

[2]GAO W, SHA B, ZHAO Y, et al. Comparison of simultaneous and sequential administration of fentanyl-propofol for surgical abortion: a randomized single-blinded controlled trial[J]. *Artif Cells Nanomed Biotechnol*, 2017,45(4):1045-1050.

[3]FANG Y, XU Y, CAO S, et al. Incidence and risk factors for hypoxia in deep sedation of propofol for artificial abortion patients[J]. *Front Med*, 2022,9:76327.

[4]葛军甫, 韩学昌, 舒芬太尼和瑞芬太尼分别复合异丙酚用于无痛人流流产手术效果[J]. *中国计划生育学杂志*, 2021,12(29):2668-2670.

[5]WANG J, HUANG J, YANG S J, et al. Pharmacokinetics and safety of esketamine in Chinese patients undergoing painless gastroscopy in comparison with ketamine: A randomized, open-label clinical study[J]. *Drug Des Devel Ther*, 2019,13:4135-4144.

[6]ZHAN Y, LIANG S, YANG Z. Efficacy and safety of subanesthetic doses of esketamine combined with propofol in painless gastrointestinal endoscopy: a prospective, double-blind, randomized controlled trial[J]. *BMC Gastroenterol*, 2022,22(1):391.

[7]WU J, HAN Y, YANG L, et al. Analysis on the effect of intravenous anesthesia with dexmedetomidine and propofol combined with seaweed polysaccharides on hemodynamics and analgesia in pregnant females undergoing painless induced abortion[J]. *Pak J Pharm Sci*, 2021,34(3):1249-1254.

[8]LEI Y, LIU H, XIA F, et al. Effects of esketamine on acute and chronic pain after thoracoscopy pulmonary surgery under general anesthesia: a multicenter-prospective, randomized, double-blind, and controlled Trial [J]. *Front Med*, 2021,8:693594.

[9]DAKWAR E, NUNES E V, HART C L, et al. A single ketamine infusion combined with mindfulness-based behavioral modification to treat cocaine dependence: a Randomized Clinical Trial[J]. *Am J Psychiatry*, 2019,176(11):923-930.

[10]EBERL S, KOERS L, VAN HOOFT J, et al. The effectiveness of a low-dose esketamine versus an alfentanil adjunct to propofol sedation during endoscopic retrograde cholangiopancreatography: A randomised controlled multicentre trial[J]. *Eur J Anaesthesiol*, 2020,37(5):394-401.

[11]TIMM C, LINSTEDT U, WEISS T, et al. Sympathomimetic effects of low-dose S(+)-ketamine effect of propofol dosage[J]. *Der Anaesthetist*, 2008,57(4):338-346.

[12]钱夏丽, 夏凡, 沈晓凤, 等. 艾司氯胺酮复合丙泊酚在宫腔镜检查术中的应用[J]. *临床麻醉学杂志*, 2021,37(7):706-708.

[13]TRIMMEL H, HELBOK R, STAUDINGER T, et al. S(+)-ketamine: Current trends in emergency and intensive care medicine[J]. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 2018,130(9-10):356-366.

[14]ANAND G W. Feasibility of breath monitoring in patients undergoing elective colonoscopy under propofol sedation: A single-center pilot study[J]. *World J Gastrointest Endosc*, 2014,6(3):82-87.

[15]NIEUWENHUIJS D J, OLOFSEN E, ROMBERG R R, et al. Response surface modeling of remifentanyl-propofol interaction on cardiorespiratory control and bispectral index[J]. *Anesthesiology*, 2003,98:312-22.

[16]JONKMAN K, VAN RIJNSOEVEER E, OLOFSEN E, et al. Esketamine counters opioid-induced respiratory depression[J]. *Br J Anaesth*, 2018, 120(5):1117-1127.

