

针灸联合中药熏蒸治疗气滞血瘀型神经根型颈椎病的临床研究^{*}顾金花¹, 闻迎春², 吴春欢¹, 张华梅¹, 严佳¹

上海市奉贤区中医医院:1. 针灸科;2. 康复科, 上海 201499

摘要:目的 观察针灸联合中药熏蒸治疗气滞血瘀型神经根型颈椎病的疗效及其对前列腺素 E₂ (PGE₂)、神经肽 Y(NPY)和胰岛素样生长因子(IGF)-1 水平的影响。方法 选取 2019 年 1 月至 2020 年 12 月在该院确诊的 70 例气滞血瘀型神经根型颈椎病患者作为研究对象,采用随机数字表法分为观察组和对照组,每组各 35 例。对照组患者予以常规治疗,观察组患者在对照组的基础上予以针灸联合中药熏蒸治疗。观察两组患者疗效;观察两组患者治疗前后日本骨科协会(JOA)评分、视觉模拟评分法(VAS)评分、颈痛量表(NPQ)评分、基底动脉血流速度、收缩峰值流速、舒张末期流速、血液黏度,以及 PGE₂、NPY 和 IGF-1 水平。结果 观察组患者总有效率为 94.29%,明显高于对照组的 71.43%,差异有统计学意义($\chi^2=4.928, P<0.05$)。两组患者治疗前 JOA 评分、VAS 评分、NPQ 评分、基底动脉血流速度、收缩峰值流速、舒张末期流速、血浆黏度、全血黏度低切、全血黏度高切,以及 PGE₂、NPY 和 IGF-1 水平比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。两组患者治疗后 JOA 评分、基底动脉血流速度、收缩峰值流速和舒张末期流速和 IGF-1 水平均明显高于治疗前,且观察组明显高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$);两组患者治疗后血浆黏度、全血黏度低切、全血黏度高切、VAS 评分、NPQ 评分、PGE₂ 和 NPY 水平均明显低于治疗前,且观察组明显低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论 针灸联合中药熏蒸治疗气滞血瘀型神经根型颈椎病疗效明显,能够明显缓解患者症状,改善其生活质量,可能与减少机体疼痛介质释放有关。

关键词: 针灸; 中药熏蒸; 神经根型颈椎病; 前列腺素 E₂; 神经肽 Y; 胰岛素样生长因子

中图分类号: R274.9; R743.3

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2023)08-1150-05

神经根型颈椎病是针灸科的常见病和多发病,临床主要表现以神经压迫症状为主的神经支配区域麻木和感觉减退等。治疗神经根型颈椎病主要采用手术和保守治疗两种方式,手术治疗一般适合保守治疗效果不明显且病情较重的患者,采取手术解决局部压迫,但手术治疗难度较大,易破坏原来颈椎的稳定性,且易发生并发症,总体疗效不理想^[1]。由于长期服用西药往往有不良反应发生,解决不了颈椎病的根本问题。随着中医中药对颈椎病研究的不断深入,中医中药治疗神经根型颈椎病有了一定的进展,中医认为,神经根型颈椎病属于“痹症”,是正气不足,气滞血瘀导致,一般予以行气止痛、活血化瘀为主^[2]。中药熏蒸具有促进血液循环、降低神经兴奋性和镇痛的效果^[3];针灸通过针刺穴位、疏通经络和调节阴阳平衡,从而达到活血化瘀和理气止痛的效果^[4]。本研究采用针灸联合中药熏蒸治疗气滞血瘀型神经根型颈椎病取得了较好的疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2019 年 1 月至 2020 年 12 月本院确诊的 70 例气滞血瘀型神经根型颈椎病患者作为研究对象,采用随机数字表法分为观察组和对照组,每组各 35 例。观察组男 19 例,女 16 例;平均年龄(46.67±9.28)岁;平均体质指数(BMI)为(20.38±1.37)kg/m²;平均病程(5.28±1.38)个月;

