

表 2 两组溶栓时间及住院时间比较($\bar{d}, \bar{x} \pm s$)

| 组别 | n | 溶栓时间 | 住院时间 |
|-----|----|------------|------------|
| 观察组 | 41 | 2.43± 1.09 | 7.13± 1.24 |
| 对照组 | 41 | 5.46± 2.43 | 9.23± 2.57 |
| t | | 7.285 | 4.712 |
| P | | <0.05 | <0.05 |

2.3 两组肢体消肿率比较 观察组肢体消肿 34 例, 消肿率为 82.93%(34/41); 对照组肢体消肿 25 例, 肢体消肿率为 60.98%(25/41)。观察组肢体消肿率明显高于对照组($\chi^2=4.895, P<0.05$)。

3 讨论

深静脉血栓形成为临床常见周围血管疾病, 多发于下肢, 发病率为上肢的 10 倍, 临床常表现为肢体疼痛、肿胀及浅静脉扩张等症状, 若不及时治疗, 可导致下肢坏疽甚至截肢^[4]。急性下肢深静脉血栓形成常导致血栓脱落, 可引起肺栓塞危及患者生命, 故探讨有效的治疗方法为临床研究重点^[5]。

传统治疗是通过外周抗凝溶栓, 但抗凝溶栓期间常引发出血、肺栓塞等并发症, 治疗效果并不理想。溶栓期间对患者实施经颈外静脉临时滤器置入, 可避免血栓脱落导致急性肺动脉栓塞, 提高静脉通畅度, 减少并发症发生情况。下腔静脉滤器置入主要通过溶栓导管将药物泵入血栓所在部位, 能提高局部药物浓度及溶栓效果, 栓子于血栓形成 14 d 内极易脱落, 脱落的栓子可引发致命性栓塞。因此, 早期及时实施下腔静脉滤器植入对预防栓塞具有重要意义。顺行置管溶栓为目前治疗急性下肢深静脉血

栓形成的重要方式, 是一种安全、高效的治疗方法, 有助于改善患者远期预后, 减少并发症发生。此外, 顺行置管溶栓可治疗 1 个月内血栓完全溶解患者, 降低深静脉血栓后遗症, 避免静脉阻塞发生, 明显改善患者围手术期的消肿及血管通畅情况, 降低继发性下肢深静脉瓣膜功能不全发生率, 促进早期恢复。

本研究结果显示, 治疗前两组静脉通畅度比较无明显差异($P>0.05$); 治疗后两组静脉通畅度均高于治疗前, 且观察组高于对照组, ($P<0.05$); 观察组溶栓时间、住院时间均短于对照组, 肢体消肿率明显高于对照组($P<0.05$)。说明下腔静脉滤器置入联合顺行置管溶栓治疗急性下肢深静脉血栓形成, 可降低患者肺栓塞几率, 提高术后肢体消肿率, 改善静脉通畅度, 缩短患者住院及溶栓时间, 值得临床推广应用。

参考文献

- [1]王深明,武日东.下肢深静脉血栓形成治疗指南与实践[J].中国实用外科杂志,2015,35(12):1264-1266
- [2]贾伟,刘建龙,田轩,等.下腔静脉滤器置入在预防下肢深静脉血栓形成继发性肺栓塞中的临床意义[J].实用医学杂志,2016,32(3):458-460
- [3]孙晓磊,王伟明,张雷,等.下腔静脉滤器联合顺行置管溶栓在下肢急性深静脉血栓形成中的疗效分析[J].四川医学,2016,37(9):1030-1033
- [4]阿旺旦增,德吉曲宗,吕广超,等.老年肺癌患者术后下肢深静脉血栓形成的危险因素[J].中国老年学杂志,2017,37(14):3511-3513
- [5]徐清华,史平淮,查俊华,等.导管直接溶栓治疗急性下肢深静脉血栓形成[J].中国医师进修杂志,2015,38(7):479-481

(收稿日期: 2017-10-11)

低位显微外科手术联合补中益气加味方对精索静脉曲张不育症疗效及安全性研究

王鹏

(广东省中西医结合医院 佛山 528000)

