

表 2 两组血脂水平比较(mmol/L, $\bar{x} \pm s$)

指标	时间	观察组	对照组	t	P
TC	治疗前	6.53± 0.75	6.39± 0.67	0.913	0.364
	治疗后	4.30± 0.56	6.05± 0.62	13.736	0.000
TG	治疗前	2.76± 0.42	2.78± 0.50	0.201	0.841
	治疗后	1.57± 0.40	2.58± 0.39	11.855	0.000
LDL-C	治疗前	4.59± 0.68	4.62± 0.71	0.200	0.842
	治疗后	3.10± 0.37	4.35± 0.43	14.449	0.000
HDL-C	治疗前	0.73± 0.30	0.76± 0.35	0.427	0.671
	治疗后	1.40± 0.53	0.92± 0.47	4.442	0.000

3 讨论

慢性肾衰竭又称为慢性肾功能不全，临床表现 为水、电解质及酸碱平衡紊乱，体内代谢产物蓄积， 以及全身多器官损害^[6-7]。随着我国老龄化不断加剧， 老年慢性肾衰的发病率也逐渐提高，加上老年人机 体免疫差，易发生泌尿系统、呼吸系统感染，增加肾 脏负担，加剧肾小球损伤程度，加重肾小管、间质病 变^[8-9]。郭长旭^[10]研究发现，SCr、BUN、UCr、CCr 是反 应肾功能的可靠指标，其中 CCr 可较好的反应患者 肾小球滤过功能。中医学认为，慢性肾衰竭属于“慢 关格”范畴，病位在肾脏，主要为先天禀赋不足，后天 饮食不节，劳倦过度等所致。

尿毒清颗粒为临床常用药^[11]，由大黄、黄芪、川 芎、制何首乌、白术、姜半夏、茯苓、菊花、丹参、甘草 等中药复合而成。方中大黄通腑泄浊；黄芪、党参益 气健脾；川芎、丹参有活血、化瘀之功效；制何首乌补 肾益精；白术可除湿、健脾；姜半夏具燥湿、和中作 用；茯苓利尿除湿；甘草解毒、调和诸药，全方共奏通 腑降浊、活血化瘀、健脾利湿、攻补兼施之功效。现 代药理研究证明^[12]，大黄中含有番泻、蒽醌苷类物 质，具有较好的活血解毒作用，可使肠道排泄毒性物 质能力增加，影响氮质代谢，降低残余肾高代谢异常 的风险，对肾功能具有较好的保护作用，可阻止慢性

肾功能衰竭进展。本研究结果显示，观察组 SCr、 BUN、BUA、CCr、TC、TG、LDL-C、HDL-C 等指标均 优于对照组，提示尿毒清颗粒可改善患者肾功能及 脂代谢异常，避免脂代谢紊乱导致肾小球滤过率降 低及肾小球粥样硬化加重肾损伤。王莉等^[13]研究表 明，黄芪可健脾益气，具有促进机体合成代谢的作 用，可改善血脂水平，与本研究结果相符。综上所述， 尿毒清颗粒可有效改善患者肾功能及脂代谢水平， 对肾功能具有良好的保护作用，值得临床推广使用。

参考文献

[1]王宇,曾常凤,李莎,等.慢性肾功能衰竭并发肾心综合征危险因素 分析[J].陕西医学杂志,2016,45(3):293-295
[2]程杨,汪爱民.老年慢性肾衰竭患者病情恶化的危险因素分析及干 预对策[J].医学综述,2015,21(1):188-190
[3]田秋菊.老年早期慢性肾衰竭患者肾功能恶化的临床危险因素研 究[J].医学综述,2014,20(19):3648-3649
[4]马旭,朱清,邵凤民.丹参川芎嗪注射剂对老年慢性肾功能衰竭患者 血清结缔组织生长因子及转化生长因子-β1 的影响[J].中国老年 学,2015,35(16):4640-4641
[5]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科 技出版社,2002.164
[6]张立群,孙响波,于妮娜,等.百令胶囊对慢性肾功能衰竭微炎症状 态患者 IL-6、CRP 的影响[J].解放军护理杂志,2014,31(13):67-68
[7]林海仁,麦振华,梁国强,等.百令胶囊联合硝苯地平缓释片对高血 压合并慢性肾功能不全患者血清胱抑素 C 及 24 h 尿蛋白定量水 平的影响[J].四川医学,2015,36(6):869-872
[8]王志强,陆伟恒,何国峰.益肾祛瘀化湿法对老年慢性肾脏病 3 期患 者肾保护作用的临床观察[J].环球中医药,2015,8(2):235-236
[9]孙怡婕,陈颂春,孙敏,等.慢性肾衰方治疗老年慢性肾功能不全的 临床观察[J].老年医学与保健,2016,22(5):286-288
[10]郭长旭.分析多项肾功能指标联检在高血压病早期肾损害诊断中 的价值[J].中国实验诊断学,2016,20(4):577-580
[11]陈洁,鲁红霞.尿毒清颗粒联合还原型谷胱甘肽治疗慢性肾功能 不全的临床疗效及安全性评价[J].中国临床药理学杂志,2015,31 (14):1384-1386
[12]祝婷婷,刘晓,汪小莉,等.大黄不同方法炮制后药理作用及化学成 分变化研究进展[J].中国新药杂志,2016,25(8):883-887
[13]王莉,桂保松,付荣国,等.尿毒清颗粒对慢性肾功能不全患者血脂 的影响[J].现代中西医结合杂志,2009,18(14):1579-1580

