

TNF- α 等细胞因子。同样,有些中药也可降低人体中的细胞因子、抑制炎症介质的产生。尽管在炎症性肠病中尚无有关的成熟报道,但在其他许多与免疫、细胞凋亡有关的疾病中已不乏相关研究结果发表。黄芪可使血中 IL-4 减少,IFN- α 增加^[9]。葛根素(10~7mol/L)有促进增殖血管平滑肌细胞凋亡的作用,凋亡率为 17.0%^[10]。四君子汤复方总多糖可对抗环磷酸腺苷诱导的小鼠肠道粘膜相关淋巴组织中 Peyer's 结数目、Peyer's 结细胞总数、肠粘膜内 CD₃⁺、IgA⁺ 细胞量的减少,细胞凋亡程度也明显减轻^[11]。

正如人们所熟知的那样,溃疡性结肠炎患者的病情往往与病变部位和范围有关。病变越是接近远端结肠、累及范围越小,临床症状越轻;反之,随着病变逆行向近端结肠蔓延及范围扩大,消化系统症状越重,全身症状明显。全结肠炎一般肠道症状和全身表现均严重,易出现并发症^[1]。从所用药物分析,补气健脾和中、化湿理气的党参、川朴、建曲、柴胡、茯苓、苍术多用于全结肠炎,而清热燥湿通下、缓急止痛的大黄、黄柏、白芍、甘草则多用于直肠炎和左半结肠炎。聚类及判别分析亦表明,补气健脾、健脾化湿兼以清热止血为一类治法,而凉血解毒则为另一类治法。脾虚病久,水湿不化,脾虚湿盛,湿热伤及脂络为溃疡性结肠炎的主要病机之一。健脾化湿、清热凉血不失为本病治疗的主要原则,但当根据病位、病性之不同,从实、从虚分别论治。尽管病情轻重有所不同,若分型正确,论治恰当则并不影响疗效。

灌肠一法早在孙思邈的《千金要方》中即有记载,地榆配石菖蒲和白及,或是茜草配荔枝草和五倍子等。目的在于局部取得一定的疗效,并通过肠道吸收,调节整个机体的平衡状况。调查显示,消化内科多用地榆配石菖蒲和白及,而肛肠科则多用茜草配荔枝草和五倍子以及磺腐酸钠多用于全结肠炎,这可能与各科传统用药习惯及各优势病种有关。

本研究希望藉从不同的角度,客观分析评价 JSSZ1993 年 1 月~2002 年 1 月收治的炎症性肠病病例,并在一般情况、病例构成等方面与 VU 的同期病例进行比较,分析了溃疡性结肠炎的证治特点,为今后中医药治疗、研究炎症性肠病提供了一些基本思路。

参考文献

[1]Van Bodegraven AA, Pena AS.Treatment of extraintestinal manifestations in inflammatory bowel disease[J]. Curr Treat Options Gastroenterol,2003, Jun; 201~212

[2]Ogura Y, Bonen DK, Inohara N, et a. A frameshift mutation in NOD2 associated with susceptibility to Crohn's disease [J].Nature, 2001 , 411 (6837): 603~606

[3] 邓长生,夏冰.炎症性肠病[M].北京:人民卫生出版社,1998.6

[4]李乾构,王自立.中医胃肠病学[M].北京:中国医药科技出版社, 1993.642

[5]Gasche C, et al.A simple classification of Crohn's disease: report of the working party for the world Congress of Gastroenterology, Vienna 1998[J]. Inflamm Bowel Dis, 2000, 6(1): 8~15

[6]张树基,刘新光.现代消化内科诊疗手册[M].北京:中国协和医科大学北京医科大学联合出版社,1998.191

[7]李仪奎,姜名璞.中药药理学[M].北京:中国中医药出版社,1992: 54, 123, 200

[8]Dieleman LA, Palmen MJ, Akol H, et al.Chronic experimental colitis induced by dextran sulphate sodium (DSS) is characterized by Th1 and Th2 cytokines[J]. Clin Exp Immunol, 1998 ,114(3): 385~391