超时间窗急性脑梗死患者在组织窗评估下的血管内治疗研究

张春梅

(齐齐哈尔医学院附属第一医院神经内二科, 黑龙江 齐齐哈尔, 161000)

摘要:目的 研究超时间窗急性脑梗死患者在组织窗评估下的血管内治疗研究效果。方法 回顾性分析齐齐哈尔医学院附属第一医院 2019 年 1 月—2019 年 10 月收治的 60 例急性脑梗死患者资料, 按随机计数法将其分为对照组和观察组, 每组 30 例。对照组采用常规药物治疗, 观察组在组织窗指导下采用血管内治疗, 比较两组神经功能损伤情况、临床疗效及神经恢复情况。结果 治疗前, 两组患者神经功能损伤 (NIHSS) 评分、神经恢复 (mRS) 评分、生活质量评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后, 观察组患者 24 h、7 d、14 d NIHSS 评分低于对照组, mRS 评分低于对照组, 生活质量评分高于对照组 ($P < 0.05$)。结论 超时间窗急性脑梗死患者在组织窗评估下的血管内治疗效果显著, 有效提升患者神经功能恢复情况及生活质量, 具有重要临床应用价值。

关键词: 组织窗指导; 超时间窗; 急性脑梗死; 血管内治疗

中图分类号: R743.33 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-8011(2023)-06-0039-04

近年来, 脑梗死患病率随着人们生活及饮食的改变而逐

年上升, 已经成为我国首位致死疾病, 脑梗死的急性阶段称为急性脑梗死 (ACI)^[1], 中老年患者较为多见, 占全部脑梗死的 80%。该疾病主要由于患者局部脑组织血液供应不足, 造成缺血缺氧, 使局部脑组织缺血、软化, 临床表现为言语功能

基金项目: 齐齐哈尔市科学技术计划项目 (sfgc-201967)。

作者简介: 张春梅 (1978—), 女, 汉族, 籍贯: 山东省济宁市, 本科, 主治医师, 研究方向: 神经内科疾病诊治研究。

障碍和四肢麻痹。脑梗死具有高发性,患者一旦患病,致残和死亡的风险极高。临床上常给予急性期患者常规药物及溶栓治疗,并取得了较为显著的效果,在 ACI 患者发病后 4.5 ~ 6 h 内进行静脉溶栓治疗,可有效促进梗死血管再灌注^[1]。但大部分患者由于就医不及时等原因出现超时间窗的情况,针对这类患者的治疗不仅需要通过时间窗进行评估,同时需要在组织窗指导下进行治疗,也就是通过一些影像学检查,以及患者临床症状等方面综合评估,将患者的治疗时间延长至 24 h,推行血管内治疗。血管内介入治疗是目前临床用于 ACI 治疗的新手段,可直接动脉溶栓或机械取栓,患者血管再通率较高,可以为更多的患者提供救治机会并进一步提高患者治疗效果,减轻患者神经损伤程度,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取齐齐哈尔医学院附属第一医院 2019 年 1 月—2019 年 10 月收治的 60 例 ACI 患者为研究对象,按随机计数法将其分为对照组和观察组,每组 30 例。对照组患者中,男性 16 例,女性 14 例;年龄 58 ~ 79 岁,平均年龄(68.59 ± 1.23)岁。观察组患者中,男性 17 例,女性 13 例;年龄 59 ~ 78 岁,平均年龄(68.62 ± 1.19)岁。两组患者性别、年龄等一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有对比性。本研究经齐齐哈尔医学院附属第一医院医学伦理委员会审批。本研究所纳入患者及其家属均对本研究了解,并自愿将其临床资料用于本研究中。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准:①符合《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018》^[2]中 ACI 诊断标准,起病急,患者均有局灶神经功能缺损,包括但不限于一侧面部或肢体无力、麻木,语言障碍等;②起病时间 > 6 h;③头颅 CT/MRI 排除脑出血;④年龄 > 18 岁。

排除标准:①起病时间 < 6 h;②患者临床资料不完整;③ 48 h 内使用凝血酶抑制剂者;④患者有凝血功能障碍情况;⑤对研究中所使用药物有过敏情况;⑥合并恶性肿瘤者;⑦合并严重感染者;⑧非血管性病因;⑨有颅内出血、颅内肿瘤、动静脉畸形、动脉瘤或者主动脉弓夹层病史者;⑩最近 3 个月有颅内或者椎管内手术者、头外伤或者症状性缺血性卒中病史者;⑪近 3 周内有消化道、泌尿系统或者内脏器官出血史者。

