

· 临床研究 ·

不同角度颈椎牵引对颈性眩晕的影响

刘彦卿 于怀全 高竹林

颈性眩晕是指椎动脉的颅外段受到颈部病变的影响导致血流障碍所引起的眩晕综合征,又称椎动脉压迫综合征、椎动脉缺血综合征或颈后交感神经综合征等^[1]。颈椎牵引是治疗本病的一个重要手段。为了探讨不同角度颈椎牵引对颈性眩晕的影响,我们对 60 例颈性眩晕患者进行了分组对照治疗观察,现报道如下。

资料与方法

一、一般资料

选取 2003 年 6 月至 2004 年 6 月因颈性眩晕就诊的患者 60 例,均经相关临床科室确诊。诊断标准如下:①与头颈活动密切相关的眩晕(颈部旋转以及过屈、过伸等可诱发或加重眩晕),同时排除其他原因(脑部炎症、出血或外伤,内耳疾病,全身性中毒,眼源性、代谢性或感染性疾病)所致眩晕者;②X 线片有颈椎退行性改变者(骨质增生、椎间隙狭窄、生理曲度变直等)。患者按照就诊顺序随机分为 3 组,每组各 20 例。A 组男 9 例,女 11 例;年龄 40~78 岁,平均(60.3±12.3)岁;病程 3 d~3 年。B 组男 11 例,女 9 例;年龄 30~76 岁,平均(59.2±11.4)岁;病程 6 d~5 年。C 组男 8 例,女 12 例;年龄 32~75 岁,平均(57.2±15.0)岁;病程 4 d~3.5 年。3 组患者一般情况比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

二、治疗方法

应用石家庄产 JQY-IB 型电脑多功能颈椎牵引治疗仪,枕颌带固定,坐位持续牵引,通过牵引仪上部横梁的伸缩预调牵引角度。3 组牵引角度分别为:A 组颈椎前屈 0~10°;B 组颈椎前屈 11~20°;C 组颈椎前屈 21~30°。牵引起始重量为体重的 10%,逐渐增加,不超过体重的 15%,允许患者在规定的角度内适度地进行自我调整。每次牵引 20 min,10 次为 1 个疗程,1 个疗程结束后评定疗效。

三、疗效评定方法

采用王楚怀等^[2]所制定的颈性眩晕患者症状与功能评估量表,于 3 组患者治疗前及治疗 1 个疗程后进行量化评分。

四、统计学分析

所有计量资料数据以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验进行统计学分析。

结 果

3 组颈性眩晕患者治疗前症状与功能评估分值比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗前、后各组组内比较,差异均有统计学意义($P<0.01$);治疗后组间比较,A 组与 B 组及 A 组与 C 组间差异无统计学意义($P>0.05$),B 组与 C 组间差异有统计学意义($P<0.01$),见表 1。

表 1 各组颈性眩晕患者治疗前、后症状与功能评估分值比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
A 组	20	17.02±2.48	25.05±2.54 [*]
B 组	20	16.22±2.50	27.22±2.46 ^{*#}
C 组	20	17.05±2.50	23.02±2.44 [*]

注:组内与治疗前比较,^{*} $P<0.01$;与 C 组治疗后比较,[#] $P<0.01$

讨 论

颈性眩晕是临床常见的脊柱相关性疾病,其主要症状包括眩晕、颈肩痛、头痛、恶心、呕吐甚至猝倒等。据文献报道,颈椎病患者中有眩晕者可达半数以上,50 岁以上头晕患者中约有 50% 为颈性眩晕^[2]。颈性眩晕的基本病理变化通常认为是颈部疾病引起的椎-基底动脉供血不足。一般认为其病因是在颈椎退变的基础上,钩椎关节及关节突关节的增生性压迫刺激了椎动脉及其周围的交感神经丛;颈椎退变等可引起颈椎失稳,从而导致椎动脉二段扭曲并刺激周围交感神经丛、窦椎神经,引起椎动脉痉挛。另外,寰枢关节紊乱及椎动脉粥样硬化也是重要的病因^[3,4]。许敬人等^[5]认为,颈本体感觉敏感性的改变也可能是颈椎病患者产生眩晕的原因。

