



· 临床研究 ·

仰卧位拔伸治疗对颈椎间盘突出症患者疼痛程度、不良反应及复发率的影响

韩昌隆 (湘潭市第一人民医院颈肩腰腿痛科 湖南湘潭 411100)

摘要: **目的** 研究仰卧位拔伸治疗颈椎间盘突出症患者的临床疗效。**方法** 使用前瞻性的设计方法, 对我院的98例颈椎间盘突出症患者进行仰卧位拔伸治疗, 以十天为一个疗程, 连续治疗三个疗程, 然后观察患者的疼痛程度以及不良反应。在治疗结束后, 进行三个月的追踪调查, 统计患者有无复发的情况发生。**结果** 98例患者中, 痊愈的患者有83例, 显效的患者有7例, 有效的患者有6例, 无效的患者为2例, 治疗的总临床有效率为97.96%。经对患者三个月的追踪调查, 患者的情况十分的稳定, 而且没有任何一例患者复发, 复发率为0。**结论** 仰卧位拔伸治疗对颈椎间盘突出症患者具有十分积极的意义, 能够有效的缓解患者的疼痛, 而且无任何的不良反应, 复发的几率也为0, 因而影响值得在颈椎间盘突出症患者的临床治疗中大力推广。

关键词: 仰卧位拔伸 颈椎间盘突出症患者 临床治疗效果

中图分类号: R274.9 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2017) 18-144-02

颈椎间盘突出症是一种十分常见骨科病, 最主要是因为颈椎间盘纤维环、髓核、软骨板发生了不同程度的病变后, 再通过外界因素的作用, 然后使椎间盘纤维环破裂, 髓核随之从破裂处突出或者脱出椎管内, 进而对患者造成影响, 严重影响患者的生活质量, 例如心悸、胸闷、头痛、眩晕、步态不稳、四肢无力等, 严重的患者甚至可能会高位截瘫。因此, 探讨有效的治疗方案对于颈椎间盘突出症患者十分的重要。近来, 有研究称仰卧位拔伸治疗对于颈椎间盘突出症患者意义非常。故此, 本文选取了我院收治的98例颈椎间盘突出症患者, 对他们进行仰卧位拔伸治疗, 其研究过程如下。

1 资料与方法

1.1 研究设计

主要使用前瞻性设计的方法, 选取我院推拿科收治的98例颈椎间盘突出症患者。

1.2 伦理审查

根据“涉及人的生物医学研究伦理审查办法”以及赫尔辛基宣言, 本次研究的方案得到了有关部门的批准, 并且对本次研究进行全程的追踪。

1.3 纳入标准

本次研究患者的年龄都在20-60岁之间, 经过MRI的检查, 确诊为颈椎间盘突出, 并且主要以根痛性为主。本次参加研究的患者均知晓同意, 而且签署了相关的知情同意书。

1.4 排除标准

主要排除标准有五条: ①已经接受过相关的治疗而且可能会影响本次研究的观测指标; ②患者伴有可能会影响观测指标的其他种类疾病。③患有类风湿、肿瘤以及结核等疾病, 全身性疾病例如咳嗽、手术、发热等。④严重的心、肝、肺损害, 可能会影响药物的新陈代谢。⑤特殊人群, 例如: 婴幼儿、高龄、孕妇、未成年人、精神病等。对于一些正在接受治疗的患者, 如果经过洗脱期后符合纳入标准, 则就不必视为排除患者。

1.5 退出标准

①没有按照规定进行干预措施, 因而无法判定疗效; ②严重的不良反映以及并发症等。③资料不齐全因而无法判定疗效及安全性。④使用影响疗效的药物。

1.6 治疗方法

以10天为一个疗程, 连续治疗3个疗程, 每个疗程之间的间隔期为1天。具体的治疗方法如下: 使患者处于仰卧的姿势, 使其双肩紧紧的靠在床边上, 而头部和颈部则悬挂于床外, 让患者下颌内收, 颈部向前屈, 幅度在10-30°之间。让助手立于患者一侧, 双手放置在患者的双肩, 而主治医师则坐于患者的头部的前侧, 一手放置在患者的枕后, 另一手放置在患者的下颈部, 与助手同时向反方向使力, 慢慢的拔

伸患者的颈椎, 每次拔伸的持续时间为10-30秒。需要注意的是在治疗结束后让患者休息2-5min后才能起身, 而且治疗的方法不使用扳法以及旋转法。

1.7 观测指标

无效: 患者的颈肩臂部位的疼痛症状没有得到任何的缓解, 臂丛神经牵拉试验呈阳性, 不能胜任工作。**有效:** 患者的颈肩臂部位的疼痛症状部分得到缓解, 但是伏案后会加剧, 臂丛神经牵拉试验好转。**显效:** 患者的颈肩臂部位的疼痛症状基本消失, 长时伏案有疼痛感, 但休息疼痛会消失。臂丛神经牵拉试验呈阴性, 基本可以正常工作。**痊愈:** 经过治疗后, 患者的颈肩臂部位的疼痛症状消失, 可以自由的进行各项活动。臂丛神经牵拉试验呈阳性, 完全可以正常的进行工作。