1.3 方法

对照组给予常规抗血小板、活血化瘀、清除自由基、稳定斑块药物治疗。给予患者吸氧、维持患者水电解质平衡,控制血糖及血压,并进行营养支持;阿托伐他汀钙片(生产企业:福建东瑞制药有限公司,国药准字 H20193043,规格:10 mg/片)口服,20 mg/次,1 次/d;给予疏血通注射液(生产企业:牡丹江友博药业有限责任公司,国药准字 Z20010100,规格:2 mL/支)静脉滴注,6 mL/d 加入 250 mL 0.9% 氯化钠溶液中缓缓滴入;依达拉奉注射液(生产企业:扬子江药

业集团南京海陵药业有限公司,国药准字 H20130133,规格:20 mL : 30 mg)静脉注射,30 mg/次,2 次/d;阿司匹林肠溶片(生产企业:石药集团欧意药业有限公司,国药准字 H20153035,规格:300 mg/片)口服,300 mg/次,1 次/d;硫酸氢氯吡格雷片(生产企业:石药集团欧意药业有限公司,国药准字 H20193160,规格:75 mg/片)口服,75 mg/次,1 次/d;连续治疗 10 d 后,阿司匹林肠溶片与硫酸氢氯吡格雷片每日剂量分别改为 100 mg、75 mg,口服。

观察组经查头颅 CT、MRI、CT 血管造影(CTA)等影像学检查,临床严重程度与梗死核心不匹配:高美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分、Alberta 卒中项目早期 CT 评分(ASPECTS),排除脑出血后,建议给予血管内治疗,联合常规的药物治疗,包括活血化淤、抗血小板、清除自由基、稳定斑块等药物治疗(用法用量同对照组)。

血管内治疗:4.5 h 以内发病的患者,且无明显禁忌证,立即给予静脉溶栓治疗。符合静脉溶栓适应证的患者,给予阿替普酶给注射液(生产企业:Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co.KG,国药准字 S20160054,规格:20 mg/支),按照 0.6 ~ 0.9 mg/kg 进行溶栓治疗,发病 4.5 ~ 6 h 的患者符合静脉溶栓适应证,并且没有治疗禁忌证者,行尿激酶溶栓。发病 6 h 以上的患者,经 MRI 及 CTA 检查明确血管闭塞,结合临床严重程度与核心梗死的不匹配高 NIHSS/高 ASPECTS,进入血管内行机械取栓治疗方案。术中经股动脉穿刺置入动脉鞘,行脑血管造影,根据急性颅内大血管闭塞的情况,行支架取栓,或者使用导管直接抽吸。取栓支架根据血管管径、病变部位、栓子性质的不同,可以选用不同支架。如机械取栓效果欠佳,可考虑接触动脉溶栓,动脉溶栓药物同静脉溶栓药物,计量约为静脉溶栓用量的 1/3。病情变化随时复查头部 CT 平扫,排除脑出血,在闭塞血管再通术后的 24 h,治疗上给予阿司匹林肠溶片(100 mg/d)联合硫酸氢氯吡格雷片(75 mg/d)抗血小板治疗,其他药物治疗同对照组。

1.4 观察指标

①观察两组患者的神经功能损伤情况。采用 NIHSS 对患者治疗前、治疗后 24 h、治疗后 7 d、治疗后 14 d 的情况进行评估,评分为 0 ~ 45 分,分数越高,神经功能损伤越严重。

②观察两组患者的生活质量。应用生活质量量表(WHOQOL-BREF)评估。生理、心理、环境、社会、总体等 5 个维度。分值为 0 ~ 100 分,分值越高,生活质量越高。

③观察两组患者的神经恢复情况。采用改良 Rankin 量表(mRS)^[4]对患者生理功能、活动能力及日常生活参与能力进行综合评估,每项有 7 个等级,评价标准:0 级为完全没有症状;1 级为尽管有症状,但是未见明显残障;2 级为轻度残障;3 级为中度残障;4 级为重度残障;5 级为严重残障;6 级为死亡。

1.5 统计学分析

采用 SPSS 20.0 统计学软件进行数据分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料以 $[n(\%)]$ 表示,采用 χ^2

