

表 2 两组并发症发生情况对比[例(%)]

| 组别  | n  | 脑疝      | 脑膨出     | 脑脊液漏    | 合计        |
|-----|----|---------|---------|---------|-----------|
| 观察组 | 60 | 1(1.67) | 1(1.67) | 1(1.67) | 3(5.00)*  |
| 对照组 | 60 | 3(5.00) | 4(6.67) | 3(5.00) | 10(16.67) |

注:与对照组比较,\*P<0.05,具有统计学意义。

3 讨论

在临床治疗中,重度颅脑损伤患者致残几率较大,且容易引起诸多并发症,如脑肿胀、出血、颅内水肿等,甚至导致患者死亡。针对并发症应及时进行开颅手术,对颅内的血肿和脑挫裂伤病灶进行清除,并将骨瓣剔除,以实现颅内减压<sup>[3]</sup>。在以往进行骨瓣减压时,由于存在脑肿胀现象,无法对硬脑膜进行缝合,通常都不对硬脑膜进行缝合,使得患者极易出现脑脊液漏、骨窗疝、颅内感染、癫痫、硬膜下积液等并发症。为了解决这一难题,现代医学对硬脑膜的缝合技术进行了深入地研究,于是便出现了一些新的技术,如硬脑膜多处开窗、硬脑膜网状切开等。这些技术的出现对硬脑膜的缝合和修复有积极的作用,可以有效地减少脑膨出、癫痫、脑脊液漏、颅内感染等不良并发症,为患者的康复奠定良好的基础<sup>[4]</sup>。

本研究结果显示,观察组采用人工硬脑膜减张缝合技术对于开颅术中并发脑肿胀患者具有极好的预后效果,其治疗总有效率达到了 95.00%,明显高于对照组的 71.67%,因此新型人工硬脑膜减张缝合技术要比传统的保守方法(进行甘露醇和激素静脉降颅压)效果更佳。同时,开颅术中并发脑肿胀在治疗过程中常见的并发症有脑疝、脑膨出、脑脊液漏等,采用人工硬脑膜减张缝合术可有效降低并发症发生率,观察组并发症发生率 5.00%,明显低于对照组的 16.67%。综上所述,采用人工硬脑膜减张缝合技术治疗开颅术中并发脑肿胀患者具有极佳的治疗效果,可有效降低并发症的发生率,值得临床推广应用。

参考文献

[1]畅涛,赵晓平,王莉.改良减张缝合技术在重度颅脑损伤治疗中的应用[J].辽宁中医药大学学报,2007,9(5):124-125  
[2]司文,王铁军,牛国盛,等.硬脑膜量化减张缝合在去骨瓣减压术中的应用[J].皖南医学院学报,2011,30(1):28-30  
[3]宋明浩,李志祥,马文斌.脑膜减张缝合治疗开颅术中并发脑肿胀 112 例分析[J].西部医学,2011,23(8):1536-1537  
[4]陈悦达,洪健,孙洪生,等.人工硬脑膜在颅脑创伤手术中的应用[J].透析与人工器官,2009,20(4):1-4

(收稿日期:2014-08-20)

无创治疗颈、腰椎病疗效探讨

胡全华 胡凤蓉

(江西省南昌市第五医院康复医学科 南昌 330000)

摘要:目的:探讨无创治疗颈、腰椎病的临床疗效。方法:2013 年 1 月~2014 年 4 月,随机抽取本院 137 例颈、腰椎病患者,通过四诊并结合现代影像学报告诊断,针对不同类型、年龄的病例采取相应的传统和现代康复疗法治疗。结果:治愈 112 例,好转 23 例,未愈 2 例;其中腰椎病治愈率 83.7%,总有效率 98.1%;颈椎病治愈率 75.8%,总有效率 100.0%。结论:胡氏无创治疗颈、腰椎病的疗效显著、适应性广、安全,避免了手术治疗的痛苦。

关键词:颈、腰椎病;无创治疗;疗效探讨

中图分类号:R681.5

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.03.038

2013 年 1 月~2014 年 4 月,随机抽取本院 137 例颈、腰椎病患者,通过四诊并结合现代影像学报告诊断,针对不同类型、年龄的病例采取相应的传统和现代康复疗法治疗,取得较好的疗效。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 2013 年 1 月~2014 年 4 月来本院就诊的颈、腰椎病患者 137 例,其中男 80 例,女 57 例;最小年龄 17 岁,最大年龄 67 岁,平均年龄(42±2.5)岁;颈椎病 33 例,腰椎病 104 例。患者有慢性劳损、外伤史或颈、腰椎退行性病变。