(收稿日期: 2017-04-27)

观察针灸与牵引理疗并用治疗神经根型颈椎病的疗效

钟振宇 伍中荣

(广东省肇庆市第二人民医院 肇庆 526000)

摘要:目的:探讨针灸与牵引理疗并用治疗神经根型颈椎病的临床疗效。方法:选取 2012 年 5 月~2016 年 3 月我院收治的 120 例神经根型颈椎病患者,随机分为对照组和研究组各 60 例。对照组给予单一牵引理疗,研究组给予牵引理疗联合针灸治疗。比较 两组患者治疗前后疼痛程度和临床疗效。结果:研究组治疗后 VAS 疼痛评分明显低于对照组,且临床疗效明显高于对照组(P< 0.05)。结论:针灸与牵引理疗并用治疗神经根型颈椎病的疗效显著,具有较高的临床应用价值。

关键词:神经根型颈椎病;针灸;牵引理疗

中图分类号:R681.5

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.05.010

近年来,随着人们工作压力的增大、不良生活 习惯的增加,颈椎病发病率明显上升,并呈年轻化趋 势^[1]。其中,神经根型颈椎病更为多见。本研究采用 针灸与牵引理疗并用方法治疗神经根型颈椎病,效

果显著。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2012 年 5 月~2016 年 3 月我 院收治的 120 例神经根型颈椎病患者,随机分为对照

组和研究组各 60 例。研究组男女比例 33：27；年龄 30~60 岁，平均年龄(45.0± 3.5)岁；病程 1~10 年，平均病程(6.3± 3.5)年；颈椎间隙变窄 10 例，生理曲线改变 30 例，椎间孔变形 15 例，椎关节增生 5 例。对照组男女比例 32：28；年龄 30~60 岁，平均年龄(45.5± 3.0)岁；病程 1~10 年，平均病程(6.5± 3.0)年；颈椎间隙变窄 10 例，生理曲线改变 30 例，椎间孔变窄变形 15 例，椎关节增生 5 例。两组患者病情、年龄、性别等一般资料比较无显著性差异， $P>0.05$ ，具有可比性。

1.2 诊断标准 影像学诊断符合；臂丛牵拉结果显示阳性；压头试验结果显示阳性；颈痛、颈僵、麻痛；伴有其他症状引起的上肢疼痛。

1.3 纳入及排除标准 纳入标准：符合上述诊断标准；具有其他药物或非手术治疗史，已过 5 d 以上洗脱期；了解本次研究内容，已签署知情同意书。排除标准：诊断不明；未完成治疗者。

1.4 治疗方法 对照组给予单一牵引理疗治疗。具体操作如下：牵引仪器为 QY-6 型牵引椅，根据患者耐受度选择合适的力度，设置为持续牵引模式；充分暴露患者颈椎部位，使用 TDP 照射，25 min/次，1 次/d。研究组给予牵引理疗联合针灸治疗。牵引理疗方法同对照组。针灸穴位主要取双侧天柱、颈 1~3 阿是穴、大杼穴；肩背、上肢痛麻的患者可取肩中膈、肩外膈、肩井、天宗、曲池、外关、合谷、风池等穴，采用直刺手法，刺入皮下 0.5~1.0 寸，以得气为宜，留针半小时，1 次/d。两组均治疗 10 d。

1.5 观察指标及判断标准 比较两组患者临床疗效及治疗前后疼痛评分（采用 VAS 疼痛评分表）。优：颈椎痛消失，运动功能正常，工作和生活状态恢复正常；良：颈椎痛消失，可以做轻松的工作；可：症状获得改善，但是存在一定的疼痛；差：存在神经受压的现象，需进行手术治疗^[3-4]。

1.6 统计学方法 采用 SPSS20.0 统计学软件进行数据分析，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。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后 VAS 评分比较 治疗前，两组患者 VAS 评分无显著性差异， $P>0.05$ ；治疗后，研究组患者 VAS 评分明显低于低于对照组，差异具有统计学意义， $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组患者治疗前后 VAS 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)			
组别	n	治疗前	治疗后
研究组	60	9.05± 0.15	2.85± 0.45*
对照组	60	9.05± 0.96	5.05± 0.15