主要病变部位:C₃₋₄ 8 例,C₄₋₅ 6 例,C₅₋₆ 8 例和 C₆₋₇ 13 例。对照组男 21 例,女 14 例;平均年龄(46.89±8.28)岁;平均 BMI(20.97±1.27)kg/m²;平均病程(5.42±1.34)个月;主要病变部位:C₃₋₄ 7 例,C₄₋₅ 8 例,C₅₋₆ 9 例和 C₆₋₇ 11 例。纳入标准:(1)参照《中医病证诊断疗效标准》^[5]中关于神经根型颈椎病的诊断标准及气滞血瘀型的证候分类标准;病因为有慢性劳损或外伤史或有颈椎先天性畸形、颈椎退行性病变,长期低头工作者或习惯于长时间看电视、录像者,常呈慢性发病;症状为颈部疼痛,伴有患侧肩背部、上肢放射痛,颈部向后时症状加重,并且出现节段性受压部位感觉减退;体征为颈部活动功能受限,臂丛牵拉试验、压头试验呈阳性,可伴上肢肌力减弱和肌肉萎缩,腱反射异常;影像学检查为颈椎 X 线片显示椎体增生,钩椎关节增生明显,椎间隙变窄,椎间孔变小,CT 检查可见椎体后赘生物及神经根管变窄。气滞血瘀型症见颈、肩、上肢刺痛,痛势较剧,痛处固定、拒按,伴有肢体麻木。舌质暗或有瘀斑,脉弦。(2)年龄 18~65 岁,性别不限。(3)智力正常,依从性好。(4)如果已经接受过其他治疗气滞血瘀型神经根型颈椎病的相关药物或相关治疗方法者需经过 1 周以上的洗脱期。(5)没有接受其他治疗方式的患者。(6)自愿接受检查及治疗的患者。排除标准:(1)颈椎外病变(如胸廓出口综合征、肩周炎、腕管综合征、肱二头

* 基金项目:上海市奉贤区科学技术发展基金项目(奉科 20150902)。

肌肌腱炎等);(2)X 线片显示有骨肿瘤、结核、严重骨质疏松、椎体融合的患者;(3)合并妊娠或心、脑、肝、肾等重要脏器严重器质性病变及血液系统疾病的患者;(4)曾经接受颈椎手术治疗和颈椎畸形的患者。
 排除标准:(1)未按本研究方案进行治疗或中途接受其他治疗方式的患者;(2)观察期间发生需立即治疗的其他疾病,以致无法继续接受治疗的患者;(3)合并使用其他疗法或药物而无法判定疗效的患者;(4)治疗过程中出现严重不良反应、并发症的患者;(5)因资料不全而影响疗效判定的患者。所有研究对象均知情同意并签署知情同意书。本研究经本院伦理委员会审核批准。

1.2 治疗方法 两组患者入院后均予以常规治疗,包括甲钴胺(营养神经)、双氯芬酸(止痛)和牵引治疗,观察组患者在此基础上予以针灸联合中药熏蒸治疗。
 牵引治疗:采用 Orthotrac OL-2000 型电脑控制颈椎牵引仪,患者取坐位,颈椎前屈 10°~15°,颌枕间歇牵引,牵引 30 s,间歇 5 s,牵引重量从 6 kg 开始,逐次缓慢增加到 15 kg,以患者能忍受且无不良反应为原则,每次牵引时间为 20 min。针灸治疗,取穴:优化“项八针”针法;主穴:项八针;辨经取穴,手阳明大肠经证:证见痛以膈外前廉,前臂骨上廉,痛及拇食指,取:曲池、合谷;手少阳三焦经证:证见痛以循膈外及肘部,出臂外两骨之间为主,痛及中指、无名指,取:外关、中渚;手太阳小肠经证:证见肩胛痛,循外后廉、臂骨下廉,痛及小指,取:天宗、后溪;“项八针”针法参照曙光医院针灸科教授沈卫东“项八针治疗颈椎病”(上海市适宜技术推广项目),取颈椎旁三针,即第 2、4、6 颈椎棘突下,后正中线上旁开 2 寸,共 6 穴加哑门穴及大椎穴。患者取坐位或俯卧位,75%乙醇皮肤常规消毒后,双手进针法进针。颈椎旁三针均向颈椎方向斜刺 45°刺入 0.5~1.0 寸。哑门穴向下颌方向缓慢刺入 0.5~1.0 寸。大椎穴斜刺 0.5~1.0 寸。曲池穴直刺 1.0~1.5 寸。合谷、外关、天宗、后溪穴直刺 0.5~1.0 寸。中渚直刺 0.3~0.5 寸。所有穴位进针后均行平补平泻捻转手法,直至得气(医者感到针下有徐和或沉紧的感觉,同时患者也出现相应的酸、麻、胀、重等感觉)为度。接 G6805-2B 型电针仪,连续波,频率为 3 Hz,强度以患者能耐受为度,持续 20 min。中药熏蒸治疗:每次中药熏蒸时间 20 min,选本院自拟通络祛痛方:红花 20 g,当归 20 g,川芎 20 g,威灵仙 20 g,透骨草 20 g,鸡血藤 20 g,艾叶 10 g,川牛膝 10 g,川乌 10 g,草乌 10 g。牵引、针灸和中药熏蒸 3 种治疗方式均隔日治疗 1 次,共治疗 10 次。