2 结果

经过3个疗程的治疗, 98例患者中, 痊愈的患者有83例, 显效的患者有7例, 有效的患者有6例, 无效的患者为2例, 治疗的总临床有效率为97.96%。经研究, 治疗无效的患者主要是因为操作不当, 经过再次的正确的操作后, 2例治疗无效的患者症状改善。在治疗中, 患者没有任何的不良反应。经对患者三个月的追踪调查, 患者的情况十分的稳定, 而且没有任何一例患者复发, 复发率为0。

3 讨论

近年来, 颈椎间盘突出的患病人数逐年的增长, 当前已成为威胁人类身体健康的一种重要的疾病。颈椎的负重相对比较大, 而且需要进行的活动也比较多, 而且是和固定的胸椎相联系, 因此很容易劳损进而导致退行性改变, 纤维环退变后, 纤维会肿胀变粗, 然后发生玻璃样变性, 直至断裂。因此, 我们必须引起重视, 积极的探索更为有效的治疗措施, 保障患者的身体健康和生命安全^[4]。有研究者经过研究认为, 仰卧位拔伸治疗颈椎间盘突出症患者意义非常, 可以有效的缓解患者的颈肩臂部的疼痛, 还能有效的减少患者治疗中的不良反应和治疗后的复发率。基于此, 本文选取我院收治的98例颈椎间盘突出症患者, 将他们作为本次研究的实验对象, 对他们进行仰卧位拔伸的治疗方法, 然后观察患者的经过治疗后的疼痛程度、不良反应以及复发率。通过对患者的认真观察, 我们可以发现, 对于颈椎间盘突出症患者来说, 实施仰卧位拔伸的治疗措施, 起到了很好的治疗效果, 98例患者中, 痊愈的患者有83例, 显效的患者有7例, 有效的患者有6例, 无效的患者为2例, 治疗的总临床有效率为97.96%。在治疗中, 患者没有任何的不良反应。经对患者三个月的追踪调查, 患者的情况十分的稳定, 而且没有任何一例患者复发, 复发率为0。因而可以证明仰卧位拔伸在颈椎间盘突出症患者中的应

(下转第146页)



< 0.05), 详情见表2。

3 讨论

近年来, 伴随着我国进入老龄化社会, 老年人群患病人数不断增多, 老年病的问题也越发明显。前列腺增生属于老年男性患者中的常见疾病之一, 同时在临床当中也非常常见, 患者往往无法正常的排尿, 会导致患者的生活质量严重下降^[5]。药物保守治疗又无法保障整体治疗效果, 导尿管有需要长期留置尿管, 同时还很容易发生尿路感染、膀胱结石等并发症, 对于患者的生活会形成严重影响^[6]。

经尿道前列腺等离子双极汽化电切术在临床应用中具备许多的优势, 例如低温切割, 切割温度不会超过 60℃, 热效应比较小, 所以热损伤也比较小, 可能规避闭孔神经反射、损伤尿道外括约肌等现象。切割前列腺组织时可以在表层形成汽化, 汽化层下面会形成 2mm 的凝固层, 其可以促使小静脉、小动脉、毛细血管等快速闭塞, 从而实现术中止血的目的。另外, 还能够对不同组织形成较强的识别能力, 促使切割创面时出现无效切割或凝滞感, 从而提高切割的安全性^[7]。

本研究结果显示, 实验组患者治疗总有效率 (93.00%) 与常规组患者的治疗总有效率 (80.00%) 相当, 实验组患者的手术时间、术中出血量以及术后膀胱冲洗时间均显著优于常规组。这一结果充分证明经尿道前列腺等离子双极汽化电切术具备更加突出的临床疗效, 相对于传统经尿道前列腺电切术而言临床治疗价值更加突出, 可以更好的改善患者的临床体征, 同时因为手术方式的优势, 手术时间更短, 出血量更好, 术后膀胱的冲洗时间也更短, 这也间接展现了经尿道前列腺等离子双极汽化电切术在患者康复方面的优势和特点。

(上接第 143 页)

改善微循环, 降低骨路压力。KOA 早期, 滑液渗出物过多, 增加了膝关节压力, 从而导致骨压升高, 骨关节血流量减少、氧气缺乏、酸产物积聚等现象。由于营养紊乱引起的关节软骨退化, 通过小针刀手术局部切割, 创造新鲜伤口, 促进血管生长, 改善局部微循环, 促进局部静脉回流, 降低骨压。刺激经络, 提高疼痛阈值。小针刀具针刺效果, 可达到气血循环, 止痛的目的; 也可以刺激膝关节的力学受体和抑制疼痛受体, 减少由脑干和脊髓疼痛引起的物质释放, 从而达到提高疼痛阈值的目, 缓解疼痛。

4 讨论

KOA 属于老年人常见疾病, 对老年人的生活质量产生严重影响, 其治疗的主要目的是缓解膝盖疼痛, 改善膝关节功能。小针刀疗法在中医理论指导下, 从现代西医学和自然科学成果中吸取经验, 成为一种创新的疗法形式。小针刀通过切割、分离, 铲除病变组织, 可恢复膝关节生物力学平衡, 改善膝