摘要:目的:探讨低位显微外科手术联合补中益气加味方对精索静脉曲张(VC)不育症疗效及安全性的影响。方法:选取我院 2015 年 3 月~2017 年 3 月收治的 VC 不育症患者 34 例,随机分为对照组和研究组各 17 例。对照组行低位显微外科手术治疗,研究组在此基础上加用补中益气加味方治疗。比较两组临床疗效、精液质量、配偶妊娠率及并发症情况。结果:研究组治疗总有效率明显高于对照组($P<0.05$);治疗后,研究组精液浓度、精子总活力及配偶妊娠率均显著高于对照组($P<0.05$);两组不良反应发生率比较无显著性差异($P>0.05$)。结论:低位显微外科手术联合补中益气加味方治疗 VC 不育症疗效显著,可有效提高精液质量及配偶妊娠率,安全可靠,值得临床推广应用。

关键词:精索静脉曲张不育症;补中益气加味方;低位显微外科手术

中图分类号:R697.24

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.12.011

精索静脉曲张(VC)为成年男性常见病,是指诸多因素诱发的精索内蔓状静脉丛异常伸长或迂曲的一种病理现象,影响患者精液质量,导致不育。临床目前治疗该病普遍采用手术治疗,但部分患者术后

精子质量并未得到明显改善,甚至下降。补中益气加味方具有活血化瘀、补肾生精之效,对 VC 治疗具有一定积极意义,但目前国内尚无足量低位显微外科手术联合补中益气加味方治疗 VC 不育症的报道。为

此,本研究选取我院精索静脉曲张不育症患者 34 例作为研究对象,旨在探讨低位显微外科手术联合补中益气加味方对 VC 不育症疗效及安全性的影响。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2015 年 3 月~2017 年 3 月收治的 VC 不育症患者 34 例,随机分为对照组和研究组各 17 例。对照组年龄 22~38 岁,平均年龄(29.71± 5.93)岁;病程 3 个月~2 年,平均病程(11.64± 3.45)个月;左侧 12 例,右侧 2 例,双侧 3 例。研究组年龄 23~37 岁,平均年龄(28.31± 6.39)岁;病程 5 个月~2 年,平均病程(12.82± 4.02)个月;左侧 11 例,右侧 2 例,双侧 4 例。两组一般资料比较差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 纳入及排除标准 纳入标准:符合《EAU 男性不育症指南(2017 年版)》^[1]中关于精索静脉曲张不育症的相关诊断标准;中医辨证分型属气虚血瘀兼肾虚型,婚后不育,精少稀薄,阴囊坠胀不适,神疲乏力,舌质淡红且苔白微腻,脉细涩;患者及其家属均自愿签署知情同意书。排除标准:入院前 2 周内曾接受过改善精液质量药物治疗者;合并心肝肾等重要脏器功能障碍者。

1.3 治疗方法 两组患者均行低位显微镜下精索静脉曲张结扎术。腰硬联合麻醉后,取腹股沟下皮肤切口,长约 2 cm,以橡胶引流管牵引精索,辨认提睾肌静脉并结扎切断;于 10 倍镜下钝性分离精索外、内筋膜,辨认睾丸动脉并游离牵开保护,如不能确定可行罂粟碱试验或阻断试验,结扎输精管静脉外的所有静脉,若输精管静脉明显曲张,且内径超过 3 mm,可予以游离结扎并切断,但需保留一支以保证充分的静脉回流;保留睾丸动脉及淋巴管;缝合提睾肌,缝合切口,术毕。在此基础上,研究组加用补中益气加味方治疗。方药组成:炙黄芪 20 g,丹参 20 g,川芎 20 g,柴胡 10 g,升麻 5 g,当归 10 g,槐花 15 g,地榆 10 g,枸杞子 10 g,女贞子 10 g,制首乌 15 g,陈皮 5 g,白术 10 g。水煎,1 剂/d,分早晚饭后半小时服用,连续服用 3 个月。

1.4 观察指标 治疗 3 个月后比较两组治疗总有效率、配偶妊娠情况、并发症情况以及治疗前后的精液质量。治疗期间,对照组 1 名患者因工作调动失去联系,其余患者均完成研究。

1.5 疗效判定标准^[2] 痊愈:临床症状完全消失,精子浓度 $>20 \times 10^6/ml$,精子总活力 $\geq 40\%$,或治疗期间配偶怀孕;显效:临床症状明显改善,精子浓度、总活力提高 $>60\%$;有效:临床症状有所好转,精