1.3 疗效评价 参照《中医病证诊断疗效标准》^[5]中关于颈椎病的疗效评定标准:治愈为原有症状和体征消失,肌力正常,颈、肢体功能恢复正常,能参加正常劳动和工作;显效为原有症状和体征明显好转,肌力正常,颈、肢体功能基本恢复,能参加较轻劳动和工作;有效为原有症状和体征减轻,颈、肩、背疼痛减轻,

颈、肢体功能改善;无效为症状无变化或改善。总有效率=(治愈例数+显效例数+有效例数)/总例数×100%。

1.4 观察指标 观察两组患者疗效及治疗前后日本骨科协会(JOA)评分、视觉模拟评分法(VAS)评分、颈痛量表(NPQ)评分、基底动脉血流速度、收缩峰值流速、舒张末期流速、血液黏度、前列腺素 E2(PGE₂)、神经肽 Y(NPY)和胰岛素样生长因子(IGF)-1 水平的变化。

1.5 指标检测

1.5.1 JOA、VAS 和 NPQ 评分 JOA 评分:上肢运动功能(4 分)、下肢运动功能(4 分)、感觉(6 分)、膀胱功能(3 分),总分为 17 分,分数越高表明功能越正常。VAS 评分:根据标尺刻度范围 0~10 cm 进行疼痛评分,0 cm 表示无疼痛记 0 分,10 cm 表示疼痛难忍记 10 分,总分为 0~10 分,分数越高表明疼痛越明显。NPQ 评分:由颈痛程度、颈痛与睡眠、手臂在夜晚感到发麻或针刺般情况、每日症状持续时间、携带物件、阅读及看电视、工作及家务之类、社会活动、驾驶等 9 个项目组成,采用百分制评分,评分越高表明患者病情越重。

1.5.2 彩色超声检查 采用彩色超声探测仪测定基底动脉血流速度、收缩峰值流速和舒张末期流速。

1.5.3 血液标本留取和检测 患者入院后抽取肘静脉血约 5 mL,在室温下静置约 20 min,然后以 3 000 r/min 离心 10 min,离心半径 15 cm,取上清液约 3 mL,置于 -80 °C 冰箱待测。另取外周静脉血 5 mL,采用全自动血液流变学分析仪(SH-212A 型,重庆赛航科技发展有限公司)检测血液黏度,采用配套试剂盒检测;采用酶联免疫吸附试验检测血清 PGE₂、NPY 和 IGF-1 水平。所有试剂盒采用 R&D 公司产品,严格按照试剂盒说明书执行。

1.6 统计学处理 采用 SPSS21.0 统计软件进行数据分析处理。符合正态分布的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,两组间比较采用独立样本 *t* 检验,组内比较采用配对 *t* 检验;计数资料以例数或百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者疗效比较 观察组患者总有效率为 94.29%,明显高于对照组的 71.43%,差异有统计学意义($\chi^2 = 4.928, P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者疗效比较[n(%)]

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	35	19(54.29)	8(22.86)	6(17.14)	2(5.71)	33(94.29)
对照组	35	8(22.86)	10(28.57)	7(20.00)	10(28.57)	25(71.43)

2.2 两组患者治疗前后颈椎 JOA、VAS 和 NPQ 评分比较 两组患者治疗前 JOA、VAS 和 NPQ 评分比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。两组患者治疗后 JOA 评分均明显高于治疗前,且观察组明显高于

