

表 1 两组治疗前后站立位身高、颌眉角及截骨节段后凸角度比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	身高(cm)		颌眉角(°)		截骨节段后凸角度(°)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	29	122.61± 11.21	161.81± 9.67	66.11± 26.31	13.13± 6.12	86.21± 20.23	-2.62± 16.01
对照组	29	121.57± 11.27	156.48± 10.01	65.33± 25.17	18.22± 5.79	85.46± 19.88	7.33± 15.88
t		0.352	2.062	0.115	3.254	0.142	2.376
P		0.726	0.044	0.909	0.002	0.887	0.021

2.2 两组植骨融合率及脊椎功能评分比较 治疗前两组脊椎功能评分比较,差异无统计学意义, $P>0.05$;观察组的植骨融合率为 96.55%,高于对照组的 72.41%,差异有统计学意义, $P<0.05$;治疗后观察组的脊椎功能评分高于对照组, $P<0.05$ 。见表 2。

表 2 两组植骨融合率及脊椎功能评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	植骨融合 [例(%)]	脊椎功能评分(分)	
			治疗前	治疗后
观察组	29	28(96.55)	11.39± 1.77	18.22± 2.23
对照组	29	21(72.41)	10.79± 1.55	15.89± 2.36
χ^2/t		4.735	1.373	3.864
P		0.030	0.175	0.000

3 讨论

强直性脊柱炎的发病机制较为复杂,至今尚未明确,可能与遗传因素有关。其早期症状较为隐匿,可无任何症状,亦有部分患者会出现乏力、消瘦、厌食及轻度贫血等症状,因症状不典型,多数患者因未能及时发现而延误了最佳治疗时机。强直性脊柱炎合并后凸畸形患者因腰椎前凸变平,常会出现屈髋、屈膝,甚至无法正常行走及站立,导致肌肉疲劳及胸腹等相关并发症,进而使生活受限,因此,采用手术方法重建并改善矢状位平衡尤为重要^[2]。

传统脊椎楔形截骨术与椎弓根内固定术是治疗强直性脊柱炎合并后凸畸形的标准术式之一,在临床上已经取得了一定的效果^[3]。脊柱去松质骨化截骨术能避免椎体原有结构丢失,并有效缓解脊髓损伤,提高矫形力度,临床多用于治疗多平面严重畸

形。付君等^[4]研究指出,脊柱去松质骨化截骨术通过延长前柱、缩短后柱可以达到矫形目的;该术式术中采用高磨钻磨削骨皮质和骨松质以提高植骨融合率;并于椎板减压时细致分离硬脊膜,切除神经根周围骨块,避免挤压硬膜和神经根;同时进行截骨椎合拢复位时,直视下进行,可避免暴力复位,减少神经系统并发症发生^[5]。

本研究结果显示,治疗后观察组的站立位身高、植骨融合率、脊椎功能评分均高于对照组,颌眉角及截骨节段后凸角度优于对照组,差异有统计学意义, $P<0.05$,提示脊柱去松质骨化截骨术治疗强直性脊柱炎合并后凸畸形患者,能有效恢复其站立位身高、颌眉角及截骨节段后凸角度,提高植骨愈合率,改善患者的脊椎功能。综上所述,脊柱去松质骨化截骨术治疗强直性脊柱炎合并后凸畸形,能有效提高植骨融合率,恢复患者的脊柱功能。

参考文献

[1]王飞,陶惠人,张建华,等.强直性脊柱炎后凸畸形的截骨手术治疗进展[J].中国骨与关节损伤杂志,2014,29(11):1190-1192
[2]张利强,初同伟,赵光荣.脊柱去松质骨化截骨术治疗强直性脊柱炎并脊柱后凸畸形的疗效分析[J].中国临床研究,2015,28(5):579-581
[3]张智发,杨全中,杨晓清,等.脊柱后路去骨松质截骨术在强直性脊柱炎胸腰段后凸畸形矫正手术中的应用[J].解放军医学院学报,2016,37(6):586-590
[4]付君,张永刚,王征,等.强直性脊柱炎后凸畸形患者经椎弓根椎体截骨术后心功能变化[J].中国脊柱脊髓杂志,2016,26(1):43-47
[5]赵陆,刘超,张永刚,等.强直性脊柱炎后凸畸形患者截骨矫形后腹部变化及消化功能的改变[J].中国脊柱脊髓杂志,2015,25(9):805-810