1.2 症状及体征 (1)颈、肩背疼痛,头痛头晕,颈部板硬,上肢麻木。颈部活动功能受限,病变颈椎棘

突、患侧肩胛骨内上角常有压痛,可摸到条索状硬结,少数可有上肢肌力减弱和肌肉轻度萎缩,心悸,臂丛牵拉试验阳性,压头试验阳性。(2)慢性腰痛者或伴向下肢放射,腹压增大疼痛增加,脊柱侧弯,腰椎生理弧度消失,病变部位棘突或一侧横突有压痛,并向下肢放射,腰部活动受限,下肢受累神经支配区有感觉过敏或迟钝,病程长者可出现肌肉萎缩,直腿抬高或加强试验阳性,膝、跟腱反射减弱或消失,拇趾背伸直力减弱。(3)颈椎 X 线正位显示,钩椎关节增生,张口位可有齿状突偏歪,侧位摄片显示颈椎曲度变直,椎间隙变窄,有骨质增生或韧带钙化,斜位摄片可见椎间孔变小。腰椎 X 线显示:脊柱侧弯,腰

生理前凸消失,病变椎间盘可能退变,相邻边缘有骨赘增生。CT 检查可显示椎间盘突出部位及程度。

1.3 治疗方法

1.3.1 治则 颈、腰椎病在中医学中属于“痹症”范畴,临床在根据《中医病证诊断疗效标准》<sup>[1]</sup>进行辨证辨病的基础上,根据影像学诊断结果(排除禁忌证),强调“七分手法三分药”<sup>[2]</sup>和物理因子治疗相结合的治疗原则。

1.3.2 治法 (1)牵法:颈椎病采取仰卧牵引法;腰椎病视病情采取仰卧位电动牵引或俯卧位手法牵引,拉开椎间隙。(2)整骨先整肌:对患者进行按摩(点、揉、推、按、滚),以达到舒缓软组织(调理和恢复肌肉、韧带)功能、疏通经络气血的效果。(3)整脊:确定复位点(如多个复位点则遵循由上至下的原则),术者以双手按脊柱解剖位置的要求采取各种针对性手法(掌按、肘压、指压、牵抖、定点斜扳、定点摇法)做到“骤然诸使人不觉、患者知也骨已成”<sup>[3]</sup>。对前后(滑动)、左右(偏移)或旋转的“骨错缝、筋脱槽”的脊椎骨进行整复,以求达到患者功能的最佳康复。(4)视病情予针灸、电针、拔罐或中医定向透药、超短波、骨疗等物理因子治疗。以上操作 10 次为 1 个疗程,每日 1 次。(5)根据患者身体综合素质进行辨证、辨病,施以中药内服,以达到活血化瘀、疏肝补肾、壮骨软坚(骨质增生、韧带钙化)、舒筋活络(消除受挤压神经的水肿、促进受损伤脊髓的修复)的作用。(6)术后交代注意事项,有利于患者复位后脊椎骨的稳定,有利于受损后软组织的修复。

1.4 疗效评定 参照《中医病证诊断疗效标准》<sup>[1]</sup>拟定。颈椎病:治愈:原有各型病症消失,肌力正常,颈、肢体功能恢复正常,能参加正常劳动和工作;好转:原有各型症状减轻,颈、肩背疼痛减轻,颈、肢体功能改善;未愈:症状无改善。腰椎间盘突出症:治愈:腰腿痛消失,直腿抬高 70 度以上,能恢复原工作;好转:腰腿痛减轻,腰部活动功能改善;未愈:症状、体征无改善。腰椎椎管狭窄症:治愈:腰腿痛症状消失,功能基本恢复正常;好转:腰腿痛减轻,劳累后仍有疼痛;未愈:症状、体征无改善。

1.5 治疗结果 本组 137 例患者疗程最长者为 19 次,最短者为 3 次。疗效见表 1。

| 表 1 颈、腰椎病患者临床疗效 |     |       |       |       |        |         |
|-----------------|-----|-------|-------|-------|--------|---------|
| 分类              | n   | 治愈(例) | 好转(例) | 未愈(例) | 治愈率(%) | 总有效率(%) |
| 颈椎病             | 33  | 25    | 8     | 0     | 75.8   | 100     |
| 腰椎病             | 104 | 87    | 15    | 2     | 83.7   | 98.1    |
| 合计              | 137 | 112   | 23    | 2     | 81.8   | 98.5    |

