

(TBIL)水平。(3)比较两组患者术后并发症发生率。

1.5 统计学方法 采用 SPSS18.0 统计学软件,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,进行 t 检验,计数资料以%表示,进行 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者手术情况比较 观察组住院时间、胃肠道功能恢复时间、手术时间及术中出血量均低于对照组, $P < 0.05$ 。见表 1。

表 1 两组患者手术情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	住院时间(d)	胃肠道功能恢复时间(h)	手术用时(min)	术中出血量(ml)
观察组	49	5.42±1.27*	18.42±2.65*	69.25±6.32*	32.69±6.53*
对照组	48	9.16±2.30	31.54±3.57	92.28±10.48	69.27±10.46

注:与对照组比较,* $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者肝功能指标水平比较 术前两组患者血清 AST、ALT、TBIL 水平比较无明显差异, $P > 0.05$; 术后 1 周两组血清 AST、ALT、TBIL 水平均有所下降,且观察组明显低于对照组, $P < 0.05$ 。见表 2。

表 2 两组患者肝功能指标水平比较($\bar{x} \pm s$)

时间	组别	n	AST(U/L)	ALT(U/L)	TBIL(mg/L)
术前	观察组	49	46.35±3.94	44.24±3.59	19.85±2.57
	对照组	48	45.89±3.51	43.86±3.40	19.17±2.38
术后 1 周	观察组	49	27.39±2.65*	26.78±2.86*	11.49±1.26*
	对照组	48	31.74±2.88	30.17±2.94	13.81±1.45

注:与对照组比较,* $P < 0.05$ 。

2.3 两组患者术后并发症发生率比较 观察组术后并发症发生率与对照组比较无明显差异, $P > 0.05$ 。见表 3。

表 3 两组患者术后并发症发生率比较[例(%)]

组别	n	切口感染	胆瘘	出血	总发生
观察组	49	2(4.08)	1(2.04)	0(0.00)	3(6.12)
对照组	48	3(6.25)	2(4.17)	1(2.08)	6(12.50)

3 讨论

近年来,随着腹腔镜技术的不断改进,腹腔镜下

小切口手术被逐渐引用到肝囊肿治疗中。腹腔镜辅助下可放大部分手术区域,离断、结扎止血等操作更为精细,减少术中出血量,同时气腹压力亦有利于降低腹腔内脏器的血流量与静脉出血;其次,该术式术中腹腔密闭性良好,可避免腹腔脏器充分暴露,减少胃肠道浆膜面的水分蒸发,有利于促进术后胃肠道功能快速恢复,缩短患者住院时间^[4-5]。但需注意以下几点:完善术前影像学检查,若肿瘤部位特殊、数目较多及存在肿瘤高危因素者宜采用开腹手术治疗;术中仔细观察囊液性质,若发现囊液为胆汁样液,提示胆管与囊肿互通,需中转开腹治疗;术中若发现囊液为棕色者,则提示存在出血需行开窗引流。

本研究结果显示,观察组住院时间、胃肠道功能恢复时间、手术时间、术中出血量均低于对照组,术后 1 周血清 AST、ALT、TBIL 水平低于对照组($P < 0.05$)。说明采用腹腔镜下小切口手术治疗可明显降低术中出血量,促进患者术后恢复,改善肝功能。两组术后并发症发生率无明显差异($P > 0.05$),提示采用腹腔镜下小切口手术安全性好。综上所述,采用腹腔镜下小切口手术治疗肝囊肿患者可明显降低患者术中出血量,促进术后恢复,降低其血清 AST、ALT、TBIL 水平,改善肝功能,值得临床推广。

参考文献

- [1]孙敏,曾少波,黄东,等.三种开窗引流术治疗老年先天性肝囊肿的回顾性对比研究[J].肝胆胰外科杂志,2014,26(1):5-8
- [2]刘吉平,张国胜,高志伟,等.腹腔镜与开腹肝囊肿开窗引流术对患者肝功能及免疫功能的影响[J].腹腔镜外科杂志,2016,21(5):333-336
- [3]陈孝平,汪建平.外科学[M].第 8 版.北京:人民卫生出版社,2013.436
- [4]秦胜旗,张忠涛,李建设,等.腹腔镜下小切口术与传统开腹术治疗肝囊肿的优劣对比[J].肝脏,2016,21(5):387-389
- [5]宋辉,周健,秦胜旗.腹腔镜下小切口手术治疗肝囊肿的效果及对肝功能的影响[J].医学综述,2017,23(2):353-355,359

