

- 态的疗效观察. 中华物理医学与康复杂志, 2006, 28: 807-809.
- [7] 余茜, 李晓红, 雷晴, 等. 电针对大鼠损伤坐骨神经再生的影响. 中国临床康复, 2000, 25: 2496-2497.
- [8] 宋海涛, 贾连顺, 陈哲宇, 等. 大鼠坐骨神经切断后 GDNF mRNA 在其向心端及脊髓表达的变化. 第二军医大学学报, 2002, 23: 602.
- [9] 王跃秀, 袁斌, 唐敬师. 不同参数电针对大鼠脊髓背角神经元伤害感受性反应的影响. 西安交通大学学报(医学版), 2003, 24: 531.
- [10] 李青峰, 顾玉东. 电场对周围神经再生的影响. 中华整形烧伤外科杂志, 1997, 13: 43-47.
- [11] Bar KJ, Saldanha GJ, Kennedy AJ, et al. GDNF and its receptor component in injured human nerves and dorsal root ganglia. Neuroreport, 1998, 9: 43.
- [12] Williams LR, Longo FM, Powell HC. Spatial-temporal progress of peripheral nerve regeneration within a silicone chamber parameters for a bioassay. J Comp Neurol, 1983, 218: 460-470.
- [13] 孔天瀚. 电针对胫神经中不同纤维成分再生的促进作用. 针刺研究, 1993, 2: 6-8.
- [14] 何继银, 劳杰. 周围神经损伤后雪旺细胞生存与凋亡的动态平衡. 中华创伤骨科杂志, 2004, 3: 331-332.
- [15] 何继银, 劳杰. 再生周围神经轴突髓鞘化分子机制研究进展. 国外医学骨科分册, 2007, 26: 245-246.
- [16] Spreca A, Rambotti MG, Rende M, et al. Immunocytochemical localization of S-100b protein in degenerating and regenerating rat sciatic nerves. J Histochem Cytochem, 1989, 37: 441.

(收稿日期: 2008-01-10)

(本文编辑: 易 浩)

· 短篇论著 ·

综合康复治疗急性期神经根型颈椎病的临床研究

宋清焕 张福华 孙朝辉

神经根型颈椎病是颈椎病中发病率最高的一型, 其急性期症状重, 疼痛剧烈, 严重影响患者的生活和工作。目前, 临床对神经根型颈椎病的保守疗法很多, 但其急性期的治疗仅限于常规的脱水疗法, 即甘露醇加地塞米松, 虽能有效缓解症状, 但不良反应多, 复发率较高。我们于 2005 年 7 月至 2007 年 7 月采用电针、红外线、牵引并超短波治疗急性期神经根型颈椎病患者 42 例, 并与常规治疗者进行对照研究, 报道如下。

一、资料和方法

1. 诊断标准: ①具有比较典型的症状和体征, 临床检查, 如压顶、叩顶试验, 臂丛神经牵拉试验等检查阳性; ②颈椎 X 线、CT 或 MRI 检查证明椎间盘退变, 并压迫神经、血管; ③影像学检查显示存在神经、血管压迫, 且与临床表现具有明确的因果关系^[1]。

2. 一般资料: 84 例均为我院门诊患者, 男 39 例, 女 45 例; 年龄 37~55 岁, 平均 43 岁; 急性发病 28 例, 发病前无颈部不适及手臂麻木, 慢性病急性发作 56 例, 患者原有颈部不适及手部麻木短时间内急性加重; 所有病例均有剧烈的颈、肩、臂部痛或向上肢放射痛, 16 例伴手手指麻木, 21 例伴无力; 颈椎 X 线片见椎体生理弯曲变直、不同程度的增生样改变或椎间隙狭窄, 椎间孔变小。排除脊髓空洞、前斜角肌综合征、颈肋综合征等疾病。将全部病例随机分成治疗组与对照组, 每组 42 例, 2 组临床资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性, 见表 1。

3. 治疗方法: 治疗组应用电针、红外线、牵引并超短波治疗等物理治疗方法, 并于前 3 天用 20% 甘露醇 125 ml 快速静滴, 每日 1 次; 对照组用 20% 甘露醇 125 ml 快速静滴, 地塞米