注：与对照组比较，* $P<0.05$ 。

2.2 两组患者临床疗效比较 研究组临床疗效显著高于对照组，差异具有统计学意义， $P<0.05$ 。见表 2。

表 2 两组患者临床疗效比较						
组别	n	优(例)	良(例)	可(例)	差(例)	总有效[例(%)]
研究组	60	40	10	8	2	58(96.67)
对照组	60	30	10	5	15	45(75.00)
χ^2						11.582
P						<0.05

3 讨论

神经根型颈椎病主要是由于颈椎骨质增生、颈间盘突出、退变，导致椎间孔变窄，挤压神经，患者出现颈肩臂麻木、疼痛，上肢肌力下降等症状^[5]。牵引理疗方法是通过外力促使椎间孔窄度减小，增宽椎间孔，减低椎管内压力，为突出间盘组织恢复提供良好的空间条件。同时，通过理疗 TDP 照射，有利于修复受损神经，促进水肿吸收，加快神经根恢复正常^[6-7]。针灸通过对颈部穴位、经络进行针刺，促使其产生传感，有利于疏通经络和活血化瘀，起到消炎止痛的作用^[8]。主穴双侧天柱、颈 1~3 阿是穴、大杼穴通调督脉，风池、大椎祛风散寒，均在颈椎骨旁，针刺时针感直达病所。肩中膈于第七颈椎棘突下，大椎（督脉）旁开 2 寸处取穴，属手太阳小肠经，分布了第一、二胸神经后支内侧皮支及副神经，深层为肩胛背神经及颈横动、静脉，主治咳嗽、气喘、唾血、项强、肩背疼痛等。肩外膈，在第一胸椎棘突下旁开 3 寸，在肩胛骨内侧角边缘，表层为斜方肌，深层为肩胛提肌和菱形肌，有颈横动、静脉，分布有第 1 胸神经后支内侧皮支、肩胛背神经和皮神经，主治肩背疼痛、颈项强直等肩背、颈项痹症。肩井有第 4、5、6 颈神经后支重叠分布。肩胛提肌位于颈椎横突和肩胛骨内侧角与脊柱缘上部之间，由肩胛脊神经支配，属手足少阳、阳维之交会穴，具有祛风清热、活络消肿的功效。

本研究结果显示，研究组临床疗效显著高于对照组，且治疗后 VAS 评分明显低于对照组（ $P<0.05$ ）。说明针灸与牵引理疗并用治疗神经根型颈椎病，可有效增强局部血液循环，促进新陈代谢，改善颈椎关节和神经位置关系，缓解致病因素。综上所述，针灸与牵引理疗并用治疗神经根型颈椎病疗效显著，能有效改善患者颈椎病症状，具有较高的临床应用价值。

参考文献

[1]吕志刚,侯为林,胡卫成,等.在悬吊方式下行颈椎关节微动技术治疗神经根型颈椎病的临床研究[J].颈腰痛杂志,2016,37(4):347-348
[2]涂新生,曾科学.针灸联合牵引治疗神经根型颈椎病 62 例临床疗效观察[J].中国民族民间医药,2014,21(19):31（下转第 40 页）

以温水送服。化疗期间予以地塞米松,2 次 /d,4.5 mg/ 次,口服;肌肉注射维生素 B;化疗后 4 周实施手术治疗。

1.4 观察指标 对比两组近期疗效及研究组不良反应情况。

1.5 判定标准 (1) 近期疗效判定,完全缓解(CR):肿瘤病变彻底消失,且持续 4 周以上;部分缓解(PR):目标病灶直径减少 50%以上,但未完全消失,持续 4 周以上,且无新病灶产生;稳定(SD):目标病灶直径减小不足 50%,无新病灶形成;恶化(PD):目标病灶直径增大 25%以上或形成新病灶^[3]。总有效率=(CR+PR)/总例数×100%。(2)根据不良反应评价标准^[4],对新辅助化疗后非小细胞肺癌患者的不良反应进行评估,其中,Ⅲ度与Ⅳ度不良反应较为严重。

1.6 统计学方法 用 SPSS17.0 分析数据,计数资料用例(%)表示,χ²检验,P<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者近期疗效比较 研究组近期疗效高于对照组,差异有统计学意义(P<0.05)。见表 1。

表 1 两组患者近期疗效比较[例(%)]						
组别	n	CR	PR	SD	PD	总有效
研究组	31	7(22.58)	10(32.26)	11(35.48)	3(9.68)	17(54.84)
对照组	31	3(9.68)	6(19.35)	12(38.71)	10(32.26)	9(29.03)
χ ²						4.239
P						<0.05