(收稿日期:2017-08-07)

钩针刀联合定点旋转手法治疗包容性腰椎间盘突出症*

王恺 罗军 朱怡文 戴江华 林思俭 袁真

(南昌大学第二附属医院 江西南昌 330006)

摘要:目的:探讨钩针刀联合定点旋转手法治疗包容性腰椎间盘突出症的疗效及对多裂肌的影响。方法:选取包容性腰椎间盘突出症患者 39 例,采用钩针刀联合定点旋转手法治疗,比较治疗前后各个时间段的 VAS 评分;并比较术前和术后 1 周超声下多裂肌厚度的变化。结果:患者术后 1 个月、3 个月和半年的 VAS 评分较术前均有明显减少,差异有统计学意义, $P < 0.05$;患者术后多裂肌厚度较术前减小,差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。结论:钩针刀在一定程度上能够减轻多裂肌的痉挛,在钩针刀治疗的基础上加用定点旋转手法疗效更佳。

关键词:包容性腰椎间盘突出症;钩针刀;定点旋转手法;多裂肌

中图分类号:R681.53

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.09.014

包容性腰椎间盘突出症是脊柱疾病中的常见疾病,治疗方法分为保守治疗、微创治疗和手术治疗,现在常用的保守治疗方法中,手法治疗有不错的效

果^[1-6];而钩针刀作为中医微创治疗中的新手段,在腰椎间盘突出治疗中也有举足轻重的地位^[7-11]。本研究旨在探讨二者联合治疗的疗效。现报告如下:

* 基金项目:江西省科技支撑计划项目(编号:20142BBG70072)

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 1 月~8 月南昌大学第二附属医院康复医学科收治的包容性腰椎间盘突出患者 39 例, 年龄 27~65 岁, 平均年龄 (51.21±10.155) 岁, 其中男 18 例, 女 21 例; 腰 4~5 突出 20 例(其中女 7 例, 男 13 例)、腰 4~5 及腰 5~骶 1 突出 14 例(其中女 11 例, 男 3 例)、腰 5~骶 1 突出 5 例(其中女 3 例, 男 2 例)。

1.2 纳入标准 经 CT、MRI 确诊为包容性腰椎间盘突出出症者; 同意参与本研究并签署知情同意书者。

1.3 排除标准 合并腰椎压缩下骨折、腰椎管狭窄、腰椎滑脱、黄韧带肥厚者; 合并精神疾病者; 合并糖尿病、肿瘤、血液病、心血管病等疾病者; 经 CT、MRI 证实为非包容性腰椎间盘突出者。

1.4 治疗方法

1.4.1 钩针刀法^[12] 巨钩针(型号 JGJ-J3)由钩头(钩尖、钩突、钩板、钩刃)、钩身、钩柄、定位锥组成, 消毒备用; 让患者俯卧于治疗台上, 腹下垫一软枕, 充分暴露腰部, 根据骨性标志定位患者的棘突, 用记号笔做标记; 结合影像学检查结果, 在棘突旁 1.5 cm(新夹脊穴)处定位。皮肤常规无菌消毒, 铺无菌巾、戴无菌手套, 以 1%利多卡因在标记处做一皮丘, 行局部浸润麻醉, 每点 3~4 ml, 深度约 2.0~3.5 cm, 按住定位部位, 左手持纱布固定皮肤, 在超声引导下右手持钩针自外向里刺入皮肤, 进入多裂肌钩鍍 5~8 次。5 d 以后, 开始行定点旋转手法治疗, 2 次/周, 1 个月为 1 个疗程。

1.4.2 定点旋转手法 患者于整脊椅上取坐位, 术者以右(左)手拇指顶住患椎歪曲的棘突, 用力向对侧推按, 以拨正歪曲棘突; 左(右)手扶住患者躯体, 使脊柱逐渐屈曲, 并在向棘突歪曲一侧侧弯的情况下作逆时针或顺时针方向旋转。双手协同动作, 推按一手先顶住患椎棘突, 在旋转的最后几度用力推按, 歪曲棘突复位时可于指下扪或弹。在施行复位手法前后, 应根据患椎肌筋膜病变情况, 分别采用舒筋理气等手法舒筋通络。

1.5 疗效评定标准 治疗前后采用视觉模拟评分法(VAS 评分)对患者进行评分, 并采用超声测量患者多裂肌的厚度。

1.6 统计学方法 采用 SPSS17.0 统计学软件对数据进行处理, 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 患者术后 1 个月、3 个月、半年的 VAS 评分