颈性眩晕患者大多数都可经非手术治疗而获愈,颈椎牵引是非手术治疗中的重要方法之一。颈椎牵引可以缓解肌肉痉挛和疼痛,恢复颈椎正常的生理弯曲状态,使扭曲于横突间的椎动脉得以伸张^[6];可调节和恢复已破坏的颈椎内平衡,拉大出现狭窄的椎间隙与椎间孔^[7];能减轻骨结构周围组织对椎神经丛的影响,间接地缓解血管紧张度,降低血管阻力,增加血流量,改善脑血液循环^[8]。牵引重量、牵引时间和牵引角度是颈椎牵引的三个重要因素。对于颈性眩晕,一般认为牵引重量宜低。李晶等^[9]用 Kelvin 粘弹性模型理论拟合脊柱等蠕变实验数据得到蠕变曲线,发现牵引时间以 10~30 min 比较合适。颈椎牵引角度一般不主张后伸位牵引,这种情况下椎间隙后部减小,会引起颈椎节段不稳或椎-基底动脉供血不足,患者发生意外的危险性增大^[10]。张希利等^[11]主张椎动脉型颈椎病的牵引角度宜 $<5^\circ$ 。为了比较不同角度的颈椎牵引对颈性眩晕患者的治疗作用,我们应用颈性眩晕患者症状与功能评估量表作了对比观察。该量表包括眩晕、颈肩痛、头痛、日常生活及工作、心理和社会适应等 5 大项,每项分为 5 个等级,满分为 30 分,且重测信度及准则效度较好,内容及结构基本合理可行^[2]。根据本研究结果,我们认为各种角度的颈椎牵引对颈性眩晕患者的治疗均有明显疗效,且以颈椎前屈 11~20°的牵引疗效最好,究其原因可能为:①头上斜肌、头后大直肌和半棘肌等颈后肌紧张痉挛时,椎动脉可受压而变窄,影响其血液循环^[12];枕颈前屈为 10°,当颈椎前屈 11~20°进行牵引时,可适度拉伸上述诸肌而解除痉挛,改善椎动脉血液循环。②颈椎前屈牵引可拉

大横突间距,且随牵引角度的增大而加大^[13],颈椎前屈 11°~20°进行牵引,可适度拉长迂曲的椎动脉,增加有效血流量。

总之,颈性眩晕的病因、病情复杂,其牵引治疗与一般颈椎病牵引应有区别,如何选择合适的牵引重量与角度仍是一个值得探讨的问题。

参 考 文 献

- 薛爽,王国相.什么是颈性眩晕.中国脊柱脊髓杂志,1999,9:297-300.
- 王楚怀,卓大宏.颈性眩晕患者症状与功能评估的初步研究.中国康复医学杂志,1998,13:245-247.
- 王楚怀,赖在文,许燕玲,等.环枢关节紊乱与颈性眩晕关系探讨.现代康复,1998,2:530-532.
- 徐德永,栾红梅,李连忠,等.椎动脉型颈椎病的发病机理初探.实用放射学杂志,1999,15:2-4.
- 许敬人,房敏,沈国权,等.颈椎病患者头回复至中立位的能力测定.中华物理医学与康复杂志,2000,22:223-225.
- 邵宣,许竞斌,主编.实用颈腰背痛学.北京:人民军医出版社,1992.223-224.
- 李晶,陈禾丽,苏先基,等.颈椎牵引的力学实验及临床应用.中华理疗杂志,1992,15:133-135.
- 傅志义,刘卉明,傅恒娟,等.颈椎牵引对中老年人脑供血改善的脑血流图分析.中国疗养医学,2001,10:62-64.
- 李晶,郑春开.从生物力学观点探讨颈椎牵引时间.中华理疗杂志,1995,18:99-101.
- 徐军.颈椎牵引技术的应用与进展.中华理疗杂志,2000,23:315-317.
- 张希利,李秀清,庞昌金,等.颈椎病不同角度牵引的疗效观察.中华理疗杂志,1994,17:31-32.
- 杨克勤,主编.脊柱疾患的临床与研究.北京:北京出版社,1993.525.
- 林斌,殷浩,汤兴华,等.牵引治疗椎动脉型颈椎病的生物力学实验研究.中国中医骨伤科杂志,2002,10:18-20.

