

而产生血管病变^[5]。

由此可见,FIB 与 D-D 能一定程度上反映 2 型糖尿病患者体内的高凝状态,监测微血栓形成以及血管病变的发生,对预防糖尿病并发症的发生具有一定意义。

参考文献

[1] 关子安. 现代糖尿病学[M]. 天津:天津科学技术出版社, 2001:7-375.
[2] 刘丽,刘敏涓. 2 型糖尿病血管病变患者 C 反应蛋白、纤维蛋白原、D-二聚体检测的意义[J]. 血栓与止血, 2007, 13(2):60-61.

[3] 王莉. 2 型糖尿病患者血浆 D-二聚体及血浆纤维蛋白原监测的临床意义[J]. 检验医学与临床, 2011, 8(8):974-975.
[4] 王文工,邓凤琳,宋涛,等. 2 型糖尿病患者血浆 D-二聚体和血小板聚集率变化的临床分析[J]. 中国误诊学杂志, 2008, 8(28):6869.
[5] 杨博华,赵树森. 糖尿病血管病变与血管内皮细胞功能[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2001, 7(2):129-130.

(收稿日期:2013-01-22 修回日期:2013-06-23)

• 临床研究 •

腰椎间盘突出症再手术治疗的临床分析

江 伟(四川省宜宾市第二人民医院骨科 644000)

【摘要】 目的 分析腰椎间盘突出症再手术治疗的复发原因,再手术方法及疗效。**方法** 回顾性分析宜宾市第二人民医院 2008 年 1 月至 2010 年 1 月收治的 20 例腰椎间盘突出症再手术治疗患者的临床资料,对复发原因,再手术方法,再手术的疗效进行总结。**结果** 20 例再手术治疗患者经 12~24 个月随访,优 10 例(50%),良 7 例(35%),可 2 例(10%),差 1 例(5%)。**结论** 对腰椎间盘突出症患者进行术前准确的定位和诊断,选择正确的手术方法,提高手术的操作技术,是减少腰椎间盘突出症再手术治疗,提高再手术治疗效果的关键。

【关键词】 腰椎间盘突出症; 再手术治疗; 临床探析
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.20.052 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2013)20-2730-02

手术治疗腰椎间盘突出症,是目前临床常用的治疗方法^[1]。多数患者经过手术治疗,取得较为满意的效果,但有极少数患者因多种原因导致术后复发,需要进行再手术治疗^[2]。腰椎间盘突出症手术治疗复发,是指患者术后经过 3 个月的无症状期或者明显缓解期后,在同间隙的残余椎间盘再次发生突出,导致腰腿疼痛^[3]。本文旨在探讨分析腰椎间盘突出症再手术治疗的复发原因,再手术方法,再手术的疗效,具体报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本院 2008 年 1 月至 2010 年 1 月收治的 20 例腰椎间盘突出症再手术治疗患者,其中男 15 例,女 5 例,年龄 22~60 岁,平均(40±9.5)岁。复发距首次手术时间 3 个月至 14 年,平均(5.5±2.5)年。首次手术采取椎板开窗法 14 例,半椎板切除法 4 例,全椎板切除法 2 例。所有患者在术前进行常规检查,进行 CR 正侧位检查的患者 20 例,屈伸位检查的患者 5 例,CT 平扫检查的患者 15 例,磁共振成像检查的患者 20 例。其中单纯 L₃~L₄ 段手术的患者 2 例, L₄~L₅ 段手术的患者 5 例, L₅~S₁ 段手术的患者 6 例, L₄~L₅ 合并 L₅~S₁ 段手术的患者 7 例。

1.2 复发的症状表现 持续性或者间歇性的腰背痛,兼或下肢放射性疼痛、麻木、无力、肌肉萎缩。重症患者直立和行走产生障碍,个别患者伴有性功能障碍及大小便障碍。检查可见直腿抬高试验呈阳性,会阴和小腿及足踝部的感觉传导异常,肌力改变。

