

2.3 甲状旁腺损伤的术后治疗 暂时性甲状旁腺功能低下很多无明显临床症状, 仅少数有焦虑、口唇麻木, 严重者有手足抽搐, 一般静注钙剂可迅速纠正。永久性甲状旁腺功能低下症状明显, 可发生咽喉及膈肌痉挛, 引起窒息而危及生命, 须及时补充钙剂及维生素 D 剂等, 有条件者可行甲状旁腺移植^[6]。甲状旁腺损伤后, 甲状旁腺激素在术后 3 h 达最低值, 血钙在 24 h 内开始下降, 3 d 达最低值。严重低血钙、手足抽搐时应立即静脉缓慢注射 10% 葡萄糖酸钙 10 mL, 于 4~5 min 内注入, 若症状无缓解也可重复使用 2~3 次。静注时注意心率变化, 若心率加快、心音加强、患者有发热感等症状更应减慢注射速度。此后静脉滴注稀释的 10% 葡萄糖酸钙 10 mL, 2~3 次/d, 以控制痉挛症状。若患者能进食, 可同时口服钙剂和维生素 D₂ 或 D₃, 5~10 万 U/d, 可口服双氢速甾醇、骨化三醇, 辅以低磷饮食。永久性甲状旁腺损伤患者, 可选择新型替代药物特立帕肽, 可减少钙剂及骨化三醇的需要量, 2 次/d, 皮下注射。同时应密切监测血钙, 并调整好控制症状的每天合适钙剂量。

参考文献

[1] 黄国平, 蔡铭智, 陈培臻. 甲状腺癌术后低钙血症探讨[J]. 实用医学杂志, 2009, 25(15): 2 501-2 502
[2] 黄韬. 全甲状腺切除术中甲状旁腺保护及并发症防治[J]. 中国实用外科杂志, 2012, 32(5): 360
[3] 黄韬. 甲状旁腺术中损伤的预防和处理[J]. 中国实用外科杂志, 2008, 28(3): 179-180
[4] 边学海, 张纯海, 李世杰, 等. 甲状腺手术中甲状旁腺保护及术后低钙血症的处理[J]. 中国实用外科杂志, 2011, 31(6): 527-529
[5] Moffett JM, Suliburk J. Parathyroid autotransplantation [J]. Endocr Pract, 2011, 17(suppl 1): 83-89
[6] 徐少明. 甲状旁腺功能减退的诊断与治疗[J]. 中国实用外科杂志, 2008, 28(3): 182-185

(收稿日期: 2013-12-30)

呈扁平卵圆型, 黄褐色, 质软, 长 3~6 mm, 宽约 3 mm, 厚约 2 mm, 重 30~50 mg, 有完整的包膜, 多数位于甲状腺的真假被膜之间的结缔组织中。上侧甲状旁腺多位于甲状腺叶背侧上中三分之一交界处, 环状软骨下缘水平并靠近食管后外侧缘, 此处紧靠喉返神经入喉处。中下位甲状旁腺位置变异巨大^[2], 多位于甲状腺中下级外侧或后外侧, 紧贴甲状腺固有被膜。全甲状腺切除术中, 在甲状腺固有被膜和外科被膜之间游离甲状腺, 可以辨识出甲状旁腺。

2.2 甲状旁腺损伤的预防 (1) 熟练掌握甲状旁腺的解剖。术中至少保留 2 个甲状旁腺才不至于引起甲状旁腺功能低下^[3]。本组 1 例为了追求癌症根治, 双侧甲状腺全切, 每侧只留一个甲状旁腺, 甲状旁腺挫伤后出现一过性低钙血症。(2) 紧贴甲状腺被膜游离甲状腺, 靠近甲状腺腺体结扎切断甲状腺下动脉分支, 可避免损伤甲状旁腺并保护甲状旁腺血供。本组 1 例离甲状腺腺体较远约 1 cm 处结扎切断甲状腺下动脉分支, 损伤了甲状旁腺血供, 引起甲状旁腺功能低下。(3) 预防甲状旁腺功能减退和低钙血症的关键在于手术中原位保护甲状旁腺及其供应血管^[4]。术中既要避免损伤甲状旁腺, 又要保护其血供。本组 1 例出血时, 盲目钳夹甲状腺后被膜, 致甲状旁腺损伤。另 1 例甲状腺癌患者缝合甲状腺残叶时过深缝扎了甲状旁腺供应血管, 致甲状旁腺功能减退, 水肿消退后恢复。(5) 仔细检查离体的甲状腺标本中是否有误切的甲状旁腺。本组 1 例术中检查手术标本发现误切了甲状旁腺 2 个, 立即取出, 在培养皿中剪成长约 0.5 mm 的小组织块, 置于切开的胸锁乳突肌内, 最后缝合关闭肌内切口^[5]。做好标记并告知患者。

中西医结合治疗高位腰椎间盘突出症临床疗效分析

李成国

(湖南省常德市澧县人民医院 澧县 415500)

关键词: 高位腰椎间盘突出症; 中西医结合疗法; 临床疗效

中图分类号: R681.51

文献标识码: B

doi: 10.13638/j.issn.1671-4040.2014.03.032

高位腰椎间盘突出症是腰椎间盘突出症的一种常见类型, 主要由于 L₃、L₄ 以上椎间盘变性, 导致纤维环破裂, 髓核组织突出纤维环刺激或压迫神经、神经根所引起的一种综合征, 为临床的常见、多发疾病, 据统计我国的发病率约为 20%。其发病早期表现为腰痛及下肢麻木、感觉障碍、行走无力等不适, 不及时治疗晚期可导致瘫痪等严重后果^[1-2]。目前临床上存在多种治疗高位腰椎间盘突出症的方式, 本文选取我院 80 例高位腰椎间盘突出症患者, 探讨中西医结合治疗的临床疗效。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2013 年 1~6 月我院收治的高位腰椎间盘突出症患者 80 例, 随机分为观察组和对照组各 40 例。观察组, 男 23 例, 女 17 例, 年龄 39~64 (51.8±1.8) 岁; 对照组, 男 18 例, 女 22 例, 年龄 42~61 (53.1±1.3) 岁。两组患者的性别、年龄、病