检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的神经功能损伤情况比较

治疗前, 两组患者 NIHSS 评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后 24 h、7 d、14 d, 观察组 NIHSS 评分明显低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者不同时间 NIHSS 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	治疗前				治疗后 24 h				治疗后 7 d				治疗后 14 d			
		治疗前		治疗后		治疗前		治疗后		治疗前		治疗后		治疗前		治疗后	
对照组	30	10.27 ± 4.66		8.89 ± 3.54		6.54 ± 1.21		3.67 ± 0.18		10.32 ± 4.72		6.14 ± 1.49		4.87 ± 0.89		2.75 ± 0.95	
观察组	30	10.32 ± 4.72		6.14 ± 1.49		4.87 ± 0.89		2.75 ± 0.95		10.32 ± 4.72		6.14 ± 1.49		4.87 ± 0.89		2.75 ± 0.95	
<i>t</i>		0.041		3.922		6.090		5.212		0.041		3.922		6.090		5.212	
<i>P</i>		0.967		0.001		0.001		0.001		0.967		0.001		0.001		0.001	

2.2 两组患者的生活质量比较

治疗前, 两组患者 WHOQOL-BREF 评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后, 观察组患者的 WHOQOL-BREF 评分高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 两组患者神经恢复情况比较

治疗前, 两组患者 mRS 评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后, 观察组 mRS 评分明显低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

3 讨论

随着人们生活水平的不断提升, 生活及工作中的精神压力逐渐增大, 同时受到环境等因素的影响, 我国 ACI 的患者数量也越来越多, ACI 已经成为临床中的常见病^[5]。脑梗死是一种严重危害人类健康的疾病, 具有高病死率、高复发率等特点, 其主要是脑组织局部出现缺氧、缺血性坏死, 导致脑部血流中断、缺氧, 缺血区的细胞停止电活动, 细胞坏死和组织结构改变, 导致患者脑神经功能损伤, 病情加重的患者, 会出现脑组织缺血性坏死、软化^[6]。

临床中给予患者溶栓治疗, 最重要的是时间窗的选择^[7]。目前临床对于最佳溶栓治疗的时间规定在 4.5 h 以内, 不超过 6 h, 但是大部分患者在入院接受治疗时已经错过了最佳的溶栓治疗时间, 最终失去独立生活能力, 对其家庭和社会带来严

重的影响。由于静脉溶栓时间窗较短, 患者大动脉进行再通的成功率降低, 临床应用受到一定限制。临床研究中表示, 直径在 8 mm 以上的血栓, 重组组织型纤溶酶原激活剂 (rt-PA) 对其溶解率极低 (溶解率 $< 1\%$), 因此, 临床常给予急性脑梗死患者血管内治疗, 可直接进行, 也可与静脉溶栓相结合^[8-10]。在超时间窗患者进行治疗的领域, 有研究表明, 发病 6 ~ 24 h 的急性缺血性卒中患者, 利用影像学检查, 以及卒中严重程度评分, 来选择“小梗死体积, 但大缺血半暗带”的患者, 通过机械取栓联合药物治疗, 仍能够显著降低致残率, 改善患者预后^[11-14]。这样使溶栓效果不佳或大量超时间窗急性脑梗死患者, 获得更多的救治机会。

本研究中结果显示, 观察组给予超时间窗的 ACI 患者, 在组织窗指导下严格评估, 给予血管内机械取栓或动脉溶栓, 能快速使闭塞血管再通, 恢复血流, 患者的神经功能损伤程度明显减轻, 通过 NIHSS 评分可以看出, 经治疗后 24 h、7 d、14 d 内神经功能在持续改善, 且观察组 NIHSS 评分 24 h、7 d、14 d 明显低于对照组 ($P < 0.05$), 说明在组织窗的指导下, 根据患者影像学检查, 梗死核心体积与临床症状不匹配, 给予血管内治疗, 可降低患者神经功能损伤情况, 改善不同患者的临床症状, 使更多患者获益^[15-16]。

本研究结果还显示, 观察组患者 mRS 评分低于对照组 ($P < 0.05$), mRS 是功能残障水平的疗效评价指标, 通过简化随访即可获得, 且可靠性及真实性较高; 本研究结果中, 观察组患者的预后生活质量高于对照组 ($P < 0.05$), 研究结果说明, 观察组的治疗方式更加有效。在超时间窗 ACI 患者的治疗中, 在组织窗指导下, 能准确地确定闭塞血管位置, 并观察超时间窗患者半暗带的情况, 并以此为依据, 结合患者临床症状, 综合严格评估进行血管内治疗是安全有效的, 经治疗后, 患者的神经功能恢复情况显著改善, 对患者生理、心理、社会等预后生活质量也显著提升^[17-20]。