1.3 再手术治疗方法 采取单侧扩大开窗法摘除髓核 12 例,半椎板切除法摘除髓核 6 例,全椎板切除法摘除髓核内固

定联合植骨融合术 4 例。其中有 10 例患者行神经根管扩大成形术。

1.4 手术疗效评价标准 依据改良 Macnab 法^[4],对腰椎间盘突出症再手术治疗的疗效进行评价。优即患者的症状和体征消失,能够正常工作。良即患者偶尔感觉疼痛,可以进行工作。可即患者症状和体征有所改善,但依然有疼痛感,不能坚持工作。差即患者症状和体征无明显改善或症状加重,不能工作,需要继续治疗。

2 结果

20 例腰椎间盘突出症再手术治疗患者,经 12~24 个月随访,优 10 例(50%),良 7 例(35%),可 2 例(10%),差 1 例(5%)。

3 讨论

目前,多数研究学者认为腰椎间盘突出症手术应把退变受到破坏的椎间盘组织尽量切除,切除量为 3~5 g。有研究认为,腰椎间盘的纤维环是否完整与术后发生复发有直接关系^[5]。另有研究认为,中央宽基底型的腰椎间盘突出手术患者,术后复发的概率较高。也有研究认为,髓核突出较小及纤维环受损严重的患者,术后复发的概率较高^[6]。

腰椎间盘突出症复发的患者,临床上主要通过 CT 扫描进行诊断,但少数复发患者在 CT 平片上难以确诊,需要通过腰椎间盘造影或者通过在静脉进行造影剂的注射来进行确诊;另外,磁共振成像对硬膜外瘢痕和复发的腰椎间盘突出症的确诊效果较好^[7]。腰椎间盘突出症再手术治疗的减压范围和程度要根据当前的影像学所显效神经受压情况和首次手术所采取的方法而定。首次手术是单侧显露且复发在对侧的,可采取单侧

扩大开窗的方法或半椎板切除的方法。首次手术是同侧复发的可以采取单侧显露的方法。首次手术是双侧开窗或者全椎板切除的,可采取全椎板切除的方法,并根据患者情况采取内固定联合植骨融合术^[8]。

在腰椎间盘突出症手术复发的预防方面,应遵循术前对患者的病史和影像学进行全面细致的检查。在首次手术中应把退变受到破坏的椎间盘组织尽量切除,切除髓核的残留。在术中减少牵拉神经根的硬脊膜,在牵拉时应使用棉片保护,进行间隙性放松牵拉,彻底止血,负压引流,预防积血,预防形成瘢痕组织,以免对神经根产生压迫。术后对患者加强功能恢复锻炼方面的护理,做到坚持锻炼和对腰部的保护^[9]。

综上所述,腰椎间盘突出症手术治疗的复发原因主要是术前定位不准,术中髓核摘除的不彻底,腰椎的阶段性不稳,手术方法不当。对腰椎间盘突出症患者进行术前准确的定位和诊断,选择正确的手术方法,提高手术的操作技术,是减少腰椎间盘突出症再手术治疗,提高再手术治疗效果的关键。

参考文献

[1] 张兆坤. 腰椎间盘突出症再手术治疗的原因分析[J]. 中国全科医学, 2008, 11(16): 1501-1502.
[2] 汤伟忠, 郑军, 赵庆, 等. 腰椎间盘突出症术后疗效及继发性腰椎稳定性改变的中期随访研究[J]. 中国全科医学,