2.2 研究组不良反应发生情况 研究组患者实施新辅助化疗后均出现程度不同的肝功能异常、脱发、皮疹、恶心呕吐、关节痛、血小板减少、血红蛋白减少及白细胞减少等不良反应,其中脱发、关节痛及白细胞减少发生率较高。见表 2。

表 2 研究组不良反应发生情况[例(%)]				
不良反应	I 度	II 度	III 度	IV 度
白细胞减少	9(29.03)	7(22.58)	2(6.45)	1(3.23)
血红蛋白减少	6(19.35)	3(9.68)	1(3.23)	0(0.00)
血小板减少	6(19.35)	4(12.90)	0(0.00)	0(0.00)
关节痛	6(19.35)	5(16.13)	2(6.45)	1(3.23)
恶心呕吐	4(12.90)	1(3.23)	0(0.00)	0(0.00)
皮疹	3(9.68)	2(6.45)	0(0.00)	0(0.00)
脱发	9(29.03)	5(16.13)	2(6.45)	2(6.45)
肝功能异常	2(6.45)	2(6.45)	0(0.00)	0(0.00)

(上接第 19 页)

[3]任晓东,丁满飞,张向梅,等.针刀加斜扳手法治疗神经根型颈椎病疗效观察[J].国际中医中药杂志,2013,35(9):827-828

[4]李冬岩,贾琦.牵引并中药离子导入加电脑中频治疗神经根型颈椎病 257 例疗效分析[J].山西中医学院学报,2012,13(1):54-55

[5]陈向东.神经根型颈椎病上肢麻木 120 例治疗观察[J].齐齐哈尔医学院学报,2012,33(17):2353

3 讨论

小细胞肺癌、非小细胞肺癌为肺癌的两类病理学分型,其中非小细胞肺癌具有较高发病率,且病情进展慢,无典型临床表现,临床上多以血痰、胸痛、咳嗽、气促、发热等为主要表现^[5]。患者通常对非小细胞肺癌早期临床表现缺乏认知,来院就诊是已为中晚期,治疗难度较大。

目前,临床治疗非小细胞肺癌多采用放化疗与手术结合的方式。新辅助化疗又被称为早期化疗与术前化疗,可通过对肿瘤细胞活力的抑制作用使微转移病灶再转移几率显著下降,此外,还可对局部淋巴结的转移肿瘤细胞进行有效杀伤,进而提高治疗效果。本研究结果显示,研究组近期疗效高于对照组(P<0.05)。提示沙利度胺与吉非替尼联合应用于非小细胞肺癌治疗中,近期疗效更为显著。这可能是由于沙利度胺为合成型谷氨酸衍生物,可通过对成纤维细胞因子及血管内皮生长因子等促血管生长因子分泌的抑制作用,抑制血管生成作用,从而抑制肿瘤生长、转移;吉非替尼可通过对铬氨酸激酶的抑制作用,对肿瘤细胞内信号传导进行有效阻断,从而发挥强效抗肿瘤作用,二者联合应用,可相互协同、补充、发挥双重功效,进一步加强对肿瘤的抑制作用。治疗过程中,患者不良反应较轻,且均未出现出血、严重过敏、变态反应及其相关性死亡,说明对非小细胞肺癌患者予以沙利度胺联合吉非替尼新辅助化疗治疗安全性较高。综上所述,沙利度胺与吉非替尼联合应用于非小细胞肺癌治疗中,可显著提高其近期疗效,且安全性较高,在临床治疗中具有重要意义。

参考文献

[1]宋估芳.吉非替尼治疗非小细胞肺癌所致不良反应的护理对策[J].重庆医学,2014,43(30):4125-4126

[2]何晨平,罗红,梅亚兰,等.吉非替尼治疗肺癌致皮肤不良反应的护理干预[J].河南中医,2014,34(B11):511

[3]麻宏亮,张洪涛.吉非替尼靶向治疗非小细胞肺癌的临床研究[J].泰山医学院学报,2014,30(7):652-653

[4]王纬久.吉非替尼治疗老年非小细胞肺癌化疗后脑转移的效果分析[J].国际医药卫生导报,2016,22(8):1055-1058

[5]颜华.沙利度胺联合吉非替尼新辅助化疗对非小细胞肺癌疗效研究[J].中国实用医刊,2015,42(15):92-94

(收稿日期: 2017-03-07)

[6]曾威权.针灸联合注射疗法治疗神经根型颈椎病 40 例[J].中国中医药现代远程教育,2015,13(2):80-81

[7]李平.应用推拿、针灸以及物理疗法对 61 例神经根型颈椎病的临床疗效观察[J].中外医疗,2012,31(8):106

[8]叶壮益.手法结合针灸治疗神经根型颈椎病疗效分析[J].深圳中西医结合杂志,2015,25(11):43-44

(收稿日期: 2017-04-13)