

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^[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。

结 果

一、2 组近期疗效比较

经过 3 个疗程治疗后,治疗组的总有效率为 96%,对照组的总有效率为 82%。2 组总有效率比较,差异有统计学意义 ($P < 0.05$),见表 1。

表 1 2 组近期疗效比较

组 别	例数	痊愈 例(%)	好转 例(%)	无效 例(%)	总有效率 (%)
治疗组	50	30(60.0)	18(36.0)	2(4.0)	96.0*
对照组	50	17(34.0)	24(48.0)	9(18.0)	82.0

注:与对照组比较,* $P < 0.05$

二、2 组远期疗效比较

疗程结束半年后,对患者进行跟踪随访评估,治疗组的总有效率为 96%,对照组的总有效率为 56%。2 组总有效率比较,差异有统计学意义 ($P < 0.01$),见表 2。

表 2 2 组远期疗效比较

组 别	例数	治愈 例(%)	好转 例(%)	无效 例(%)	总有效率 (%)
治疗组	50	28(56.0)	20(40.0)	2(4.0)	96.0*
对照组	50	10(20.0)	18(36.0)	22(44.0)	56.0

注:与对照组比较,* $P < 0.01$

讨 论

现代医学认为,SUI 是指腹压突然增加时,尿液不由自主地由尿道流出,其原因与盆底肌肉及筋膜组织松弛、膀胱颈部及括约肌功能不全有关。女性压力性尿失禁是膀胱基底部、膀胱颈部、后尿道三者关系变化引起的病理生理结果^[3]。它以中老年女性居多,老年妇女的发生率超过 45%^[4]。有人认为 SUI 的发生,可同时存在多个病因。研究表明,多产、分娩巨大儿、衰老、盆底组织薄弱、绝经、家族遗传史和肥胖是 SUI 发生的危险因素^[5]。由于患者裤裆总是湿的,并散发出一股尿酸味,影响中老年女性的身心健康及社会人际交往,给患者带来很大痛苦。

祖国医学认为本病主要是肾气不足、下元不固,导致膀胱约束无权;或素体虚弱、脾肺气虚,上虚不能制下而致小便失禁。治疗以补肾益气、健脾补肺为主。百会为督脉经穴,位于巅顶,督脉起于胞中,下出会阴,联络膀胱,对膀胱的气化开合有调节作用,达到“病在下者高取之”的目的,督脉又为“阳脉之海”,故

百会能升提阳气。气海属任脉,通于胞宫,可调补冲任、益气固胞。关元为任脉与足三阴经之会,为人身元气之根,可补益肾气,调摄膀胱气机。子宫穴为经外奇穴,是治疗生殖器官下垂的有效穴位。足三里、三阴交补脾益肾、扶正固本。列缺为手太阳肺经络穴,八脉八穴之一,通任脉,能宣肺、利水。诸穴相配,加上低频脉冲电流的持续刺激,能增强针感,调整人体组织神经功能,结合物理因子腹部照射,其渗透能力强,能温通经脉,调畅气血,改善内环境,使肾气充实,脾气能升,肺气能降,膀胱约束有权,开合有度,小便控制自如。

盆底肌是由尿道括约肌、提肛肌、肛门括约肌等横纹肌组成。盆底肌松弛可使膀胱颈部下垂,当腹压增加时出现尿失禁。盆底肌锻炼是指有意识地反复收缩盆底横纹肌,通过锻炼使膀胱颈部和近端尿道在小骨盆内提升,与腹压一同作用于膀胱颈部至近端尿道,从而压迫尿道内腔,防止尿失禁。盆底肌锻炼 1 个月后,可显著改善患者的排尿症状,减轻患者排尿时紧迫感程度、频数和溢尿量^[6]。我们的观察显示,应用电针结合盆底肌锻炼治疗 SUI,近期与远期疗效均显著优于药物组,说明该法是治疗 SUI 的一种比较好的方法,其作用明显、收效快、疗效持久,操作方便,安全性好,无任何副作用。

另外要提醒的是,SUI 病位虽在膀胱,但多因肾气虚弱所致,所以要搞好优生优育、妇女保健,避免劳倦纵欲、损伤肾气。在针刺过程中,嘱患者心定神凝,细心体会针刺感应及意念丹田,以提高疗效。患者痊愈后,可坚持进行盆底肌锻炼,使膀胱保持在正常生理位置,提高排尿的控制力,预防复发。

参 考 文 献

- 1 朱兰,郎景和,李彩娟. 压力性尿失禁的非手术治疗进展. 中华妇产科杂志,2003,38:318.
- 2 姜华,王立明. 女性压力性尿失禁. 国外医学泌尿系统分册,1998,18:175-176.
- 3 茅培新. 女性压力性尿失禁的诊断及治疗. 山东医药,1996,36:42.
- 4 姜萍,刘向红. 老年妇女压力性尿失禁患病率及有关因素. 中华老年医学杂志,1998,17:362-364.
- 5 孙智晶,朱兰,陈杰,等. 压力性尿失禁的病因学研究. 疑难病杂志,2004,3:65-66.
- 6 赵冬林,李惠荣. 微波并盆底肌锻炼治疗中老年尿失禁. 中华理疗杂志,2000,23:141-143.

(收稿日期:2004-09-30)

(本文编辑:松 明)

· 外刊文献题录 ·

外刊最新文献题录(二)

1. Riipinen M, Niemistö L, Lindgren KA, et al. Psychosocial differences as predictors for recovery from chronic low back pain following manipulation, stabilizing exercises and physician consultation or physician consultation alone. J Rehabil Med, 2005, 37(3): 152-158.
2. Thyberg I, Skogh T, Hass UAM, et al. Recent-onset rheumatoid arthritis: A 1-year observational study of correlations between health-related quality of life and clinical/laboratory data. J Rehabil Med, 2005, 37(3):159-165.
3. Hermansson LM, Fisher AG, Bernspång B, et al. Assessment of capacity for myoelectric control: A new Rasch-built measure of prosthetic hand control. J Rehabil Med, 2005, 37(3):166-171.
4. van Duijn M, Lötters F, Burdorf A. Influence of modified work on return to work for employees on sick leave due to musculoskeletal complaints. J Rehabil Med, 2005, 37(3):172-179.