表 1 2 组临床资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄(岁)	发病情况(例)		伴伴手手指麻木或无力(例)
		男	女		急性发病	慢性发作	
治疗组	42	19	23	42.6 ± 1.6	13	29	18
对照组	42	20	22	43.5 ± 2.5	15	27	19

松 5 mg 加入甘露醇内, 每日 2 次。治疗以 7~10 d 为 1 个疗程, 共治疗 2~3 个疗程。若症状仍未消失, 后续治疗最多不超过 15 d。物理治疗的具体方法为: ①电针和红外线治疗: 取穴病变椎体两侧阳性反应点或其上下椎体患侧的夹脊穴, 疼痛麻木沿阳明经放射者加曲池、合谷穴; 疼痛麻木沿少阳经放射者加外关、中渚穴; 疼痛麻木沿太阳经放射者加后溪穴。选用 45~70 mm 长毫针, 颈夹脊穴向脊柱方向斜刺, 行针至穴位周围产生酸麻胀重感, 以传导至上肢及手的疼痛部位为佳, 余穴均常规刺法。然后在针柄上接上海产 G-6805 电针仪导线, 选用连续波, 频率 20 Hz, 电流以患者舒适为度, 同时加红外线灯照射, 留针 20 min。②牵引: 采用坐式枕颌带持续性牵引, 牵引重量一般从 3~4 kg 开始, 逐渐增大至 7~8 kg, 以患者感觉舒适且能减轻症状为准, 但以不超过体重的 20% 为宜; 牵引角度视病情及 X 线检查而定, 每次 15~20 min。③超短波疗法: 患者仰卧, 采用上海产 80 型超短波治疗机, 频率 40.68 Hz, 电极 2 块, 大小 22 cm × 15 cm, 颈肩部对置, 无热量, 每次 20 min。以上治疗均每日 1 次。在治疗期间, 2 组患者均用颈围护颈制动, 保持颈椎稳定。

4. 疗效评定标准: 治愈为主要症状和体征消失, 能正常工作; 显效为主要症状消失, 体征大部分消失, 基本能坚持工作; 好转为症状和体征减轻, 工作受影响; 无效为症状和体征无改善。2 组均在入选时、治疗 1 周及治疗结束后, 分别采用目测类比分法 (Visual Analogue Scale, VAS) 进行临床疼痛评定^[2]。

5. 统计学分析: 采用 SPSS 12.0 版统计软件进行 χ^2 检验

DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2009.02.005

作者单位: 462002 漯河, 河南省漯河医学高等专科学校物理教研室 (宋清焕); 河南省漯河医学高等专科学校第三附属医院疼痛科 (张福华、孙朝辉)

和 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

二、结果

治疗后, 2 组的临床疗效比较, 治疗组明显优于对照组 ($P < 0.05$), 见表 2。治疗组平均治疗天数为 (19.9 ± 2.1) d, 对照组平均治疗天数为 (22.3 ± 2.5) d, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。2 组 VAS 评分治疗前、后组内比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。随访 1 年, 治疗组随访 35 例, 复发 12 例, 复发率 34.3%; 对照组随访 29 例, 复发 16 例, 复发率 55.2%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 2 2 组疗效比较

组别	例数	治愈 (例)	显效 (例)	好转 (例)	无效 (例)	总有效率 (%)
治疗组	42	23	13	5	1	97.62
对照组	42	13	12	9	8	81.95 ^a

注: 与治疗组比较, ^a $P < 0.05$

表 3 2 组治疗前、后 VAS 评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗 1 周	治疗 2~3 个疗程后
治疗组	42	8.52 ± 1.23	3.01 ± 1.07^a	1.12 ± 0.18^a
对照组	42	8.49 ± 1.41	3.29 ± 1.56^a	1.84 ± 0.69^a