[9]杨秋霞,杨景云,曲昌发,等.黄芪对豚鼠 I 型超敏反应的影响.中国微生物学杂志,2002, 14(1): 17~18

[10]王位,赵明镜,钟蓓,等.5 种中药黄酮对血管平滑肌细胞凋亡的交互作用[J].北京中医药大学学报,2000, 23(4):18~21

[11]刘良,周华,胡英杰,等.四君子汤复方总多糖对小鼠肠道粘膜相关淋巴组织的影响[J].中国免疫学杂志,2001,17(4): 204~206

手术治疗腰椎管狭窄症 60 例体会

孔祥学 田玉琴 赵杯志

(山东省莱钢特钢医院 莱芜 271105)

关键词:腰椎管狭窄症;手术疗法

中图分类号:R 681.5

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2004)01-0006-01

我院从 1998 年 1 月~2001 年 12 月采用手术治疗腰椎管狭窄症 60 例,现总结如下:

1 临床资料

本组共 60 例,其中男 38 例,女 22 例;年龄 28~70 岁,平均 51 岁;病程 2 个月~20 年;持续腰痛 49 例,下肢麻木者 35 例,有间歇性跛行 52 例,放射性下肢痛 31 例,下肢感觉减退 23 例,肌力下降 21 例,直腿抬高试验阳性 17 例,跟腱反射减弱 11 例。术前常规拍摄腰椎正侧位、双斜位 X 线片,做腰椎

CT、MRI 或椎管造影,结合临床表现,均诊断为腰椎管狭窄症,排除腰椎滑脱、椎管内肿瘤等病变。狭窄平面:L₄₋₅者 25 例,L₅~S₁者 19 例,L₄~L₅和 L₅~S₁均狭窄者 16 例。

2 手术方法

首先行椎板开窗,切除范围上至黄韧带在上位椎板的附着处,下至黄韧带下界,内侧达中线,外侧界至关节突内侧。显露硬膜囊,探查椎管内情况,切除外侧深达侧隐窝的增厚之黄韧 (下转第 28 页)

的作用[J].中华外科杂志,1994,32(9): 692~695

[5]杜金行,毛建生.微循环障碍与药物作用[J].国外医学·中医中药分册,1996,18(2): 6~7

[6]张永顶.尿激酶的研究进展[J].上海医药检验杂志,1993(2): 102~104

[7]唐立明,樊粤,光何伟,等.介入法治疗激素性股骨头坏死的临床和实验研究[J].中国中医骨伤科杂志,2000,8(5):14~17

[8]李峻辉,宁亚功,贺斌,等.介入治疗激素性股骨头坏死的实验研究[J].云南中医学院学报,2002,25(4):19~21

[9]吴云刚,童培建,肖鲁伟,等.激素性股骨头坏死介入治疗过程中 VEGF 表达的实验研究[J].中国中医骨伤科杂志,2002,10(4): 30~34

[10]马河新,向艳梅.中西医结合介入治疗股骨头坏死[J].河南医药信息,2000,8(12): 33

[11]张工化,末太民,崔红领,等.成人非创伤性股骨头坏死 DSA 表现及介入治疗疗效观察 [J]. 中国医学影像技术,2002,18(11):1 141~1 143

[12]蒋忠仆,袁木林,马宏波,等.介入治疗股骨头坏死及疗效评价[J].骨与关节损伤杂志,1998,13(3): 151~153

[13]FiCat RP.Idiopathic bone necrosis of the femoral head: early diagnosis and treatment[J].J Bone JointSurg(Br),1985,67(1):3

(收稿日期:2003 - 09 - 26)