(收稿日期: 2017-09-19)

理筋正骨法配合针灸治疗腰椎间盘突出症的疗效

杨永奇

(河南省新乡市中医院骨伤科 新乡 453000)

摘要:目的:探讨理筋正骨法配合针灸治疗腰椎间盘突出症的疗效及对疼痛、中医证候和血清 SP、NPY 及 MMP 水平的影响。方法:选取腰椎间盘突出症患者 60 例,随机分为对照组和观察组各 30 例。对照组采用针灸治疗,观察组采用理筋正骨法配合针灸治疗,比较两组临床疗效、VAS 及中医证候评分,比较两组血清 SP、NPY 及 MMP 水平变化。结果:观察组临床治疗总有效率显著高于对照组($P<0.05$);治疗前两组 VAS 评分、中医证候评分及血清 SP、NPY、MMP 水平比较无明显差异($P>0.05$);治疗后观察组 VAS 评分、中医证候评分及血清 SP、NPY、MMP 水平均显著优于对照组($P<0.05$)。结论:理筋正骨法配合针灸治疗腰椎间盘突出症疗效显著,可有效降低血清 SP、NPY 及 MMP 水平,缓解疼痛,降低中医证候评分,改善预后,值得临床推广应用。

关键词:腰椎间盘突出症;理筋正骨法;针灸;疗效

中图分类号:R274.9

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.11.015

腰椎间盘突出症(LDH)是临床骨科的常见病,多由腰肌劳损及外伤等因素引起腰椎间盘突出退行性变化导致,严重影响患者日常生活及工作学习^[1]。临床

治疗多采用针灸、推拿等保守疗法,本研究运用“骨错缝、筋出槽”等中医理论,采用理筋正骨法配合针灸治疗,探讨其疗效及对疼痛、中医证候和血清 P 物质

(SP)、神经肽 Y (NPY) 及基质金属蛋白酶 (MMP) 水平的影响。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 5 月~2017 年 5 月我院收治的腰椎间盘突出症患者 60 例,随机分为对照组和观察组各 30 例。对照组男 19 例,女 11 例;年龄 23~68 岁,平均年龄(45.8± 7.7)岁;病程 12 d~15 年,平均病程(5.5± 2.4)年。观察组男 17 例,女 13 例;年龄 24~69 岁,平均年龄(45.5± 8.4)岁;病程 10 d~14 年,平均病程(5.2± 2.7)年。两组患者一般资料比较无显著性差异, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 纳入及排除标准 纳入标准:(1)符合临床 LDH 相关诊断标准^[2];(2)自愿签署知情同意书者。排除标准:(1)患有精神疾病者;(2)腰椎肿瘤、重度脊椎滑脱及腰椎狭窄者;(3)肝、肾功能异常及心脑血管疾病者;(4)妊娠及哺乳期女性。

1.3 治疗方法

1.3.1 对照组 采用针灸治疗。患者取俯卧位,取患侧腰夹脊、秩边、命门、委中、环跳、阳陵泉、承山等穴位,常规消毒后,平补平泻法进针,运针使得气后,留针 30 min,1 次/d。

1.3.2 观察组 在对照组基础上联合理筋正骨法。患者坐于方凳上,两足分开与肩同宽,右手置于颈部后侧,左手前置于右侧腋下。术者右手经患者胸前扶持其左肩峰,并嘱患者双足勿离开地面,身体坐正勿移动。以患者左手拇指顶住腰椎棘突,术者助手站于患者对面,固定患者左腿,维持患者复位时端正坐姿。术者右手扶住患者左肩使其上半身前屈 60°~90°,并最大限度向左侧弯曲,患者躯干向后内侧旋转,左手拇指向右顶推腰椎棘突,至出现“咔嚓”声响后,使患者恢复端坐位,术者双手从上至下理顺棘上韧带与腰肌,2 次/周。两组患者均持续治疗 1 个月。

1.4 观察指标及疗效判定 (1)比较两组临床疗效,判定标准:腰痛等临床症状消失,直腿抬高 $>70^{\circ}$ 为痊愈;临床症状基本消失,直腿抬高 $51^{\circ}\sim70^{\circ}$ 为显效;临床症状有所改善,直腿抬高 $11^{\circ}\sim50^{\circ}$ 为有效;临床症状无明显改善甚至加重,直腿抬高 $\leq 10^{\circ}$ 为无效。总有效率=(痊愈+显效+有效)/总例数 $\times 100\%$ 。(2)比较两组疼痛评分,采用视觉模拟量表(VAS)进行评价,分值为 0~10 分,分值越高疼痛越剧烈。(3)比较两组中医证候评分,采用《中医病证诊断疗效标准》^[3]进行评估,包括腰痛性质、程度、持续时间、是否兼有其他症状及舌脉等方