对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$); 两组患者治疗后 VAS、NPQ 评分均明显低于治疗前, 且观察组低于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 两组患者治疗前后基底动脉血流速度、收缩峰值流速和舒张末期流速比较 两组患者治疗前基底

动脉血流速度、收缩峰值流速和舒张末期流速比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$)。两组患者治疗后基底动脉血流速度、收缩峰值流速和舒张末期流速均高于治疗前, 且观察组高于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 2 两组患者治疗前后 JOA、VAS 和 NPQ 评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	JOA 评分		VAS 评分		NPQ 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	35	8.84 ± 1.83	14.28 ± 2.03*	7.72 ± 1.82	1.27 ± 0.35*	32.17 ± 5.38	15.37 ± 3.37*
对照组	35	9.05 ± 2.15	11.62 ± 2.18*	7.63 ± 2.17	3.32 ± 0.73*	32.92 ± 6.11	23.62 ± 4.26*
t		0.440	5.283	0.188	14.981	0.545	8.986
P		0.661	<0.01	0.851	<0.01	0.588	<0.01

注: 与同组治疗前比较, * $P < 0.05$ 。

表 3 两组患者治疗前后基底动脉血流速度、收缩峰值流速和舒张末期流速比较($\bar{x} \pm s$, m/s)

组别	n	基底动脉血流速度		收缩峰值流速		舒张末期流速	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	35	40.62 ± 4.27	47.83 ± 5.29*	32.73 ± 9.38	49.37 ± 12.72*	10.37 ± 1.93	18.38 ± 3.29*
对照组	35	41.73 ± 5.38	43.29 ± 6.38*	33.15 ± 8.19	45.29 ± 10.38*	10.19 ± 2.18	15.73 ± 3.18*
t		0.956	3.241	0.200	2.912	0.366	3.426
P		0.342	<0.01	0.842	<0.01	0.716	<0.01

注: 与同组治疗前比较, * $P < 0.05$ 。

2.4 两组患者治疗前后血液黏度比较 两组患者治疗前血浆黏度、全血黏度低切和全血黏度高切水平比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$)。两组患者治疗后血浆黏度、全血黏度低切和全血黏度高切水平均明显低于治疗前, 且观察组明显低于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 4。

2.5 两组患者治疗前后血清 PGE₂、NPY 和 IGF-1

水平比较 两组患者治疗前血清 PGE₂、NPY 和 IGF-1 水平比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$)。两组患者治疗后 PGE₂ 和 NPY 水平均明显低于治疗前, 且观察组明显低于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$); 两组患者治疗后血清 IGF-1 水平均明显高于治疗前, 且观察组明显高于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 5。

表 4 两组患者治疗前后血液黏度比较($\bar{x} \pm s$, mPa · s)

组别	n	血浆黏度		全血黏度低切		全血黏度高切	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	35	2.24 ± 0.38	1.36 ± 0.27*	14.25 ± 1.58	8.49 ± 1.36*	5.39 ± 0.97	3.58 ± 0.68*
对照组	35	2.27 ± 0.42	1.78 ± 0.23*	13.78 ± 2.19	10.32 ± 2.14*	5.28 ± 0.86	4.36 ± 0.59*
t		0.313	7.006	1.030	4.270	0.502	5.126
P		0.755	<0.01	0.307	<0.01	0.617	<0.01

注: 与同组治疗前比较, * $P < 0.05$ 。

表 5 两组患者治疗前后血清 PGE₂、NPY 和 IGF-1 水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	PGE ₂ (pg/mL)		NPY(ng/L)		IGF-1(ng/mL)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	35	171.69 ± 23.29	72.84 ± 13.25*	183.84 ± 36.19	119.35 ± 12.84*	125.72 ± 15.83	178.39 ± 15.39*
对照组	35	173.15 ± 25.38	88.92 ± 15.39*	181.95 ± 32.76	137.54 ± 15.63*	127.29 ± 16.38	156.85 ± 17.57*
t		0.251	4.684	0.229	5.320	0.408	5.456
P		0.803	<0.01	0.820	<0.01	0.685	<0.01

