引导的气管支架植入术或经气管切开输送器支架植入术^[3]较安全、简单,更易为患者接受。

参 考 文 献

- 1 黄頔,王富强,于化鹏,等.气管支气管支架治疗癌性呼吸道梗阻.中国内镜杂志,1998,10:77.
- 2 王自秀,邓晓丽.1 例镍钛记忆金属气管支架植入术的护理配合.医学文献,2001,6:397.
- 3 伍筱梅.大气道狭窄的支架治疗.介入放射学杂志,2002,8:278-280.

(收稿日期:2002-09-23)

· 临床经验 ·

经皮跟骨减压术治疗顽固性跟痛症

徐宁

引起跟痛的原因很多,治疗也有多种方法。我院自 1998 年 10 月至今,采用经皮跟骨减压术治疗因跟骨内压增高引起的跟痛症 18 例,取得了良好的临床效果。

材料和方法

一、一般资料

本组 18 例,男 10 例,女 8 例,年龄为 28~62 岁,平均 42 岁。病程为 2 个月~3 年,均为单侧发病,左侧 7 例、右侧 11 例。疼痛以跟部胀痛为主,跟周可有多个痛点,叩痛和压痛明显,跟部落地时疼痛加剧,活动受限。X 线检查:跟骨骨刺形成 12 例,跟骨骨质正常 6 例;所有病例都经多种方法治疗无效而就诊。

二、治疗方法

(一)器械 套管穿刺针,跟骨骨钻,骨挺子,50 ml 注射器。

(二)治疗方法 患者侧卧,健侧肢在下方并屈髋屈膝,患侧肢在上方且略屈髋屈膝,患足内侧面紧贴于床面,使跟部外侧面向上方。局部消毒跟部外侧皮肤,在 X 线电视下定位,以跟骨中后 1/3 处为穿刺点,用 2% 利多卡因 5 ml 局部麻醉穿刺部位,纵行切开皮肤约 7 mm,以套管穿刺针引导,将骨钻引至骨面,然后顺时向钻骨,在跟骨中后 1/3 处,骨钻由此处按 45°角和 90°角分别向前内方和内侧方向钻入骨内 3.0 cm 和 2.0 cm。退出骨钻,用骨挺子

将骨钻内骨质顶出,再将骨钻分别原路放回跟骨内,用 50 ml 注射器连接骨钻尾孔并用力反复抽吸,抽出骨内血约 30~50 ml 后,注入庆大霉素 16 万 U 冲洗。拔出骨钻,局部加压包扎。术后给予抗生素 3 d,24 h 内抬高患肢。

结 果

18 例中,12 例术后当天跟痛明显减轻,1 周后疼痛消失,6 例术后 3 d 跟痛减轻,2 周后疼痛消失,其中 2 例治疗后 2 个月再发跟痛,经对症后好转。总有效率为 100%,治愈率为 88.9% (16/18),无任何并发症。15 例随访 6 个月至 3 年 5 个月,症状无复发,3 例失访。

讨 论

跟痛是常见病症。跟痛的原因很多,如跟部软组织病变,骨质病变,血液循环障碍等^[1],一般认为多与骨刺形成有关。从本组病例看,18 例跟痛中,有 6 例跟骨并无骨刺,说明跟骨骨刺并不是跟痛的惟一原因。跟痛者多数疼痛点在足跟底部偏内侧相当于跟骨内侧结节处,压痛明显,而此处是跖盘膜的起始处,走路时跖盘膜对该处的牵拉及长久行走、负重导致该处的慢性劳损而跟痛,用局部注射方法多数病例疼痛可消失^[2],这是跟痛的主要原因。顽固性跟痛多是末梢神经或跟骨髓腔内压力增高及无菌性炎症所致,用局部注射法无效,局部理疗可缓解症状,但不能治愈,本组采用经皮跟骨减压术^[1,2]治疗骨髓腔内压增高所致的顽固性跟痛有效,也说明了这一可能病因。因血液循环障碍导致跟骨髓腔内压

增高,只有通过抽吸髓内血液,减轻骨内压,恢复血液正常循环,才能从根本上解除跟痛。

采用经皮跟骨减压术治疗跟痛要严格掌握适应证,不是所有跟痛者都需行跟骨减压术。导致跟痛的原因很多,只有经详细检查排除跟骨其他性质的疾病,拟诊跟骨髓内压增高导致跟痛,且采用其他疗法无效时方可行经皮跟骨减压术。

经皮跟骨减压术应在严格无菌下施术,操作要快捷、准确,尽量缩短时间,以防感染。

本组使用的骨钻直径 7 mm,带齿,空心,比常规骨穿刺针粗,但骨损仍很小,与骨穿针比较,更容

易抽吸,减压效果更好。需要注意的是在进入软组织内时,要逆时针方向旋转引进,否则齿口会损伤组织,特别是割损小血管,致出血较多。本组病例每次抽吸血 30~50 ml,效果满意。本疗法简便、安全、有效,是治疗因跟骨髓内压增高导致的顽固性跟痛的首选方法。

参 考 文 献

- 1 周义成.跟骨疼痛的经皮减压治疗.放射学实践学术研究专辑,1998(特刊 II):51.
- 2 田信昌.跟痛症 42 例分析.红河医刊 2000,1:8-9.