面,总分为 20 分,分值越高临床症状越严重。(4)比较两组血清 SP、NPY 及 MMP 水平变化,抽取两组患者治疗前后晨起空腹状态的静脉血,离心分离血清,低温保存,采用酶联免疫吸附法检测血清 SP、NPY 及 MMP(MMP-2、MMP-3)水平。

1.5 统计学分析 应用 SPSS19.0 统计学软件处理数据,计数资料以率表示,进行 χ^2 检验,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,进行 t 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 观察组临床治疗总有效率为 93.33%,显著高于对照组的 73.33%, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较						
组别	n	痊愈(例)	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效率(%)
观察组	30	4	9	15	2	93.33*
对照组	30	2	7	13	8	73.33

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

2.2 两组 VAS 及中医证候评分比较 治疗前两组 VAS 评分、中医证候评分比较无明显差异, $P>0.05$;治疗后两组 VAS 评分、中医证候评分均有所改善,且观察组改善程度明显优于对照组, $P<0.05$ 。见表 2。

表 2 两组 VAS 及中医证候评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)				
组别	n	时间	VAS	中医证候
观察组	30	治疗前	7.7± 1.4	12.2± 5.3
		治疗后	2.3± 1.1**	4.6± 2.5**
对照组	30	治疗前	7.8± 1.6	11.6± 5.6
		治疗后	3.5± 1.4*	7.0± 2.9*

注:与治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组治疗后比较,** $P<0.05$ 。

2.3 两组血清 SP、NPY 及 MMP 水平比较 治疗前两组血清 SP、NPY 及 MMP 水平比较无显著性差异, $P>0.05$;治疗后两组血清 SP、NPY 及 MMP 水平均有所改善,且观察组改善程度显著优于对照组, $P<0.05$ 。见表 3。

表 3 两组血清 SP、NPY 及 MMP 水平比较($\bar{x} \pm s$)						
组别	n	时间	SP(pg/ml)	NPY(pg/ml)	MMP-2(ng/ml)	MMP-3(ng/ml)
观察组	30	治疗前	19.5± 2.8	179.8± 22.8	213.7± 25.4	31.7± 4.1
		治疗后	7.9± 0.9**	135.6± 16.8**	150.6± 21.2**	22.5± 2.5**
对照组	30	治疗前	20.1± 3.0	180.1± 23.1	213.5± 26.0	32.1± 4.4
		治疗后	10.1± 1.3*	154.2± 18.2*	170.2± 23.1*	27.3± 2.9*

注:与治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组治疗后比较,** $P<0.05$ 。

3 讨论

LDH 属中医“痹症、腰腿痛”等范畴,病机为肝肾亏虚,气血瘀滞^[4]。《景岳全书》中指出,“凡病腰痛者,多由真气不足,以培补肾气为主”,治疗应以补肾益肝、调理气血为主要原则,标本兼治。临床治疗多采用针灸疗法,可显著调理患者经脉气血,改善肌肉

张力,纠正“筋出槽”现象,在一定程度上虽可缓解患者腰痛等临床症状,但未能有效改善患者已形成的腰椎间盘突出物形态、位置及大小。

正骨手法自古有之,《周礼·天官》中便有疡医专处折疡的记载,是中医治疗骨伤的常用外治疗法。理筋正骨法便是在此基础上创新而来,具有行气活血、消肿止痛、活络筋骨之功效,可有效缓解肌肉痉挛,消炎镇痛,同时还能促进毛细血管微循环,加速血液循环,降低血液黏度,从而改善慢性缺氧症状,平衡因缺氧导致的机体自由基代谢紊乱,促进致痛物质及致炎物质分解代谢,提高机体免疫力。王仁群等^[9]研究显示,通过正骨理筋手法行腰椎牵引可加速受累肌肉形态恢复,使椎体后部小关节移位,改善神经根粘连及错位关节,减轻椎间盘突出负压,从而缓解神经压迫。