子浓度、总活力提高 20%~60%;无效:临床症状无明显改善或加重。总有效=痊愈+显效+有效。

1.6 统计学方法 数据处理采用 SPSS22.0 统计学软件,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料用率表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组精液质量比较 治疗前,两组精液浓度、精子总活力比较差异无统计学意义, $P>0.05$;治疗后,研究组精液浓度、精子总活力均高于对照组, $P<0.05$,差异具有统计学意义。见表 1。

表 1 两组精液质量比较($\bar{x} \pm s$)

| 组别 | n | 精液浓度($\times 10^6/ml$) | | 精子总活力(PR+NP,%) | |
|-----|----|--------------------------|-------------|----------------|-------------|
| | | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 |
| 对照组 | 16 | 12.87± 3.05 | 25.07± 3.77 | 15.76± 3.95 | 37.43± 4.62 |
| 研究组 | 17 | 13.12± 3.14 | 29.16± 4.08 | 16.43± 4.71 | 43.82± 5.03 |
| t | | 0.24 | 2.99 | 0.45 | 3.79 |
| P | | >0.05 | <0.05 | >0.05 | <0.05 |

2.2 两组临床疗效比较 研究组治疗总有效率明显高于对照组, $P<0.05$,差异具有统计学意义。见表 2。

表 2 两组临床疗效比较[例(%)]

| 组别 | n | 痊愈 | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效 |
|----------|----|----------|----------|----------|----------|-----------|
| 对照组 | 16 | 1(6.25) | 5(31.25) | 4(25.00) | 6(37.50) | 10(62.50) |
| 研究组 | 17 | 5(29.41) | 8(47.06) | 3(17.65) | 1(5.88) | 16(94.12) |
| χ^2 | | | | | | 5.82 |
| P | | | | | | <0.05 |

2.3 两组配偶妊娠情况比较 研究组配偶妊娠 15 例,妊娠率为 88.24%(15/17),对照组配偶妊娠 9 例,妊娠率为 56.25%(9/16),组间比较差异具有统计学意义, $P<0.05$ 。

2.4 两组并发症情况比较 治疗期间,两组均未见睾丸萎缩、阴囊水肿等严重并发症,组间差异无统计学意义, $P>0.05$ 。

3 讨论

VC 为成年男性的常见病及多发病,是导致男性不育的重要因素。VC 可引起睾丸局部的代谢产物反流,造成静脉瘀血,诱发细胞微环境及血液动力学改变,进而降低精子密度及活力,严重威胁青壮年男性的生育功能。近年来,以低位显微外科手术为代表的微创手术逐渐广泛应用于 VC 不育症的临床治疗,较腹腔镜手术而言,具有以下几点优势:(1)有效保护睾丸动脉和淋巴管;(2)显著降低术后精索静脉曲张复发率;(3)麻醉操作简单,不良反应较小。但由于长期的 VC 已造成不同程度的睾丸功能损伤,术后短时期内精液质量改善并不明显^[3]。

临床实践证实,中药辅助治疗男性生殖疾病效

果理想。中医认为,VC 属“筋瘤”等范畴,气虚以致血瘀,瘀阻于下,脉络弯曲,日久则成筋瘤,治疗应以补肾填精、活血化瘀为主。本研究所用方药为补中益气加味方,其中炙黄芪为主药,补中益气,气行则血行,瘀去络通而不伤正;川芎乃血中气药,可活血行气、化瘀通络、走而不守,具有引经之效;丹参配合当归,有加强养血活血之功;陈皮健脾益气;白术性味辛甘苦温,有除湿利水、补气健脾之效;枸杞子、女贞子滋补肾阴;制首乌擅长补肾益精;地榆、槐花活血凉血,清血分之热;升麻、柴胡等可健脾和胃、疏肝解郁、益气升阳。诸药合用共奏补肾健脾、活血生精、清热除湿之功。

本研究结果显示,研究组治疗总有效率明显高于对照组($P<0.05$);治疗后,研究组精液浓度、精子

总活力及配偶妊娠率均显著高于对照组($P<0.05$);两组不良反应发生率比较无显著性差异($P>0.05$)。说明补中益气加味方联合低位显微外科手术治疗效果确切,可有效改善患者精液质量,提高配偶妊娠率,安全性高。但本研究样本数量较小,只有短期疗效观察,长期疗效尚待进一步深入研究。