较术前均有明显减少, 差异有统计学意义 (P<0.05), 见表 1。

表 1 患者术前及术后各时间点的 VAS 评分(分, $\bar{x} \pm s$)

时间	术前	术后 1 个月	术后 3 个月	术后 6 个月
VAS 评分	4.33±1.00	2.31±0.92*	1.28±0.56 [#]	0.69±0.66 [△]

注: 术前和术后 1 个月比较, *t*=16.63, *P<0.05; 术前与术后 3 个月比较 *t*=14.31, [#]P<0.05; 术前与术后 6 个月比较, *t*=6.60, [△]P<0.05。

2.2 患者术前和术后多裂肌厚度的变化 患者术后多裂肌厚度较术前减小, 差异有统计学意义, P<0.05。见表 2 及图 1~图 2。

表 2 术前和术后多裂肌厚度的变化(mm, $\bar{x} \pm s$)

时间	术前	术后 1 个月
多裂肌厚度	10.54±0.52	10.07±0.38



图 1 钩针刀治疗前超声测量的多裂肌厚度



图 2 治疗后 1 个月超声测量的多裂肌厚度

3 讨论

近年来, 随着脊柱生物力学和解剖学的发展, 腰椎间盘突出研究得到了长足的发展。目前, 国内外均认为腰椎间盘突出症与脊柱失稳密不可分, 而腰椎多裂肌作为贴骨肌肉, 是稳定脊柱最重要的肌肉, 也是腰椎的动态稳定器。腰椎多裂肌功能异常会引起腰椎间盘突出发病或复发; 反之, 腰椎间盘突出会加重多裂肌萎缩^[13-14]。杜志锋等^[15]通过观察不同时期多裂肌的 MRI 形态变化及患者早期患侧多裂肌的最大横径发现, 腰椎间盘突出症早期患者可能存在多裂肌痉挛, 随着时间推移中晚期则逐渐出现萎缩, 多裂肌功能改变会导致腰椎间盘突出症发生。因此, 腰椎多裂肌功能的改善在腰椎间盘突出症的治疗和预后中有举足轻重的作用。

钩针刀是通过腰椎多裂肌在体表的定位点进针, 该法一方面通过新夹脊穴疏通经络、活血理气, 通则不痛; 另一方面, 使用钩刃对多裂肌进行钩鍍, 可减轻肌筋膜紧张, 缓解肌肉挛缩, 改善多裂肌的退化, 增强支撑腰椎肌肉的力量, 维持腰椎的稳定性, 从而减小腰椎间盘突出承受的压力, 缓解腰椎间盘突出的症状, 达到治疗、预防腰椎间盘突出的目的。

通过脊椎定点旋转复位手法的治疗, 可促使患椎椎间隙及纤维环、椎间韧带发生旋转和牵拉, 从而对突出的髓核产生周边压力, 使突出物易于回纳; 通

过拨正偏歪棘突,椎体关节得以恢复到正常(或代偿性)的解剖位置,使之与周围肌肉群相适应(即古籍所称“骨合缝、筋入槽”),并解除关节囊和黄韧带对神经根的压迫,改善椎动脉血流。综上所述,钩针刀通过对多裂肌的刺激可缓解多裂肌痉挛,改善其功能,在此基础上加用定点旋转手法治疗,治疗效果佳。

参考文献

- [1]王红东,赵宝力,宋天文,等.电脑控制间歇牵引配合腰椎定点旋转手法治疗腰椎间盘突出症的研究[J].现代中西医结合杂志,2017,26(1):21-23
- [2]周楠,房敏,朱清广,等.脊柱微调手法治疗腰椎间盘突出症的腰背肌生物力学性能评价[J].中国康复医学杂志,2012,27(2):115-119
- [3]李华南,王金贵,孙庆,等.整复手法治疗腰椎间盘突出症最佳应用时机的多中心随机对照研究[J].中医杂志,2013,54(13):1122-1126
- [4]冯宇,杨殊杰,高燕.手法治疗腰椎间盘突出症疗效以及解除神经根受压的 MRM 分析[J].中国骨伤,2005,18(8):456-458
- [5]江浩.综合推拿手法治疗腰椎间盘突出症 74 例疗效观察[J].山东医药,2011,51(43):102-103
- [6]张军,韩磊,王芄,等.分步斜扳手法治疗腰椎间盘突出症的临床疗效观察[J].中国骨伤,2010,23(2):84-86

