

规范的三级康复治疗不仅给患者提供早期的康复干预,还能保证患者在“急诊医院神经内科-康复中心-社区服务中心或家庭”三个阶段都能得到连续康复支持。规范三级康复方案也包括对患者、家属或护理人员康复知识和治疗技术的培训,使得患者能在较长的时间内进行康复训练,对于改善和维持患者的功能状态具有重要意义。

综上所述,规范的三级康复治疗对降低缺血性脑卒中患者神经功能缺损程度,提高日常生活自理能力具有重要作用。

参 考 文 献

- [1] 全国第四届脑血管病学术会议. 各类脑血管病诊断要点. 中华神经科杂志, 1996, 29: 379-380.
- [2] 胡永善. 脑卒中三级康复治疗方案的探讨. 中华全科医师杂志, 2005, 4: 712-714.
- [3] 胡永善, 吴毅, 朱玉连, 等. 规范三级康复治疗促进脑卒中偏瘫患者综合功能的临床研究. 中华物理医学与康复杂志, 2005, 27: 105-105.
- [4] Teasell RW, Kalra L. What's new in stroke rehabilitation: back to basis. Stroke, 2005, 36: 215-217.
- [5] Braddom RL. Physical medicine and rehabilitation. 3rd ed. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2007: 1176.
- [6] 王东生, 谢瑞满, 姚金荣, 等. 急性脑卒中三级康复方案的临床研究. 中国临床康复, 2006, 13: 191-192.
- [7] 卢正娟, 邢宏义, 梅元武. 三级康复方案应用对急性脑卒中患者功能恢复的影响. 中国康复, 2004, 19: 324-325.
- [8] 朱国行, 胡永善, 吴毅, 等. 规范的三级康复治疗对急性脑卒中偏瘫患者神经功能恢复的影响. 中华医学杂志, 2004, 84: 1955-1958.
- [9] 廖亮华, 江兴妹, 罗伟良. 早期康复治疗对急性脑梗死患者运动功能恢复的影响. 中国康复医学杂志, 2006, 21: 162-163.
- [10] 马春华. 药物结合早期康复治疗急性脑梗死运动功能 158 例疗效观察. 医学理论与实践, 2006, 19: 129-130.
- [11] 罗祖明, 刘凌, 商惠芳. 急性缺血性脑卒中病人三种神经功能缺陷程度评分与巴氏指数的相关性. 中国老年心脑血管病杂志, 2001, 3: 241-243.
- [12] 姜从玉, 胡永善. 康复训练促进脑梗死后功能恢复机制的基础研究进展. 中华物理医学与康复杂志, 2002, 24: 443-445.
- [13] 邵伟波, 饶江, 李家红, 等. 家庭成员辅助干预对急性脑梗死患者运动功能障碍康复的影响. 中国康复理论与实践, 2003, 9: 682-683.
- [14] Johansson BB. Brain plasticity and stroke rehabilitation: the Willis lecture. Stroke, 2000, 31: 223-230.
- [15] Ardeli AA, McCullough LD, Korach KS, et al. Estradiol regulates angiopoietin-1 mRNA expression through estrogen receptor- α in a rodent experimental stroke model. Stroke, 2005, 36: 337-341.
- [16] Briones TL, Suh E, Jozsa L, et al. Changes in number of synapses and mitochondria in presynaptic terminals in the dentate gyrus following cerebral ischemia and rehabilitation training. Brain Res, 2005, 1033: 51-57.

(修回日期: 2007-01-29)

(本文编辑: 熊芝兰)

· 短篇论著 ·

牵引加电针与牵引加干扰电综合治疗腰椎间盘突出突出症的疗效观察

刘圣凤 李佳蓉 聂品 潘俊 陈克军 刘素芹 吕小艳

腰椎间盘突出症临床发病率较高,其患者数量居康复科就诊人群之首,90%以上患者多发于20~50岁人群^[1],其基本治疗方法为非手术治疗,约有80%~90%的患者经非手术治疗后病情好转或治愈^[2],但仍有部分患者经治疗后疗效不够理想。为寻求更科学、更简单有效的治疗方法,我科近年来采用牵引加电针与牵引加干扰电综合治疗腰椎间盘突出症患者,同时对上述2组方法疗效进行比较。现将结果报道如下。