综上所述, 超时间窗 ACI 患者在组织窗评估下的血管内治疗, 可有效提高急性脑梗死患者血管再通率, 降低 NIHSS 评分, 促进身体、社会、认知方面的生活质量, 值得临床应用。

表 2 两组患者的 WHOQOL-BREF 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	生理		心理		环境		社会		总体	
		治疗前	治疗后								
对照组	30	61.34 ± 4.52	78.85 ± 5.26	62.43 ± 4.27	79.86 ± 5.37	61.57 ± 4.21	78.59 ± 5.24	62.43 ± 4.72	78.53 ± 5.22	67.88 ± 4.51	79.89 ± 5.73
观察组	30	61.29 ± 4.48	87.92 ± 6.73	62.75 ± 4.34	88.55 ± 6.24	61.61 ± 4.18	86.49 ± 6.31	62.29 ± 4.69	89.64 ± 6.75	67.79 ± 4.48	89.68 ± 6.54
<i>t</i>		0.043	5.816	0.288	5.782	0.037	5.276	0.115	7.131	0.078	6.167
<i>P</i>		0.966	<0.001	0.774	<0.001	0.971	<0.001	0.909	<0.001	0.938	<0.001

表 3 两组患者 mRS 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	生理功能		活动能力		日常生活参与能力	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	30	4.21 ± 0.19	2.87 ± 0.36	3.98 ± 0.29	2.66 ± 0.17	3.78 ± 0.43	2.85 ± 0.73
观察组	30	4.18 ± 0.22	2.12 ± 0.34	3.93 ± 0.31	2.11 ± 0.52	3.82 ± 0.65	2.13 ± 0.55
<i>t</i>		0.565	8.296	0.645	5.506	0.281	4.315
<i>P</i>		0.574	<0.001	0.521	<0.001	0.780	<0.001

参考文献

- [1] 王蒙, 黄婷, 刘宇恺. 时间窗与组织窗管理对老年急性脑梗死静脉溶栓预后的影响[J]. 实用老年医学, 2020, 34(8): 797-801.
- [2] 张伟英. 血管内介入治疗急性脑梗死的临床疗效及对患者血清神经元特异性烯醇化酶、脑钠肽及神经生长因子的影响[J]. 智慧健康, 2022, 8(13): 64-67.
- [3] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018[J]. 中华神经科杂志, 2018, 51(9): 666-682.
- [4] 叶军, 侯双兴, 李云霞, 等. 三种评分量表对接受血管内治疗的缺血性脑血管病患者三个月预后的预测价值[J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2022, 24(2): 116-119.
- [5] 黄丽祯, 唐永刚, 潘泓华, 等. 多模影像指导下超时间窗动脉取栓术治疗急性脑梗死的临床研究[J]. 微创医学, 2020, 15(2): 149-151, 180.
- [6] 李映霞, 李海霞, 程芸, 等. 血管内低温治疗对急性脑梗死的影响及其有效性和安全性的 Meta 分析[J]. 华南国防医学杂志, 2022, 36(6): 467-473.
- [7] 黄良通, 蔡学礼, 徐灵燕. 急性脑梗死患者 rt-PA 静脉溶栓及桥接血管内治疗的临床效果比较[J]. 全科医学临床与教育, 2020, 18(8): 698-701.
- [8] 葛永桂, 刘晓东, 王健, 等. 超时间窗急性脑梗死患者血管内治疗 1 例报告并文献复习[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2019, 22(13): 1495-1500.
- [9] 吴川杰, 马青峰, 陈健, 等. 用组织窗代替传统时间窗指导急性脑梗死的再灌注治疗[J]. 中国卒中杂志, 2018, 13(8): 847-852.
- [10] 崔松, 李宗辉, 王真, 等. MRI 指导下超时间窗动脉取栓对轻中度前循环急性脑梗死患者认知功能及血清 hs-CRP 的影响[J]. 中国 CT 和 MRI 杂志, 2021, 19(10): 7-10.
- [11] 尹帅领, 王海波, 康泰, 等. 多模式影像指导下超时间窗的前循环大血管闭塞急性脑梗死患者血管内治疗单中心临床经验[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2020, 23(9): 803-807.
- [12] 董发新. 急性缺血性脑血管病患者应用数字减影血管造影检查展开介入治疗对提高疗效的作用[J]. 影像研究与医学应用, 2021, 5(6): 162-163.
- [13] 王相阁. 数字减影血管造影在缺血性脑血管病患者介入治疗中的作用[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2018, 21(21): 2394-2398.
- [14] 吕秋杰, 石福宏, 单康娜, 等. 重组组织型纤溶酶原激活剂动脉溶栓联合丹红注射液对急性脑梗死患者血清神经细胞因子和炎症因子水平的影响[J]. 卒中与神经疾病, 2018, 25(6): 635-639.
- [15] 高海东, 崔敏玲, 马海龙, 等. 动静脉联合应用重组组织型纤溶酶原激活剂治疗超时间窗急性脑梗死患者近期预后影响因素分析[J]. 贵州医药, 2019, 43(7): 1090-1091.
- [16] 杨国芳. 不同时间窗降压治疗急性脑梗死合并原发性高血压患者的效果及患者预后影响因素分析[J]. 智慧健康, 2018, 4(34): 91-92.
- [17] 孔艳玲, 冯硕旦, 刘晓燕, 等. 不同时间窗降压治疗急性脑梗死合并原发性高血压患者的效果及患者预后影响因素分析[J]. 内科, 2018, 13(3): 291-294.
- [18] 戚甫国. 急性脑梗死后脑出血患者采用不同剂量同时间窗重组人组织型纤溶酶原激活剂的治疗效果[J]. 中国实用医药, 2018, 13(17): 19-21.
- [19] 张首龙, 吴涛, 邓本强. 多模式 CT 组织窗评估指导急性缺血性卒中治疗的研究进展[J]. 临床神经病学杂志, 2019, 32(1): 78-79.
- [20] 钱琪, 韩凯, 冯陆. 急性脑梗死合并 2 型糖尿病患者时间窗内行血管内介入治疗的预后影响因素[J]. 新乡医学院学报, 2022, 39(6): 528-532.