- [7]阳静波.C 臂机可视下针刀钩活术治疗脱出型腰椎间盘突出症疗效观察[J].实用中医药杂志,2016,32(1):67-68
- [8]高志成,胡晔,李焱生,等.钩活术配合红花穴位注射治疗腰椎间盘突出症的临床观察[J].中国康复,2015,30(6):448-450
- [9]田文友,赵兰巧,田青.钩活术与椎旁阻滞治疗腰椎间盘突出症疗效比较[J].山东医药,2010,50(12):55-56
- [10]沈姣.钩活术治疗腰椎间盘突出症突出型临床观察[J].社区医学杂志,2011,9(6):86
- [11]袁恒勇,袁恒奇,孙玉霞.钩治特定穴位配合骶疗治疗腰椎间盘突出症[J].中国民间疗法,2012,20(5):19-20
- [12]魏玉锁.钩针松解术微创治疗腰椎间盘突出症[J].中国临床医生,2004,32(4):43-44
- [13]Freeman MD,Woodham MA,Woodham AW.The role of the lumbar multifidus in chronic low back pain: a review [J].Pm & R,2010,2(2):142-146
- [14]Kim WH, Lee SH, Dong YL.Changes in the cross-sectional area of multifidus and psoas in unilateral sciatica caused by lumbar disc herniation [J].Journal of Korean Neurosurgical Society,2011,50(3):201-204
- [15]杜志峰,池红景,李爱华,等.腰椎间盘突出症患者不同时期多裂肌形态变化[J].临床和实验医学杂志,2012,11(8):608

(收稿日期:2017-05-07)

不同时期针灸推拿治疗颈椎病的疗效分析

杨永奇

(河南省新乡市中医院 新乡 453000)

摘要:目的:探讨不同时期针灸推拿治疗颈椎病的疗效及对颈椎曲度的改善效果。方法:将 2016 年 4 月~2017 年 4 月我院收治的 100 例颈椎病患者按照随机数表法分为观察组与对照组,每组 50 例,观察组采用针灸推拿分期治疗,对照组采用针灸推拿同期治疗,比较两组疗效及对颈椎曲度的改善效果。结果:治疗后观察组的治疗总有效率为 88.00%明显高于对照组的 68.00%,差异有统计学意义, $P < 0.05$;两组颈椎曲度值和 VAS 评分均明显改善,且观察组的改善效果明显优于对照组,差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。结论:针灸推拿分期治疗颈椎病可有效调整患者的经脉气血,改善颈部肌肉张力和颈椎生理曲度,疗效明显。

关键词:颈椎病;针灸;推拿;疗效;颈椎曲度

中图分类号:R681.55

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.09.015

颈椎病是由于颈椎长期劳损导致颈椎形成进行性骨赘,或颈椎间盘突出、变形导致颈椎脊髓、神经根或椎动脉受压,引起患者功能障碍的临床综合征。其临床症状较复杂,主要表现为颈背疼痛、行走困难、头晕恶心等,病情严重者可出现吞咽困难、心动过速、肌肉萎缩等现象,严重影响患者的身心健康和正常生活^[1]。目前,临床上多采用针灸推拿等保守疗法治疗颈椎病^[2]。本研究旨在探究不同时期针灸推拿治疗颈椎病的疗效及对颈椎曲度的改善效果。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 将 2016 年 4 月~2017 年 4 月我院收治的 100 例颈椎病患者按照随机数表法分为观察组与对照组,每组 50 例。观察组中男 23 例,女 27 例;年龄 20~64 岁,平均年龄(41.08±5.56)岁;病程

10 d~37 个月,平均病程(17.58±3.15)个月;颈型 32 例,椎动脉型 11 例,交感神经型 5 例,神经根型 2 例。对照组中男 25 例,女 25 例;年龄 21~66 岁,平均年龄(43.15±6.03)岁;病程 14 d~36 个月,平均病程(18.21±3.59)个月;颈型 30 例,椎动脉型 13 例,交感神经型 6 例,神经根型 1 例。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 纳入标准 经 X 线或 CT 检查确诊病变量;符合《中医病证诊断疗效标准》^[3]中颈椎病诊断标准者;患者及家属对本研究知情,并自愿签署同意书。

1.3 排除标准 入组前半年内有颈椎外伤者;患有结核、肿瘤等恶性疾病者;患心脑血管疾病和造血功能异常者;精神疾病患者;妊娠、哺乳期妇女。

1.4 治疗方法

1.4.1 观察组 采用针灸推拿分期治疗。将颈椎病