参考文献

- [1]宋春生,陈志威,赵家有.EAU 男性不育症指南(2017 年版)精索静脉曲张性不育症解读[J].中国性科学,2017,26(6):97-101
- [2]胡瑞义,魏蓓蕾,郭建功.手术联合复方玄驹胶囊治疗对精索静脉曲张不育症患者性激素及精子的影响[J].现代中西医结合杂志,2014,23(24):2659-2661
- [3]江志勇,李学德,何庆鑫,等.中药联合低位显微镜下精索静脉曲张手术治疗精索静脉曲张致不育症的疗效分析[J].中国性科学,2014,23(10):82-84

(收稿日期:2017-11-02)

前路带锁钢板系统治疗颈椎骨折脱位的应用价值

邱华骥

(福建中医药大学附属人民医院 福州 350004)

摘要:目的:探讨前路带锁钢板系统在颈椎骨折脱位治疗中对恢复及维持颈椎前凸的应用价值。方法:选择 2012 年 3 月~2016 年 6 月我院收治的 32 例前路带锁钢板系统治疗的颈椎骨折脱位患者作为研究对象,分别拍摄患者术前、术后当日、术后 1 年的 X 线片,通过 Cobb 角评估患者融合节段的前凸,将齿状突至 C7 后下缘连线和 C4 后下缘的垂直距离作为 D 值,评估患者的颈椎前凸;应用 JOA 评分标准判定患者的脊髓功能。结果:患者术前 Cobb 角为 -33° ~ -19° ,术后当日、术后 1 年 Cobb 角分别为 -13° ~ -21.7° 、 -13° ~ -21.3° ,与术前 Cobb 角相比差异明显($P<0.05$);患者术前 D 值为 -8.8 ~ -15.2 mm,术后当日、术后 1 年的 D 值分别为 0 ~ 18.7 mm、 0 ~ 18.7 mm,与术前 D 值相比差异明显($P<0.05$)。患者术后脊髓功能达优 13 例、良 10 例、可 8 例、差 1 例,优良率 71.9%。结论:在颈椎骨折脱位的治疗中应用前路带锁钢板系统,有助于恢复、维持患者颈椎前凸,效果理想。

关键词:颈椎骨折脱位;前路带锁钢板;颈椎前凸

中图分类号:R681.5

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.12.012

因各种意外事故而导致的颈椎骨折脱位在临床中非常多见,且患病人数逐年增加。手术是颈椎骨折脱位的主要治疗手段,治疗的最终目的是让患者的颈椎序列得到恢复,促进受伤组织的恢复,提高颈椎的稳定性^[1]。植骨融合术是对该病传统的治疗方案,临床效果差强人意,在植入腓骨骨棒、髂骨之后,很多患者都出现了颈椎反曲畸形,植骨融合度非常差。我院对颈椎骨折脱位患者采用前路带锁钢板系统治疗,在恢复、维持患者颈椎前凸方面取得了理想效果。现将结果报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究对象为 2012 年 3 月~2016 年 6 月我院收治的 32 例颈椎骨折脱位患者。其中男 24 例,女 8 例;年龄 31~64 岁,平均 (47.3 ± 2.6) 岁。18 例为陈旧性损伤,受伤时间 1~8 个月,平均 (3.7 ± 0.4) 个月;14 例为新鲜损伤,受伤时间 5 h~11 d,平均 (3.5 ± 1.4) d。受伤原因:摔伤 1 例、交通意外

15 例、砸伤 4 例、坠落伤 12 例。受伤节段:C4~C5 共 16 例,C5~C6 共 8 例,C6~C7 共 6 例,C4~C6 共 2 例。

1.2 治疗方法 所有患者全部接受前路带锁钢板系统治疗,并在术后随访 1 年。取患者仰卧位,颈部自然平伸,行气管插管全身麻醉,取长度为 24~92 mm、宽度为 4 mm 的 AO 钢板,锁定螺钉、固定螺钉的长度分别为 1.2 mm、14 mm,直径均为 4 mm。以患者的右侧胸锁乳突肌内侧缘作为入路,作一个长度为 5~7 cm 的横向切口,完全暴露受伤颈椎与上下缘,借助 C 臂 X 光机的透视实施手术。在患者椎间隙插入 7 号注射针头,经 C 臂 X 光机透视确定受伤部位后,首先进行减压和止血,减压方式视患者颈椎损伤程度而定:如患者属于单纯性椎体压缩性骨折或爆裂性骨折,行椎体次全切除并摘除患者上下椎间盘;如患者为单纯性脱位,需先行复位,然后实施环锯法椎间体钻孔减压;如果患者发生骨折脱位,可