(收稿日期 2002-05-25)

· 临床经验 ·

经皮穿刺椎间盘摘除术治疗颈椎间盘突出症

赵建华 梁棉 梁兆本 池宝成 王永述 康维东

颈椎间盘突出症是一种常见病,自无创性影像学 CT、MRI 检查应用以来,该症诊断更为明确。

继周义成报道用经皮穿刺颈椎间盘摘除术即(PCD)治疗颈椎间盘突出症后,我们于 1997 年 6 月起分别用 3 种切割器对 87 例 127 个颈椎间盘突出行前路 PCD 治疗,获优良效果,现报道如下。

材料与方 法

一、一般资料

本组经前路 PCD 治疗的 87 例 127 个颈椎间盘突出症患者中男性 67 例,女性 20 例。年龄 32~70 岁,平均 51 岁。病史 1 个月~8 年,其中 4 例曾行后入路椎板切除减压效果不佳者,主要临床症状、体征有:枕、颈、臂、上肢、手部放射性灼痛,麻木 72 例,颈髓型截瘫 4 例。肱二、三头肌反射亢进 30 例,膝、跟腱反射亢进 31 例,Hoffmann 征阳性 27 例,Babinski 征阳性 28 例。MRI 片示 C₂₋₃ 3~4 4~5 5~6 椎间盘突出 37 例、C₅₋₆ 6~7 椎间盘突出 50 例。临床分型及分级参照全国颈椎病专题座谈会所定标准¹而定。本组 87 例脊髓型 24 例,神经根型 53

例,混合型 9 例,交感神经型 1 例,瘫痪分级情况为:I 级 3 例,II 级 11 例,III 级 4 例。

二、适应证及禁忌证

(一)适应证 ①患者症状、体征较重,影响日常生活和工作,经非手术治疗 2 个月无效者;②神经根或脊髓压迫症状加重及反复发作;③症状突然发作确诊为颈椎间盘突出、脊髓受压明显者。

(二)禁忌证 ①临床症状、体征轻,经保守治疗或休息有效者;②虽有临床症状,但影像学检查阴性者;③临床检查和影像学检查符合椎间盘突出,但有椎管内肿瘤或脊髓本身病变者、椎体感染者等;④病史过长,MRI 片示脊髓变性,估计术后不能恢复者;⑤椎间盘突出合并黄韧带肥厚、钙化、骨质增生颈椎管狭窄;⑥有严重心、脑血管病、出血性疾病或神经、精神疾病患者均属本手术治疗的非适应证²。

三、手术方法

(一)切割设备 自行设计颈椎间盘切割器,“C”型臂有影像增强器大型 X 线机。

(二)术前准备 ①术前 3~5 d 指导患者推移气管;②检查血常规、血沉、PT、PTT;③术前开始静滴抗生素;④术前 30 min 肌注镇静剂。

(三)手术方法 ①患者仰卧于 X 线诊断床上,肩部垫以 5cm 高软枕,使头、颈部后伸,便于手术操作;X 线机置水平侧位;②取右前入路、电视导向下操作。局部皮肤消毒,无菌下利多卡因麻醉切开皮肤 3~4 mm;左手拇指向左侧推移气管,右手持定

作者单位:121001 锦州市 中国人民解放军第二〇五医院骨科(赵建华、梁棉、梁兆本) 沈阳铁路局总医院介入科(池宝成) 锦州铁路分局山海关铁路医院骨科(王永述) 锦州市 65659 部队卫生队(康维东)

经皮跟骨减压术治疗顽固性跟痛症

作者: [徐宁](#)
作者单位: [661100, 云南省红河州医院放射科](#)
刊名: [介入放射学杂志](#) [ISTIC](#) [PKU](#)
英文刊名: [JOURNAL OF INTERVENTIONAL RADIOLOGY](#)
年, 卷(期): 2003, 12(2)
被引用次数: 1次

参考文献(2条)

1. [周义成](#) [跟骨疼痛的经皮减压治疗](#) 1998(z2)
2. [田信昌](#) [跟痛症42例分析](#) 2000

引证文献(1条)

1. [周敏](#). [丁悦](#). [张耀光](#). [潘永良](#) [跟骨钻孔减压术治疗跟痛症的疗效分析](#)[期刊论文]-[岭南现代临床外科](#) 2004(2)

本文链接: http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_jrfsxzz200302022.aspx

授权使用: 西安交通大学(xajtdx), 授权号: 72d28906-113f-4c40-b551-9e4100d32cff

下载时间: 2010年12月3日