注: 与同组治疗前比较, * $P < 0.05$ 。

3 讨 论

神经根型颈椎病是最为常见的颈椎病,其发病率呈上升趋势,临床症状主要为根性疼痛,目前主要治疗方式是非手术治疗,包括物理、运动、药物、牵引和针灸等。颈椎牵引是一种重要的治疗方式,能够缓解局部的肌肉痉挛,缓解疼痛,促进局部血液循环,减轻神经根和突出部位水肿,并且能够使椎间隙和椎间孔明显增大,减轻椎间盘压力,有利于突出的纤维组织水肿消退和回纳,减轻对神经的压迫^[6]。中药熏蒸是通过中药蒸汽对颈部直接作用,从而达到治疗的目的。另一种治疗方法是针灸,具有活络通经、消肿止痛、祛风除湿及调和气血等功效。本研究采用针灸联合中药熏蒸治疗神经根型颈椎病,与单纯颈椎牵引治疗比较,疗效明显提高,并且能够明显提高 JOA 评分,降低 VAS 和 NPQ 评分,由此说明针灸联合中药熏蒸治疗能够明显提升神经根型颈椎病患者的生活质量,提高颈椎功能评分,缓解患者颈椎的疼痛程度。本研究结果显示,针灸联合中药熏蒸与单纯颈椎牵引治疗能够明显改善患者颈部的血液循环和血液黏度,与文献^[7]研究结果一致。

针灸和中药熏蒸能够提高对神经根型颈椎病的疗效,与中药成分有密切关系^[8-10]。红花具有活血通经和散瘀止痛的功效,主要含有黄酮和脂肪油成分,具有抗凝血和改善微循环的作用;当归具有活血补血、生肌健骨和调经止痛的功效,其主要成分为挥发油和水溶性成分,具有抗炎、抑制血小板聚集、清除自由基和增强免疫的功能;川芎具有活血行气、祛风止痛的功效,主要成分为挥发油,具有抗炎、镇痛、舒张血管和抗血栓形成的作用。综合本方中的红花、当归和川芎等成分,具有抗炎止痛、祛风除湿、改善微循环、抑制血小板聚集、增强免疫力和抗氧化的作用。“项八针”是沈卫东教授根据多年临床经验总结而成的经验穴,已经在临床有十多年的使用经验,对颈椎病的治疗具有明显效果。穴位选择的是颈椎 2、4、6 棘突下和后正中线旁开 2 寸的阿是穴总共 6 个穴位,行针方式颈椎横突方向刺,再加上哑门和大椎穴,常规刺法,总共 8 个穴位^[11]。6 个经验穴位位于足太阳膀胱经的经筋部,颈椎病发病时这个部位有明显的压痛,针灸后具有和血行气和温养经络的功效^[12]。大椎穴具有刺激督脉的作用,刺激该穴位具有疏通督脉气血的作用,可以补督脉之气补他经不足,针灸后的温热感能够通过六阳经传导至四肢,并且具有止痛的效果^[13]。目前研究证实,针刺大椎穴后能够明显提高膀胱经的体表温度,并且促进患者机体的能量代谢,重新恢复传导通路,恢复神经的传导功能,对神经根型颈椎病具有较好的疗效,对全身和局部血液循环具有重要作用^[14]。哑门穴位于项部,当后发际正中直上 0.5 寸,第 2 颈椎棘突上际凹陷中,在平衡寰枢关节中具有重要作用,通过针刺哑门穴能够明显缓解颈部的疼痛。大椎穴和哑门穴均属于督脉,位于颈项部,对

治疗颈部疼痛具有重要作用,督脉统一全身阳气,总领全身阳经,能够振奋一身阳气,起到充盈髓海和提升清阳的作用,将阳气上行至颈项,具有改善局部气血的作用。总之,“项八针”中的穴位具有行气通经、补益脑髓和提升清阳的作用,此外,解剖上大椎穴和哑门穴下浅层有斜方肌、项韧带,深层由神经和椎外静脉丛组成。综合八穴针灸具有缓解肌肉紧张和痉挛,促进局部血液循环和改善组织缺氧状态的作用,从而达到颈椎生物力学功能重塑。