(上接第 6 页)带及嵌压硬膜囊之椎板、增生骨质,硬膜囊减压后,用神经剥离子轻剥神经根,了解神经根的紧张度和可动度。神经根活动度在 5mm 以上者,提示侧隐窝无狭窄。如神经根活动度差或侧隐窝狭窄,应行侧隐窝减压,切除下关节突内侧 1/3,充分去除侧隐窝内增生之黄韧带,必要时咬除侧隐窝后壁的部分骨质,以达到既扩大侧隐窝又不影响椎间关节稳定的目的。如侧隐窝无明显狭窄或其减压后,但神经根固定或不游离,则用小椎板钳沿神经根管方向向外下方咬除神经根周围所有骨性及软组织致压物,直至神经根游离,活动达 3~5mm。本组病例中到此,神经根均已达到充分减压。根据症状可以行单侧,也可以行双侧同时减压。

3 治疗结果

3.1 疗效标准 采用 Nabal 分级标准,优:间歇性跛行和腰腿痛症状完全消失,恢复原工作。良:术后症状消失,但劳累后有轻度腰腿痛,不影响原工作。可:术后仍有腰腿痛,下肢肌力和膀胱括约肌功能未能恢复正常,但较术前改善。差:术后症状未能解除,不能胜任原工作,仍需进一步治疗。

3.2 治疗结果 术后 3 个月,优 42 例,良 15 例,可 3 例,优良率 95%。

4 讨论

4.1 手术适应症的选择 严格的手术适应症是保证术后效果的关键。我们一般掌握以下几点:(1)中重度的神经压迫症状,无或伴有腰背痛,跛行距离 <500m。(2)部分或进行性神经功能缺失或出现马尾神经受损症状者。(3)椎管造影中位、侧位片上,椎管前后径狭窄 >25%或 CT 轴位扫描椎弓根上切迹层面椎管与椎体矢状径比值 <0.6。(4)行正规保守治疗无效,无手术禁忌症者。

4.2 手术方法 手术方法的选择以术中探查为准。手术时尽量不破坏后柱的稳定结构,尽量保持后纵韧带的完整。对于椎板处理,我们的原则是尽量行开窗减压,若不彻底,再行半椎板切除,能单侧手术解决问题的就不做双侧,能半椎板解决问题的就不做全椎板切除,以保留中央骨韧带结构。后柱结构破坏越多,对脊柱稳定性影响越大,术后潜在椎不稳^[1],常是远期疗效下降的主要原因。对于造成椎管内马尾部神经根受压的原因多为腰椎间盘突出,黄韧带及椎间关节严重增生内聚致中央管容积改变^[2]。侧隐窝狭窄与腰椎间盘突出后外侧突出或膨出有关,也常常与椎间关节肥大、黄韧带增生及椎间盘病变继发的假性滑脱有关。而椎间孔狭窄多在侧隐窝出口处,与椎弓根骨质增生下关节突增生肥大及假性滑脱相关。将神经根通道上的所有致压物彻底清除是保证手术效果的关键。如术中发现神经根周围无明显受压,应探查神经根外膜,往往存在外膜的束状狭窄,此时应将束状狭窄外膜切开减压,这是腰椎管狭窄症的特殊情况。

术后康复锻炼也具有重要意义,我们一般在术后 24h 帮助病人进行抬腿锻炼,抬腿高度 >70° 随疼痛缓解,并由病人主动抬腿锻炼,这样既能预防神经根粘连及静脉血栓形成,又可锻炼肌肉力量,促进功能恢复。下床活动一般在术后 3 周左右,此时软组织损伤基本修复,可戴腰围行走。

参考文献

[1]陈其昕,陈维善.腰椎管狭窄症和后路减压术后的腰椎不稳定及对手术效果的影响[J].中华骨科杂志,1997,17(10): 603

[2]蔡钦林.有关腰椎间盘突出症与腰椎管狭窄症的诊断与治疗[J].中华骨科杂志,1996,16(2): 75

(收稿日期:2003 - 09 - 09)