2 病案举例

2.1 病案一 边子虎,男,61 岁,骨科主任医师,2014 年 3 月 1 日来诊。自述 10 年前患腰突症,经手术治疗仍经常腰疼;近期右腿麻木、灼热、行步艰难。查体:左直腿抬高 0~70°,右直腿抬高 0~65°,左右加强试验(阳性),腰椎向左侧弯,L<sub>4</sub>、L<sub>5</sub> 棘突压痛(+),腰部见一约 15 cm 纵向手术疤痕。2014 年 3 月 15 日武警医院(ID0000000155 号)X 线(108998)报告:L<sub>4</sub> 椎体轻度前滑,提示腰椎失稳,L<sub>4-5</sub>、L<sub>5</sub>~S<sub>1</sub> 椎间隙变窄,提示椎间盘病变,腰椎退行性变。CT(98243)示:L<sub>4</sub> 椎体 I 度前滑脱、L<sub>4-5</sub> 椎间盘突出伴椎管轻度狭窄、L<sub>5</sub>~S<sub>1</sub> 椎间盘变性伴突出、L<sub>3-4</sub> 椎间盘膨出、腰椎骨质增生、椎后小关节骨关节炎。舌苔薄白,质淡红,脉弦。诊断:痹证(腰椎综合征)。3 月 18 日先予电动牵引,后采取人工牵引、定点按压、斜扳手法治疗。查体:左直腿抬高 0~90°、右直腿抬高 0~85°,左右加强试验(阴性)。病人下床后活动自如、原有症状均消失。嘱其绝对卧床休息,并予活络灵效汤化裁内服 7 d。5 月下旬回访患者对疗效十分满意,说“恢复到手术前一样正常了”。

2.2 病案二 缪香宝,女,54 岁,江纺职工医院退休护士。2014 年 1 月 23 日因摔倒,双下肢不能活动,当即送往南大一附院急诊科,临床诊断为“截瘫”。次日南大一附院 CT(94140)报告:L<sub>4-5</sub>、L<sub>5</sub>~S<sub>1</sub> 椎间盘突出,硬膜囊受压明显。即日应邀诊,阅片后查体:腰部以下无法动弹,双下肢针刺无反应。舌苔白腻,质淡红,脉细。诊断:痹证(脊髓型休克)。当即行俯卧位人工牵引 3 min,俯卧位针双侧环跳、委中、承山穴,留针半小时。术后针刺双足大拇指,有轻微感觉。予附子白芍甘草汤加味内服 7 剂,每天 1 剂,水煎服,早晚各 1 次。3 d 后,患者双下肢可床上自主伸缩。治疗月余后,已能自主行立,至今康健。

2.3 病案三 高金英,女,44 岁,按摩师,江西新建县人。2007 年 11 月 23 日从深圳抬至南昌求诊。主诉:腰痛 10 年,2007 年 6 月底重新发病后无法行立,在深圳市中医院 CT 检查后行牵引治疗无效。查体:左直腿抬高 0~60°、右直腿抬高 0~70°,右腿肌围度较左腿小。舌苔薄黄,质红,脉细弦,阅深圳市中医院 2007 年 10 月 29 日 CT 报告:第四腰椎间盘后缘向右后方突出,相应的硬膜囊及神经根受压,椎管狭窄。第五腰椎间盘可见后缘向后方轻度突出,相应硬膜囊及神经根管略受压。同日江纺医院 X 线报告:L<sub>3-5</sub> 椎体见突出骨赘影、腰椎骨质增生。诊断:痹证(湿热型腰椎病)。予小柴胡合三妙散加味内服 15

剂。次日予“胡氏整脊疗法”针对性手法治疗,15 d 即可行立,嘱继续服中药调理及康复锻炼。3 个月康复,至今仍在原岗位工作。

2.4 病案四 李金弟,男,43 岁,2014 年 2 月 25 日,在本院(住院号 00046265)骨三科 818 床住院期间,为进一步明确诊断,请本科会诊、协助治疗。会诊情况:主诉“因反复头晕、耳鸣、伴恶心呕吐感 2 年余”,曾在江西省中医院诊断高血压病、颈动脉粥样硬化,长期口服厄贝沙坦治疗,但头晕耳鸣伴恶心症状一直未见明显缓解,既往有糖尿病史,长期口服阿卡波糖治疗。现症状依然,伴左手麻、右手偶麻,双足偶有似踩棉花感。查体:舌苔白腻,质淡,脉弦(右细、双寸皆弱)。本院颈椎 CT(01656)提示:C<sub>3-4</sub>、C<sub>4-5</sub>、C<sub>5-6</sub> 椎间盘膨出,颈椎退行性变。诊断:痹证(混合型颈椎病)。治则:活血化瘀、平肝熄风。处方:活络灵效汤加味 7 剂。3 月 6 日复诊主诉:服药 3 d 后诸症已无,要求带中药出院。复查体:舌苔白,质淡,脉细滑。守原方 10 剂。