本研究结果显示,针灸联合中药熏蒸治疗神经根型颈椎病与单纯颈椎牵引比较,可更加明显降低机体血清 PGE₂ 和 NPY 水平。现已知 PGE₂ 是临床研究较多的炎症介质,而颈椎病患者血清出现炎症因子,如 PGE₂ 水平升高,在颈椎病的发生和发展过程中具有重要作用^[15]。PGE₂ 水平升高能够增加组织产生缓激肽和组胺,后者导致局部疼痛,促进炎症反应发生和发展,从而加重颈椎病的症状^[16]。NPY 是人体重要的神经递质,是交感神经的标志性神经肽,具有很强的缩血管和协同其他缩血管物质的作用,通过多种途径参与基底动脉狭窄和供血不足,严重影响局部血液供应^[17]。本研究提示,针灸联合中药熏蒸治疗能够明显降低患者血清 PGE₂ 和 NPY 水平,从而达到改善微循环和减少局部疼痛介质释放。本研究结果还显示,针灸联合中药熏蒸治疗神经根型颈椎病与单纯牵引比较,能够明显提高机体血清 IGF-1 水平。现已知 IGF-1 是一种与胰岛素具有相似结构的多肽,广泛存在于组织中,主要由肝脏合成,是细胞增殖的多功能调节因子,尤其是在骨组织中与受体结合后参与了骨细胞的生长、增殖和代谢,使骨胶原退化,促进骨质沉积,促进成骨细胞分化、成熟和矿化^[18]。本研究显示,针灸联合中药熏蒸治疗有助于神经根型颈椎病患者血清 IGF-1 水平升高,从而促进颈椎病患者康复。

综上所述,针灸联合中药熏蒸治疗气滞血瘀型神经根型颈椎病疗效明显,能够明显缓解患者症状,改善其生活质量,可能与减少机体疼痛介质的释放有关。

参考文献

- [1] KUANG L, CHEN Y, WANG B, et al. Cervical disk arthroplasty versus anterior cervical decompression and fusion for the treatment of 2-level cervical spondylopathy: a systematic review and meta-analysis[J]. Clin Spine Surg, 2016, 29(9): 372-382.
- [2] 项莲蓬. 神经根型颈椎病中医综合治疗的研究进展[J]. 中医学, 2019, 8(1): 8-11.
- [3] 康献勇. 牵引配合手法联合中药熏蒸治疗神经根型颈椎病临床观察[J]. 实用中医药杂志, 2019, 35(1): 26-27.
- [4] 张先才. 神经根型颈椎病针灸推拿治疗的价值[J]. 内蒙古中医药, 2018, 37(12): 72-73.
- [5] 国家中医药管理局. 中医病症诊断疗效标准[M]. 北京:

- 中国中医药出版社, 2017: 40.
- [6] 刘莹. 中药熏蒸联合牵引治疗神经根型颈椎病护理体会[J]. 中国民间疗法, 2017, 25(1): 35-36.
- [7] 纪少丰. 中药熏蒸配合三步推拿法治疗椎动脉型颈椎病临床研究[J]. 实用中医药杂志, 2016, 32(4): 310-311.
- [8] 李贞. 中药穴位熏蒸联合护理干预对神经根型颈椎病康复的临床研究[J]. 新中医, 2019, 51(12): 262-264.
- [9] 刘忠跃, 李念娇, 张莹莹. 龙氏手法联合针刺及中药颈椎熏蒸治疗神经根型颈椎病临床观察[J]. 实用中医药杂志, 2020, 36(8): 982-983.
- [10] 辛欣. 中药穴位熏蒸结合认知行为疗法在神经根型颈椎病护理中的应用价值[J]. 中国老年保健医学, 2019, 17(5): 135-137.
- [11] 楼晨, 邹艳. 麦粒灸联合项八针治疗神经根型颈椎病效果观察[J]. 中国乡村医药, 2020, 27(23): 19-20.
- [12] 李菁, 马文, 沈卫东. “项八针”治疗神经根型颈椎病的正交优选方案研究[J]. 浙江中医杂志, 2019, 54(12): 908-910.
- [13] 冯昱. “项八针”联合改良关节松动术对神经根型颈椎病
- 患者颈痛及生活质量的影响[J]. 颈腰痛杂志, 2020, 41(4): 490-492.
- [14] 樊文朝, 沈卫东. 沈氏“项八针”从阳论治颈椎病理论浅析[J]. 陕西中医, 2019, 40(2): 253-256.
- [15] 黄霞, 粟胜勇, 黄小珍, 等. “调气”电针远端腧穴对神经根型颈椎病大鼠 PGE₂ 含量、COX-2 蛋白及其 mRNA 表达的影响[J]. 辽宁中医杂志, 2018, 45(6): 1293-1296.
- [16] 史红美, 徐银琴, 王光义. 穴位埋线疗法对颈型颈椎病兔痛阈值及椎间盘髓核组织 TNF- α 、PGE₂ 浓度的影响[J]. 时珍国医国药, 2019, 30(6): 1526-1528.
- [17] 刘少鸿, 袁小霞. 辨证推拿治疗椎动脉型颈椎病效果及对血清 NSE、血浆 NPY 水平的影响[J]. 四川中医, 2019, 37(2): 193-195.
- [18] 赵丰, 屈玉疆, 李勇涛, 等. 腹部推拿六法配合腹针治疗椎动脉型颈椎病的临床研究[J]. 中国中医急症, 2018, 27(1): 24-26.