一、资料与方法

根据病史、症状、体征、X线片、CT或MRI检查结果共确诊腰椎间盘突出症患者248例,均符合腰椎间盘突出症诊断标准^[3]。将上述患者分成2组,其中治疗组115例,男53例,女62例;年龄15~66岁,平均45.4岁;病程2周~3年; $L_{4/5}$ 突出42例, L_5-S_1 突出35例, $L_{4/5}$ 合并 L_5-S_1 突出38例,其中突出伴

椎间盘变性42例,伴骨质增生、侧隐窝狭窄36例。对照组131例,男89例,女42例;年龄18~67岁,平均46.5岁;病程1周至5年; $L_{4/5}$ 突出48例, L_5-S_1 突出39例, $L_{4/5}$ 合并 L_5-S_1 突出44例,其中突出伴椎间盘变性45例,伴骨质增生、侧隐窝狭窄42例。所有入选患者均未发现结核、肿瘤及由于非椎间盘因素造成的腰腿痛。2组患者一般情况及病情经统计学分析,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

治疗组患者采用牵引加电针治疗。牵引器为日本产全自动间歇牵引装置,患者仰卧于牵引床上,固定好胸带和骨盆带,根据患者体重及治疗反应,逐渐加大并调整牵引力量,牵引力量为25~50 kg,牵引方式为持续牵引,每次治疗时间为30 min,每天1次,10次为1个疗程;当牵引结束后即进行电针治疗,根据患者病情参照中医经络理论随症取穴,如对症状局限于腰部的患者,以夹脊穴、肾俞、腰阳关、秩边、阳陵泉、环跳为主穴;伴有下肢疼痛及麻木的患者,沿足太阳经分布区加用承扶、殷门、委中、承筋、承山、昆仑等穴,沿足阳明经分布区加用风市、足三

作者单位: 434020 荆州, 华中科技大学同济医学院附属荆州市中心医院康复科

里、上巨虚、下巨虚等穴。上述穴位经常规消毒后进行针刺,使患者局部产生酸胀感并有向腰部及肢体放射的感觉(整个针刺过程均采用平补、平泻法);电针仪型号为上海产 6805-2A 型,疏密波,电流刺激强度以不引起患者疼痛为度,每次治疗时间 25~30 min,每天 1 次,10 次为 1 个疗程。

对照组患者采用牵引加干扰电治疗。牵引治疗方法与治疗组一致,于牵引结束后进行干扰电治疗。采用珠海产 HGB-200 型骨折愈合仪,设置为动态干扰电模式,治疗时患者俯卧于床上,选用面积为 25 cm² 的一次性可粘电极 4 个。电极放置方式视患者病情而定,对症状局限于腰骶部的患者将 4 个电极交叉放置于腰骶部;对伴有下肢症状者则将 4 个电极于腰部及患肢处交叉放置。当患者疼痛剧烈时差频为 100 Hz,疼痛缓解后差频降低至 50~100 Hz,电流输出强度以患者感觉舒适为宜,每日治疗 1 次,每次 20~30 min,10 次为 1 个疗程。2 组患者在治疗期间均不给予药物及其它治疗。

2 组患者分别于治疗 1,2 个疗程后进行疗效评定,疗效评定标准如下^[2]:临床治愈——患者腰腿痛症状完全消失,临床体检无压痛,腰椎活动度正常,直腿抬高试验阴性,神经功能均恢复正常,日常生活、工作、学习等不受影响;显效——患者腰、腿痛症状明显减轻,压痛、关节活动度、直腿抬高试验、神经功能等临床体征明显改善,日常生活、工作、学习等所受影响明显减轻;有效——患者腰、腿痛症状有所减轻,压痛、关节活动度、直腿抬高试验、神经功能临床体征检查有所好转,日常生活、工作、学习等所受影响有所减轻;无效——患者腰、腿痛症状无缓解,压痛、关节活动度、直腿抬高试验、神经功能临床体征检查无变化或患者终止治疗。

2 组患者疗效比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

二、结果

经 1 个疗程治疗后,治疗组中大部分患者均临床治愈或显效,而对照组中仅有少部分患者临床治愈或显效,2 组患者的治愈 + 显效率分别为 83.5% 和 64.9%,治疗组患者治愈率和显效率均明显优于对照组 ($P < 0.05$),提示牵引加电针治疗的短期疗效明显优于牵引加干扰电治疗。2 组除临床治愈及少部分患者因故中止治疗外,分别有 23 例和 38 例患者进入第 2 疗程治疗。