(上接第 144 页)

用不但能够提高患者临床有效率, 还能够降低患者的不良反应发生率和治疗后的复发率。

综上所述, 仰卧位拔伸治疗对颈椎间盘突出症患者具有十分积极的意义, 能够有效的缓解患者的疼痛, 而且无任何的不良反应, 复发的几率也为 0, 因而影响值得在颈椎间盘突出症患者的临床治疗中大力推广。

参考文献

[1] 田量, 梁哲瑞, 郝一峰, 王艳秋. 仰卧位拔伸联合坐位推拿治疗颈椎间盘突出症 102 例临床观察[J]. 实用中医内科杂志, 2015, 29(02):129-131.

综上所述, 经尿道前列腺等离子双极汽化电切术治疗老年高危前列腺增生临床效果显著, 能够显著改善患者的临床症状, 同时对于患者的伤害更小, 更利于患者早期康复, 值得临床推广。

参考文献

[1] 王悦. 围术期精细护理在经尿道前列腺等离子双极汽化电切术老年高危前列腺增生患者中的应用效果观察[J]. 临床误诊误治, 2016, 20(10):116-117.
 [2] 王健, 艾星, 贾卓敏, 等. 高功率绿激光汽化术与双极等离子电切治疗高危高龄 BPH 疗效比较[J]. 现代泌尿生殖肿瘤杂志, 2015, 25(3):141-144.
 [3] 吴序立, 郑培奎, 黄伟雄. 双极等离子电切联合经皮膀胱尿道软激光碎石治疗高龄高危前列腺增生合并膀胱结石[J]. 中国微创外科杂志, 2015, 14(4):332-335.
 [4] 李树人, 郑鸣, 蒋庆祥, 等. 经尿道前列腺软激光剜除术联合膀胱小切口与经尿道双极等离子前列腺剜除术治疗高危大体积前列腺增生的比较研究[J]. 中国内镜杂志, 2015, 21(10):1028-1032.
 [5] 王健, 艾星, 滕竞飞, 等. 绿激光汽化剜除术与经尿道双极等离子电切术治疗前列腺增生的 Meta 分析[J]. 临床泌尿外科杂志, 2015, 23(9):776-782.
 [6] 魏红兵, 白涛, 余文华, 等. 经尿道绿激光汽化术与电切术治疗高危前列腺增生症的疗效和安全性分析[J]. 临床外科杂志, 2016, 24(2):108-110.
 [7] 孟庆超, 李静梅, 仇让学, 等. 改良经尿道前列腺等离子剜除术对伴有冠心病的高危良性前列腺增生患者围手术期安全性评价[J]. 中国医师进修杂志, 2015, 38(3):167-170.

关节微循环, 减轻骨压, 有效缓解膝关节疼痛症状, 改善膝关节功能。大量报道证实, 小针刀对 KOA 治疗具有明显的临床疗效, 但仍有许多问题需要研究解决: 小针刀的基础研究还很多。针对小针刀治疗 KOA 机制的实验研究较少, 对小针刀治疗 KOA 疗效评价标准不统一。^[4] 因此, 解决这些问题将是未来研究的方向, 为临床使用小针刀治疗 KOA 提供更好的理论依据。

参考文献

[1] 陈志伟, 石冠堂, 钱晓忠. 膝关节骨关节炎与软骨低聚基质蛋白相关性研究[J]. 中医骨科 2012, 24 (12): 33-34.
 [2] 朱友乐, 李刚. 小针刀对膝关节炎性骨性关节炎的影响[J]. 医学前沿, 2013, (11): 330-331.
 [3] 杨小平. 治疗 40 例膝关节炎, 关节内注射透明质酸钠和小针刀[J]. 中国医学前沿, 2008,3 (13): 76-77.
 [4] 吴平林, 严辉. 膝关节炎性骨性关节炎治疗临床研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2008,17 (30): 4702-4703.

[2] 杜培学. 中医正骨手法配合针灸治疗颈椎间盘突出症 31 例临床观察[J]. 中医药导报, 2014, 20(09):69-70.

[3] 张信成, 匡建军. 自拟化痰祛瘀通络汤治疗颈椎间盘突出症 33 例临床观察[J]. 中医药导报, 2013, 19(03):62-63.

[4] 杨小林, 孙玉峰, 卢弘翔, 吕艳蓉, 马晓梅, 褚雪峰. 双极射频热凝术联合盘内臭氧溶核术治疗颈椎间盘突出症 8 例临床观察[J]. 南通医学院学报, 2009, 29(04):266-267.

[5] 陈录平, 张安生, 刘孟江, 李桂成. 经皮穿刺臭氧盘内注射术治疗颈椎间盘突出症 50 例临床观察[J]. 微创医学, 2009, 4(03):236-238.

[6] 周伶, 李荣春. CT 引导下臭氧联合经皮射频热凝注射治疗颈椎间盘突出症[J]. 中国疼痛医学杂志, 2012, 18(07):391-394.