(收稿日期: 2022-08-27 修回日期: 2022-12-16)

• 临床探讨 • DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2023.08.031

免预防造口装置在低位直肠癌保肛手术中的应用研究*

万振达, 曾文革, 刘飞, 徐建华, 邓友平, 张勇, 万仁海, 尚龙华, 万雅洁
江西省中西医结合医院胃肠外科, 江西南昌 330003

摘要:目的 探讨免预防造口装置在低位直肠癌保肛手术中的应用效果。方法 选取 2020 年 2 月至 2022 年 3 月该院收治的 100 例低位直肠癌患者作为研究对象, 采用双盲法分为对照组和试验组, 每组各 50 例。对照组患者采用回肠双腔预防性造口, 试验组患者采用免预防造口装置。比较两组患者吻合口漏发生情况及严重程度, 以及围术期相关指标水平。结果 试验组患者吻合口漏总发生率低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 试验组和对照组患者吻合口漏严重程度比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 试验组患者手术时间、术后排气时间、住院时间均短于对照组, 术中出血量、治疗费用均低于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 低位直肠癌保肛手术患者应用免预防造口装置可减少吻合口漏发生率, 并且可以缩短手术时间, 减少治疗费用, 促进患者康复。

关键词: 低位直肠癌; 保肛手术; 免预防造口装置; 吻合口漏

中图法分类号: R735.37

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2023)08-1154-03

低位直肠癌作为临床常见的恶性肿瘤, 病因涉及直肠慢性炎症反应、不良饮食习惯等多方面, 有学者指出, 该病占直肠癌的 65%~75%, 且发病率呈升高趋势^[1-2]。目前, 低位直肠癌的治疗主要以手术为主, 常规手术是经腹会阴联合直肠癌根治术, 该术式虽有较好的治疗效果, 但患者术后需进行永久性造口, 影响其生活质量^[3]。随着医疗技术的提升, 腹腔镜低位直肠癌保肛手术在临床广泛应用, 其术中应用吻合器, 可使患者获得保肛, 但若术中吻合口张力过大, 可能会引发术后吻合口漏, 影响患者预后^[4]。有研究发现, 保肛手术后进行预防性肠造口可在一定程度上预防吻合口漏的发生, 但其仍需进行二次还纳腹腔, 增

加了患者的身心负担^[5]。免预防造口装置是一种新型装置, 其置入回肠腔内有利于集中排除粪性肠液, 保持远端肠道清洁环境, 从而有利于吻合口愈合, 降低相关并发症发生率^[6]。鉴于此, 本研究旨在探讨免预防造口装置在低位直肠癌保肛手术中的应用效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2020 年 2 月至 2022 年 3 月本院收治的 100 例低位直肠癌患者作为研究对象, 采用双盲法分为对照组和试验组, 每组各 50 例。两组患者性别、年龄、体质量指数、直肠癌 dukes 分期等一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比

* 基金项目: 南昌市科技支撑计划项目[洪科学(2021)129 号-8]。