治疗组患者在第 1,2 疗程结束时的有效率(即治愈率 + 显效率 + 好转率)分别为 94.8% 和 86.9%,对照组则分别为 90.8% 和 84.2%,2 组患者在第 1,2 疗程结束时的有效率间差异均无统计学意义 ($P > 0.05$),提示 2 组患者总体疗效基本一致,具体情况详见表 1。在随后的 2 年随访期间,治疗组与对照组分别有 7 例和 10 例患者复发。

表 1 2 组患者经不同时间治疗后疗效比较(例)

组别	治疗 1 个疗程后					有效率(%)
	例数	临床治愈	显效	好转	无效	
治疗组	115	42	54	13	6	94.8 ^a
对照组	131	30	55	34	12	90.8
组别	治疗 2 个疗程后					有效率(%)
	例数	临床治愈	显效	好转	无效	
治疗组	23	10	6	4	3	86.9 ^a
对照组	38	13	14	5	6	84.2

注:与对照组比较,^a $P > 0.05$

三、讨论

腰椎间盘突出症主要是因为退变腰椎间盘突出组织受伤,髓核突向后方,刺激或压迫相邻神经根或马尾神经而出现一系列临床症状和体征,好发部位以 L_{4/5} 较多,其次是 L₅-S₁ 及 L_{3/4},多为单侧突出,也有双侧同时突出,部分患者可有两个节段同时突出;患者症状以神经根性疼痛多见,主要表现为腰痛、放射性下肢痛、下肢麻木及感觉异常、腰部功能障碍、腰部压痛等^[3]。腰椎牵引可以通过力学作用分开相邻椎体,使相应椎间隙及椎间孔增大、椎间盘压力下降^[4],并同时利用纤维环周围韧带张力使突出髓核移位,从而解除对神经根组织的压迫^[5];于牵引结束后进行电针或干扰电治疗,可进一步缓解症状、提高疗效。通过对上述穴位施予电针刺激,可明显缓解局部软组织痉挛、扩张血管、调节交感神经兴奋性、促进腰椎内外压力平衡恢复,从而改善周围组织血液循环,具有抑制痉挛、镇痛等功效;同时电针治疗还具有疏通经络、活血化淤、调和气血等功效,通过腧穴特性及经络传递作用,促进受压神经及周围组织炎性水肿减轻或消除。干扰电是一种由低频调制的脉冲中频电流,可促进局部血液淋巴液循环、水肿消除、疼痛缓解,同时干扰电还可以促进骨骼肌收缩,松解、软化瘢痕及粘连组织,使突出的椎间盘与神经粘连减轻,从而缓解症状^[6];另外患者在急性期卧硬板床、平时注意休息、活动时采用腰围保护、加强腰背肌锻炼等也对其疗效提高及巩固具有一定帮助。

综上所述,牵引加电针与牵引加动态干扰电对腰椎间盘突出症患者均有一定治疗作用,2 组疗法总体疗效相当,其中牵引加电针联合治疗的起效时间及显效率明显优于牵引加动态干扰电治疗,但后者治疗时痛苦较小,患者更容易接受。因此在实际工作中,我们要根据患者的具体情况灵活选用不同治疗方式,对痛阈较高且愿意接受电针治疗的患者采用牵引加电针治疗,对痛阈较低患者则采用牵引加动态干扰电治疗,只有这样才能充分发挥治疗功效,减轻患者痛苦,最大程度地促进患者功能恢复。

参 考 文 献

- [1] 岳寿伟,袁璐,吴宗耀,等. 腰椎间盘突出症的常见症状体征调查及临床意义. 中华物理医学与康复杂志, 2002, 24: 285.
- [2] 丁明晖,赖在文,黄东锋,等. 旋转复位手法配合牵引与单纯牵引治疗腰椎间盘突出症的观察. 中国康复医学杂志, 2000, 15: 212-214.
- [3] 林治瑾. 临床外科学. 天津: 天津科学技术出版社, 1995: 2049, 2055.
- [4] 陈裕光,李佛保. 牵引下腰椎间盘突出症的椎间距及间盘压力测量研究. 中华理疗杂志, 1994, 17: 86-88.
- [5] 庞才. 应用机械牵引复位治疗腰椎间盘突出症 154 例. 中国康复, 1990, 5: 89.
- [6] 南登崑,郭正成,主编. 康复医学临床指南. 北京: 科学出版社, 1999: 152.

(修回日期: 2007-03-20)

(本文编辑: 易 浩)