腹部推拿对腰椎间盘突出术后患者腰椎功能及血清血栓素 B2、前列腺素 I2 表达的影响

刘杨杰 高英 何成斌*

(新疆生产建设兵团第十三师红星医院康复医学科, 新疆 哈密, 839000)

摘要:目的 探讨与分析腹部推拿对腰椎间盘突出术后患者腰椎功能及血清血栓素 B2 (TXB2)、前列腺素 I2 (PGI2) 的影响。方法 选取 2019 年 4 月—2022 年 2 月在新疆生产建设兵团第十三师红星医院诊治的腰椎间盘突出术后患者 88 例作为研究对象, 根据信封随机分组原则把患者分为传统组与推拿组, 各 44 例。传统组给予常规口服非甾体抗炎药治疗, 推拿组在传统组治疗的基础上给予腹部推拿治疗, 推拿组与传统组都治疗观察 4 个疗程, 比较两组患者腰椎功能、腰部疼痛、腰椎活动力度及血清 TXB2、PGI2 表达变化情况。结果 治疗后推拿组的总有效率明显高于传统组 ($P < 0.05$)。推拿组与传统组治疗后的视觉模拟评分法 (VAS) 评分与 Oswestry 功能量表 (ODI) 评分都明显低于治疗前 ($P < 0.05$), 推拿组也明显低于传统组 ($P < 0.05$)。推拿组与传统组治疗后的腰椎活动度—后伸、前屈都显著高于治疗前 ($P < 0.05$), 推拿组也明显高于传统组 ($P < 0.05$)。推拿组与传统组治疗后的血清 TXB2 值都低于治疗前, PGI2 值都高于治疗前 ($P < 0.05$); 治疗后推拿组的血清 TXB2 值低于与传统组, 血清 PGI2 值高于传统组 ($P < 0.05$)。结论 腹部推拿在腰椎间盘突出术后患者的应用能提高总体治疗效果, 缓解疼痛, 改善腰椎功能与腰椎活动度, 还有利于患者血清 TXB2、PGI2 分泌保持平衡。

关键词: 腹部推拿; 腰椎间盘突出症; 疼痛; 腰椎功能; 腰椎活动度

中图分类号: R681.53 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-8011(2023)-06-0042-05