本研究结果显示,观察组临床治疗总有效率显著高于对照组($P<0.05$);治疗前两组 VAS 评分、中医证候评分及血清 SP、NPY、MMP 水平比较无明显差异($P>0.05$);治疗后观察组 VAS 评分、中医证候

评分及血清 SP、NPY、MMP 水平均显著优于对照组($P<0.05$)。宋志刚等^[9]研究表明,血清 SP、NPY 是反映机体神经性疼痛症状的敏感指标,MMP 是反映关节炎性疼痛症状的敏感指标,与 LDH 患者疼痛程度密切相关,说明理筋正骨法可有效缓解患者疼痛。综上所述,理筋正骨法配合针灸治疗腰椎间盘突出症疗效显著,可有效降低血清 SP、NPY 及 MMP 水平,减轻患者疼痛,降低中医证候评分,改善预后,值得临床推广应用。

参考文献

[1]李中华.坐骨神经止痛汤结合小针刀治疗腰椎间盘突出症临床观察[J].四川中医,2015,34(11):153-155
[2]蒋鸣福.腰椎间盘突出症防治指南[S].北京:人民卫生出版社,2000.52-53
[3]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,1994.214-215
[4]叶武汉,曾伟权,石一杰.正骨理筋手法结合运动疗法治疗腰椎间盘突出症疗效观察[J].实用中医药杂志,2016,32(8):822-823
[5]王仁群,任玉炳,卢安,等.理筋正骨手法牵引配合中药治疗腰椎间盘突出症的临床研究[J].陕西中医,2016,37(2):240-242
[6]宋志刚,牛小育.腰椎间盘突出症患者血清指标与疼痛程度的关系研究[J].河北医学,2015,21(12):1947-1949

(收稿日期:2017-09-03)

40 例急性高血压脑出血微创手术治疗的效果观察

赵文龙

(河南省开封市第二人民医院神经外科 开封 475000)

摘要:目的:观察 40 例急性高血压脑出血患者微创手术的治疗效果。方法:选取 2015 年 5 月~2017 年 3 月我院收治的急性高血压脑出血患者 80 例,根据随机数字表法分为对照组和观察组各 40 例。对照组行常规开颅血肿清除术,观察组行微创颅内血肿清除术。比较两组患者治疗效果、手术情况以及治疗前后血肿残留量和血肿清除率。结果:观察组治疗总有效率明显高于对照组($P<0.05$);观察组术中出血量、手术时间均低于对照组($P<0.05$);治疗后,观察组残留血肿量低于对照组,血肿清除率高于对照组($P<0.05$)。结论:采用微创手术治疗急性高血压脑出血患者效果显著,能够有效减少术中出血量,缩短手术时间,提高血肿清除率。

关键词:脑出血;急性高血压;微创手术;临床疗效

中图分类号:R743.34

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.11.016

高血压脑出血是常见脑实质内出血疾病,具有起病急、病情凶险、高致残率及致死率等特点,其发病原因主要包括高血压、颅内血管畸形及情绪激动等。临床多行手术治疗,传统术式主要包括穿刺吸出血肿、开颅清除血肿等,但创伤较大,血肿清除不彻底^[1]。近年来微创技术不断创新发展,微创理念逐渐受到人们认可。微创颅内血肿清除术具有创伤小、治疗时间短、术后恢复快及操作简单等优点,并能有效保护脑神经,是临床治疗高血压脑出血重要发展方向。本研究采用微创颅内血肿清除术治疗急性高血压脑出血,取得良好的临床效果。现报道如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 5 月~2017 年 3 月我

院收治的急性高血压脑出血患者 80 例,根据随机数字表法分为对照组和观察组各 40 例。对照组男 20 例,女 20 例;年龄 44~75 岁,平均年龄 (59.42 ± 10.88) 岁;出血部位:脑叶 13 例,基底节结外侧区 9 例,基底节结内侧区 10 例,小脑 8 例。观察组男 21 例,女 19 例;年龄 45~76 岁,平均年龄 (60.36 ± 10.49) 岁;出血部位:脑叶 12 例,基底节结外侧区 10 例,基底节结内侧区 10 例,小脑 8 例。两组患者性别、年龄、脑出血量比较无显著性差异, $P>0.05$,具有可比性。所有患者均经临床确诊为急性高血压脑出血,并签署知情同意书;排除严重脏器功能障碍、合并精神类疾病者。本研究经我院伦理协会审批通过。