2010, 13(32): 3679-3681.
[3] 董玉昌, 张标, 申勇, 等. 手术治疗腰椎间盘突出症失败原因分析: 附 46 例报告[J]. 河北医药, 2002, 24(2): 100-101.
[4] 王丽国, 程才, 李书奎, 等. 腰椎间盘突出症术后复发的临床分析及对策[J]. 河北医药, 2007, 29(5): 470.
[5] 申勇, 陈百成, 丁文元, 等. 腰椎间盘突出症手术疗效与突出类型及纤维环完整性的关系[J]. 中华骨科杂志, 2002, 22(12): 723-726.
[6] 陈鹏, 朱国兴. 复发性腰椎间盘突出症 23 例手术治疗回顾性分析[J]. 南京医科大学学报: 自然科学版, 2006, 26(10): 992-994.
[7] 彭军, 兰宾尚, 樊李瀛, 等. 复发性腰椎间盘突出症两种手术方式对比分析[J]. 中国矫形外科杂志, 2005, 13(15): 1127-1129.
[8] 曹鹏克, 吴广良, 张云飞, 等. 腰椎间盘突出症的再手术治疗[J]. 实用诊断与治疗杂志, 2004, 18(2): 134-135.
[9] 胡辉林, 黎庆初, 刘雄文. MED 腰椎手术失败综合征相关因素回顾分析[J]. 颈腰痛杂志, 2007, 28(4): 307-309.

(收稿日期: 2013-02-26 修回日期: 2013-05-11)

• 临床研究 •

苦参碱和肝复乐治疗肝纤维化后血清肝纤维化指标的变化

梁志伟(广州中医药大学第一附属医院 510405)

【摘要】 目的 分析苦参碱和肝复乐治疗肝纤维化后血清透明质酸(HA)、层黏连蛋白(LN)、Ⅲ型前胶原(PCⅢ)和Ⅳ型胶原(CⅣ)的变化。**方法** 对广州中医药大学第一附属医院 2010 年 7 月至 2012 年 7 月收治的 50 例肝纤维化患者的临床资料进行回顾性分析。**结果** 治疗前两组患者的血清 HA、LN、PCⅢ及 CⅣ差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后观察组血清 HA、LN、PCⅢ及 CⅣ与对照组差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 苦参碱和肝复乐对肝纤维化治疗有一定的价值,值得临床推广。

【关键词】 透明质酸; 层黏连蛋白; Ⅲ型前胶原; Ⅳ型胶原; 肝纤维化

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2013. 20. 053 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2013)20-2731-02

本研究回顾性分析了本院 2010 年 7 月至 2012 年 7 月收治的 50 例肝纤维化患者的临床资料,运用苦参碱和肝复乐治疗肝纤维化患者,对其治疗前后血清透明质酸(HA)、层黏连蛋白(LN)、Ⅲ型前胶原(PCⅢ)和Ⅳ型胶原(CⅣ)进行检测,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院 2010 年 7 月至 2012 年 7 月收治的 50 例肝纤维化患者,所有患者均符合 2000 年全国传染病与寄生虫病学术会议修订的《病毒性肝炎防治方案》中的诊断标准。随机将这些患者分为观察组和对照组,每组 25 例。观察组中男 16 例,女 9 例,年龄 17~69 岁,平均(37.25±1.54)岁;有 4 例患者为慢性肝炎轻度,6 例患者为中度,7 例患者为重度,8 例患者为肝硬化。对照组中有男 15 例,女 10 例,年龄 19~65 岁,平均(35.25±1.54)岁;有 5 例患者为慢性肝炎轻度,7 例患者为中度,8 例患者为重度,5 例患者为肝硬化。给予观察组患者口服苦参碱和肝复乐治疗,苦参碱每天 1 次,每次 150

mg;肝复乐每天 3 次,每次 4 片,疗程为 3 个月;给予对照组患者普通护肝治疗药物治疗,疗程为 3 个月。两组患者在性别、年龄等方面的差异均没有统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 检测方法 清晨空腹静脉采血 3 mL,然后对血清进行分离,将其在-20℃将其保存起来以备检;检测时运用放射免疫法,从北京北方生物技术研究所购买检测试剂盒,严格按说明书操作,运用北京核仪器厂 FT-646A 测量仪作为本研究的检测仪器^[1]。

1.3 统计学处理 采用 SPSS11.0 软件对进行处理,计量数据用 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较用 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

治疗前两组患者的血清 HA、LN、PCⅢ及 CⅣ差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后观察组血清 HA、LN、PCⅢ及 CⅣ与对照组差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。