2.5 病案五 樊丽梅,女,44 岁,2014 年 2 月 17 日就诊。主诉:“腰就像断了一样,无法仰卧”。既往史:去年 3 月曾在外院住院,并在局麻下行射频、臭氧治疗,效果欠佳;同年 11 月 25 日在本院骨科入院行“理疗、骶疗、痛点阻滞”等对症治疗亦无效。查体:

左、右直腿抬高试验阳性、双膝无法伸直,T<sub>12</sub>~L<sub>5</sub> 棘突压痛阳性,苔白泛黄,质红,舌边有齿痕,脉细双尺弱。当即腰椎摄片(ID 号 91065、910558)示:腰椎退行性变;CT(01720)示:L<sub>2-3</sub>、L<sub>3-4</sub>、L<sub>4-5</sub> 椎间盘膨出。处方:先以活络灵效汤+三妙散。药后未效,遂入院予以电动牵引、胡氏整脊、物理因子治疗,15 d 后康复出院。

3 讨论

颈、腰椎病由于其致病因素、受损部位、涉及范围与损伤程度的不同,临床表现千人千症,故临床分型复杂,而手术、微创等技术因手术指征的局限性而受影响,难以兼顾各种类型的颈、腰椎病。传统医术是人类防治疾病的瑰宝,中医推拿术是中国传统医术的“元老”,许多医生都从中吸取精华,结合现代影像技术,各种治疗颈、腰椎病的手疗法应运而生,提高了治疗颈、腰椎病的疗效和康复水平。本文所用无创治疗方法治疗颈、腰椎病符合医学发展的规律,其手疗法、中药内服、针灸治疗、中医定向透药的临床实践方法值得重视。

参考文献

[1]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,2012.1-94  
[2]北京中医药大学东直门医院.刘寿山正骨经验[M].北京:人民卫生出版社,2006.243-244  
[3]倪文才.颈椎综合征[M].北京:人民卫生出版社,1990.229-231  
(收稿日期:2014-09-15)

男性患者尿结石复发与结石形成初期和复发期解脲支原体感染的相关性研究

段龙士 龚伟 陈喻 匡刚

(江西省吉安市第一人民医院检验科 吉安 343000)

摘要:目的:探讨男性患者尿结石复发与结石形成初期和复发期解脲支原体感染的相关性。方法:选取 2011 年 6 月~2012 年 6 月在我院接受治疗的尿结石男性患者 100 例,使用支原体分离培养药敏检测法对其标本予以检测,分析结石形成初期与复发期的解脲支原体感染状况,进而探讨男性肾结石复发与支原体感染的相关性。结果:上尿路结石 UU 阳性率为 8.7%,下尿路结石 UU 阳性率为 29.6%,对比差异有统计学意义, $P<0.05$ ;接受 UU 治疗半年后复发率为 10.0%,未接受 UU 治疗复发率为 60.0%,对比差异有统计学意义, $P<0.05$ 。结论:要避免尿结石复发,需对支原体感染予以有效控制,同时还需结合患者实际情况采取对应治疗,例如调整饮食与生活习惯以及解除尿路梗阻等。

关键词:男性复发性尿结石;结石形成初期;复发期;解脲支原体

中图分类号:R692.4

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.03.039

尿结石在临床较为常见,多发于男性。由于嵌顿而导致患者痛感强烈,无法忍受,特别是复发性结石,有些患者会频繁复发,次数高达十余次,不仅对患者生活质量产生严重影响,同时还会增加患者医疗负担。因此,降低结石复发率,减轻患者痛苦,提高其生活质量已经成为临床的重要任务。据调查,

支原体感染是尿结石形成过程中的重要因素。本文选取我院收治的 100 例男性复发性尿结石患者,对其结石形成初期和复发期解脲支原体(UU)感染状况进行回顾性分析。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2011 年 6 月~2012 年 6 月