注: 与治疗前组内比较, ^a $P < 0.05$

三、讨论

急性期神经根型颈椎病根性痛的产生机制是在神经根管狭窄的基础上, 继发生理、生化改变, 出现代谢紊乱, 代谢产物淤积, 炎症因子刺激, 神经根发生充血、水肿、炎症反应及传导特性损害^[3]。电针加红外线能改善神经根周围的微循环, 消除炎性介质; 抑制伤害性信息的传导, 缓解肌痉挛, 减轻或消除神经根炎症、水肿^[4]。牵引可以解除颈部肌肉痉挛, 使椎间隙增宽, 松解神经根和关节囊的粘连, 使神经根所受的挤压得以缓

解, 并可改善或恢复钩椎关节与神经根以及椎体后关节等的解剖位置, 对神经根起减压作用而达到治疗目的^[5]。超短波能促进局部组织的血液循环和淋巴回流, 增强网状内皮系统和吞噬细胞功能, 有利于神经根炎症、水肿的控制和消散^[6]。临床上多因神经根型颈椎病急性期进行牵引易损伤神经根, 故不主张牵引治疗。我们的临床观察发现, 只要牵引角度准确, 把握牵引重量, 牵引时确保患者感觉舒适且能减轻症状, 不会损伤神经。综合康复疗法与常规脱水疗法都是治疗急性期神经根型颈椎病有效可靠的方法, 前者具有无副作用、疗效稳定、不易复发的优点。在治疗中应注意: 针刺手法应根据辨证以泻法为主, 证型不典型者采用平补平泻, 对于神经干周围的穴位, 不宜强刺激, 以免损伤神经干。综上所述, 采用药物、电针加红外线、牵引及超短波治疗急性期神经根型颈椎病患者, 具有协同作用, 能有效解除患者痛苦。

参 考 文 献

- [1] 南登崑. 康复医学. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 274.
- [2] 赵英. 疼痛的测量和评估方法. 中国临床康复杂志, 2002, 16: 2347-2352.
- [3] 张军, 孙树椿. 神经根型颈椎病 (急性期) 动物模型的建立. 中国中医骨科杂志, 2000, 18: 12-16.
- [4] 邵萍, 忻志平, 裴敏蕾, 等. 电针夹脊穴治疗神经根型颈椎病疗效观察. 中国中医骨科杂志, 2004, 12: 24-26.
- [5] 叶锐彬, 罗小兵. 牵引、按摩治疗神经根型颈椎病的临床研究. 颈腰痛杂志, 2005, 26: 113-115.
- [6] 乔志恒, 范维铭. 物理治疗学全书. 北京: 北京科学技术出版社, 2001: 481.

(收稿日期: 2008-07-19)

(本文编辑: 吴 倩)

《中华物理医学与康复杂志》2009 年第 2 期 “继续教育园地”测试题

读杂志、获学分, 本刊 2009 年继续教育园地栏目每逢双月推出, 只要您每期阅读该栏目文章, 正确填写答题卡寄回本刊编辑部, 您就可获得国家 II 类继续教育学分, 全年可获得 5 分。

测试题 (文章见本期 135-137 页, 答题卡见本期 111 页):

1. 下列哪项不是纤维肌痛综合征的主要特点:

- A. 肌肉疼痛 B. 中枢性敏化
C. 疼痛部位分布广泛 D. 肌肉疼痛位置相对固定

2. 肌筋膜疼痛综合征患者受累骨骼肌激痛点主要分布在什么部位:

- A. 头部 B. 颈肩部
C. 腹部 D. 胸部

3. 目前临床针对纤维肌痛综合征患者主要有 3 种治疗途径, 除了抑制中枢敏化、减少外周伤害性信号输入, 还包括:

- A. 治疗消极情绪 B. 治疗肢体功能障碍

- C. 治疗吞咽障碍 D. 控制饮食

4. 下列哪项与肌筋膜疼痛综合征患者肌肉激痛点特征不符:

- A. 对伤害性刺激敏感度增加
B. 对非伤害性刺激敏感度增加
C. 按压或针刺时疼痛
D. 按压或针刺时无痛

5. 纤维肌痛综合征患者存在毛细血管微循环异常, 除肌肉血流量降低、氧分压下降, 还包括:

- A. 新生血管生成 B. 毛细血管内皮增厚
C. 血流黏度降低 D. 血流速度加快