(收稿日期:2005-03-19)

(本文编辑:吴倩)

电针结合盆底肌锻炼治疗压力性尿失禁疗效观察

熊修安 姚启明 毕丽华 严宝珠

压力性尿失禁(stress urinary incontinence, SUI)为腹压突然增加所导致的尿液不自主流出,其特点是正常状态下无遗尿,而腹压突然增高时尿液自动流出。它是中老年妇女的一种常见病,严重影响患者的工作与生活质量^[1,2]。我们于 1997 年 5 月至 2003 年 3 月采用电针结合盆底肌锻炼治疗压力性尿失禁,并与口服药物进行对比观察。现报道如下。

资料与方法

一、一般资料

100 例 SUI 女性患者为我院泌尿专科和妇产科门诊及住院的患者,以就诊的顺序随机分为治疗组与对照组,每组 50 例。年龄为 33~76 岁,平均(53.3±2.2)岁;病程 3 个月~8 年,平均(3.2±1.6)年。2 组患者在年龄、病程、婚育史、文化程度等方面,经统计学处理,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

二、诊断标准

根据病史、症状及相关检查作出诊断:(1)主诉,包括咳嗽、大笑、打喷嚏或用力时不自主溢尿;(2)多有产伤史,如多次分娩、难产史;(3)经阴道超声检查,休息状态的膀胱角 $\geq 95^\circ$,膀胱角至耻骨弓距离 ≥ 2.3 cm,膀胱颈的活动度 $\geq 20^\circ$,3 项指标中有 2 项以上符合者;(4)尿液分析正常,尿培养阴性。

三、排除标准

(1)先天性输尿管异位开口、输尿管阴道瘘、膀胱阴道瘘等泌尿系统器质性病变引起的尿失禁。(2)神经系统器质性病变引起的尿失禁。

四、治疗方法

1. 治疗组:(1)电针治疗,取百会、气海、关元、子宫(双)、足

三里(双)、三阴交(双)、列缺(双)等穴。患者先排空小便,仰卧位,局部常规消毒后,选用 28 号毫针进行针刺。百会穴向前顶穴方向沿皮缓慢平刺 0.5~1 寸,以有胀、痛、重感为度;气海、关元穴均向下斜刺 1.5~2 寸,以局部有酸、麻、胀感并向外生殖器扩散为佳;子宫穴向耻骨联合外横刺 1.5~2 寸,以下腹部有酸胀感并向外阴部放射为最好;足三里、三阴交穴直刺 1.5~2 寸,列缺穴向腕方向斜刺 0.5~0.8 寸,行快速捻转数次,使局部得气。气海穴、关元穴为一组,子宫穴为另一组,连接 G6805-2 型电针治疗仪(上海产),采用疏密波,电流强度以患者能耐受为度,通电时间为 30 min。在留针的同时,下腹部用远红外线照射,以温热感为度。另外,每 10 min 对其它穴位行平补平泻手法 1 次。每日治疗 1 次。(2)盆底肌锻炼,方法为做缩紧肛门的动作,每次缩紧不少于 3 s,然后放松,连续做 15~30 min,每日做 2~3 遍。以上方法均以 10 d 为 1 个疗程,疗程间间隔 2 d,共进行 3 个疗程。

2. 对照组:口服六味地黄丸、补中益气丸,每次各 8 丸,每日 3 次,连续服用 1 个月。

2 组均连续治疗 1 个月,疗程结束半年后,对患者进行电话随访、评估,观察远期疗效。

五、疗效评定标准

痊愈:患者能自行控制排尿,用力或大笑等腹内压增高时无溢尿,阴道超声检查结果为膀胱角至耻骨弓的距离及膀胱颈的活动度或休息状态的膀胱角度均有明显改善;好转:溢尿次数明显减少,偶有尿失禁现象,阴道检查结果为膀胱角至耻骨弓的距离及膀胱颈的活动度或休息状态的膀胱角度均有改善;无效:治疗前、后症状及阴道超声检查结果无改善。

六、统计学分析

计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,组间差异采用方差分析;计数资料的比较采用卡方检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。