实用中西医结合临床 2014 年 3 月第 14 卷第 3 期
程以及疾病严重程度比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 两组患者入院后积极完善相关检查,高位腰椎间盘突出症诊断明确。对照组患者给予常规治疗。行手法复位或牵引复位后,平卧于硬板床,定期行腰椎牵引治疗,常规牵引 30 min/ 次,1 次 /d^[3]。根据患者的病情及相关症状,给予地塞米松注射剂、维生素 C 注射剂、七叶皂苷钠等抗炎、神经脱水药物静脉滴注,治疗 1 个月。观察组患者给予中西医结合治疗,在常规治疗基础上加用中医治疗:(1)中医手法治疗:根据病灶在腰及下肢的不同部位,结合患者的感觉和病变程度,确定治疗点和辅助治疗点,施以按、推、拿、揉、拍等治疗手法,以及相关穴位的按摩,部分患者根据症状及腰椎间盘突出程度给予旋转复位。手法治疗 1 次 /d,常规治疗 1 个月。(2)中药熏蒸床治疗:一般在患者牵引结束后,选取生草乌、生川乌、川芎、桂枝、防风、当归、丹参、川牛膝、千年健、鸡血藤等活血化瘀、通经活络的中药,将以上中药配好放入加水的熏蒸器内,患者仰卧于熏蒸床上,腰部患处对准熏蒸器,每次熏蒸治疗 30 min,1 次 /d,熏蒸治疗 1 个月。观察两组患者的治疗效果和出院半年后随访两组患者的复发情况。

1.3 疗效标准 治愈:症状完全消失,恢复正常的工作和生活;好转:有轻微症状,活动轻度受限,对工作生活无影响;无效:治疗前后无差别,甚至加重^[4]。

1.4 统计学方法 采用 SPSS16.0 软件分析数据。计数资料采用 χ^2 检验,计量资料以($\bar{X} \pm S$)表示,采用 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

1.5 治疗结果 观察组患者治愈率为 82.5%,总有效率为 97.5%,对照组为 57.5%和 87.5%,两组比较差异有统计学意义 ($P<0.05$); 且观察组的复发率(2.5%)明显低于对照组(17.5%),两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者治疗效果和复发情况比较 例(%)						
组别	<i>n</i>	治愈	好转	无效	总有效率(%)	复发
观察组	40	33(82.5)	6(15.0)	1(2.5)	97.5	1(2.5)
对照组	40	23(57.5)	12(30.0)	5(12.5)	87.5	7(17.5)

2 讨论

高位腰椎间盘突出症的临床表现多由于 L₃、L₄ 神经根受压引起,由于其神经根短,邻近或处于腰和腰骶膨大处,稍有椎间盘突出,即可累及较多神经组织,造成较大范围的神经组织损害,引起较严重的症状,且定位体征不明确。高位腰椎间盘突出症的特征性表现为边界不清的多发神经根病变,且不能通过具体的肌肉群功能和皮区感觉障碍定位,目前临床尚无明确而安全的治疗方案,单一的手术或非手术治疗方法疗效欠佳^[5]。本研究结果显示,观察组患者治愈率和总有效率均优于对照组 ($P<0.05$),且观察组复发率明显低于对照组($P<0.05$)。说明中西医结合治疗高位腰椎间盘突出症具有显著的临床效果、治愈率高,值得临床大力推广应用。

参考文献

[1]黎新宪,肖继青,吴绍俊,等.23 例高位腰椎间盘突出症的诊断治疗[J].黑龙江医药,2009,22(1):97-98
[2]邹永英,陆湖清,曹惠雄,等.腰椎间盘突出症中医药治疗概况[J].中国医学创新,2012,9(6):161-162
[3]李谦.中西医结合治疗腰椎间盘突出症[J].中外健康文摘,2013,10(2):411-412
[4]王超,赵长福,刘波,等.高位腰椎间盘突出症的临床研究进展[J].中国老年学杂志,2012,32(6):1 310-1 312
[5]叶尚志,魏宁,蔡玮,等.高位腰椎间盘突出症误诊为股外侧皮神经炎原因[J].临床误诊误治,2012,25(10):15-16

(收稿日期: 2013-12-26)

肱骨中下段骨折手术与非手术治疗的效果对比

宋社庭

(河南省济源市人民医院 济源 454650)

关键词: 肱骨中下段骨折;手术治疗;非手术治疗;疗效对比

中图分类号: R687.3

文献标识码: B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.03.033

肱骨中下段骨折是临床较为常见的骨折,由于该部位血供不丰富,使得肱骨中下段骨折易并发骨折不愈合或桡神经损伤等,造成肘关节功能异常^[1]。本研究分别采用手术方法或非手术方法治疗肱骨中下段骨折,并分析比较临床治疗效果。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 选择 2012 年 5 月~2013 年 5 月我

院骨科收治的肱骨中下段骨折患者 80 例,按照入院先后顺序随机分为对照组与实验组各 40 例。对照组中男 25 例,女 15 例,年龄 50~80(65.5± 8.6)岁;实验组中男 27 例,女 13 例,年龄 53~82(67.5± 9.2)岁。两组患者的一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 实验组患者采用非手术治疗,具体措施:患者行臂丛神经麻醉下手法复位,尽可能恢