

- 性损伤疾病. 中国疗养医学杂志, 1996, 5: 18.
- 3 卫生部医政司, 主编. 中国康复医学诊疗规范. 北京: 华夏出版社, 1999. 9-12.
- 4 Oesterling JE. Benign prostatic hyperplasia: medical and minimally invasive treatment options. N Engl J Med, 1995, 332: 99-103.
- 5 Haupt G. Use of extracorporeal shock waves in the treatment of pseudarthrosis, tendinopathy and other orthopedic disease. J Urol, 1997, 158: 4-11.
- 6 Heidersdorf S, Lauber S, Lauber HJ, et al. Osteochondritis dissecans. In: Coombs R, Schaden W, Zhou SSH, eds. Musculoskeletal shock wave therapy. London: Greenwich Media Ltd, 2000. 255-264.
- 7 Ogden JA, Toth-Kischkat A, Schultheiss R. Principles of shock wave therapy. Clin Orthop, 2001, 387: 8-17.
- 8 Haake M, Thon A, Bette M. Absence of spinal response to extracorporeal shock wave on the endogenous opioid systems in the rat. Ultrasound Med Biol, 2001, 27: 279-284.
- 9 Kaulesar Sukul DM, Johannes EJ, Pierik EG, et al. The effect of high energy shock waves focused on cortical bone: an in vitro study. J Surg Res, 1993, 54: 46-51.
- 10 Helbig K, Herbert C, Schostok T, et al. Correlations between the duration of pain and the success of shock wave therapy. Clin Orthop, 2001, 387: 68-71.
- 11 Rompe JD, Zoellner J, Nafe B. Shock wave therapy versus conventional surgery in the treatment of calcifying tendinitis of the shoulder. Clin Orthop, 2001, 387: 72-82.
- (修回日期: 2003-08-25)
(本文编辑: 吴倩)

康复疗法为主治疗椎动脉型颈椎病临床研究

吕文国 宋永高 翟德华 武绍

椎动脉型颈椎病是颈椎病中仅次于神经根型的较常见类型之一, 给患者带来较大痛苦, 而临床上药物治疗多不能根治, 且长期用药的副反应及经济负担还可能给患者带来不利, 故近年来康复疗法逐渐受到重视^[1,2]。我们就康复疗法为主治疗椎动脉型颈椎病的疗效及与病程的关系进行了初步观察, 现报道如下。

资料与方法

一、研究对象

1. 入选标准: 143 例患者的诊断均符合 1993 年第二届全国颈椎病专题座谈会制定的椎动脉型颈椎病诊断标准^[3]。除外美尼尔氏综合征、脑动脉硬化症、小脑梗死或出血及心血管疾病等原因所致的眩晕。

2. 分组: 所有患者按自愿接受原则随机分为 2 组, 即康复疗法为主组 (治疗组) 和药物治疗组 (对照组)。治疗组 78 例, 其中男 33 例, 女 45 例; 年龄 38 ~ 73 岁, 平均 56 岁; 病程 < 1 年 29 例, 1 ~ 5 年 37 例, > 5 年 12 例。对照组 65 例, 其中男 29 例, 女 36 例; 年龄 41 ~ 70 岁, 平均 54 岁; 病程 < 1 年 26 例, 1 ~ 5 年 28 例, > 5 年 11 例。2 组患者的性别、年龄、病程及疗程比较, 差异无显著性 ($P > 0.05$), 具有可比性。

二、治疗方法与疗效标准

1. 治疗方法: 治疗组患者每天进行 1 次颈椎牵引、推拿按摩及点穴, 3 d 行 1 次梅花针、五行针加真空拔罐或火罐及耳穴贴压, 并配合做“颈椎操”及口服相应中、西药物, 疗程为 15 ~ 20 d; 对照组患者除口服类似中、西药物外, 同时每天静脉滴注培他啶注射液 500 ml 加脉络宁 20 ml, 疗程同治疗组。疗程结束观察 2 组的近期疗效, 1 年后随访观察远期疗效。

2. 疗效标准: 治愈——症状、体征消失; 显效——症状明

显减轻, 体征基本消失; 好转——症状减轻, 体征部分消失; 无效——症状、体征无改善。

三、统计学方法

临床疗效用例数 (%) 表示, 显著性检验用 χ^2 检验及 t 检验。

结 果

一、2 组的疗效比较

治疗组与对照组的近期显效率分别为 78. 21% 与 40. 00%, 2 组间差异有非常显著性 ($\chi^2 = 21. 71, P < 0. 01$); 治疗组与对照组的远期显效率分别为 67. 95% 与 27. 69%, 2 组间差异有非常显著性 ($\chi^2 = 22. 98, P < 0. 01$); 治疗组与对照组远期疗效的总有效率分别为 96. 16% 及 80. 08%, 2 组间差异有显著性 ($\chi^2 = 5. 29, P < 0. 05$) (表 1)。

二、治疗组病程与疗效关系

治疗组中, 病程 < 1 年、1 ~ 5 年及 > 5 年的病例的近期治愈率分别为 41. 38%, 16. 22% 及 0. 00%, 病程 < 1 年与 1 年以上病例之间差异均有显著性 ($P < 0. 05$), 显效率比较, 病程 < 1 年与 1 ~ 5 年病例之间差异无显著性 ($P > 0. 05$), 但与病程 > 5 年病例相比, 差异有显著性 ($P < 0. 01$)。远期治愈率分别为 34. 48%, 10. 81% 及 0. 00%, 其中病程 < 1 年与 1 年以上病例比较, 差异均有显著性 ($P < 0. 05$); 远期显效率比较, 病程 < 1 年与 1 ~ 5 年病例之间差异无显著性 ($P > 0. 05$), 病程 < 1 年与 1 ~ 5 年病例与病程 > 5 年病例比较, 差异均有非常显著性 ($P < 0. 01$) (表 2)。

三、2 组病程与疗效的比较

2 组患者中, 病程 < 1 年病例的近期疗效比较, 治疗组的显效率为 89. 66%, 对照组为 65. 38%, 2 组之间差异有显著性 ($P < 0. 05$), 总有效率 2 组均为 100. 00%; 远期疗效比较, 治疗组的显效率为 86. 10%, 对照组为 50. 00%, 2 组之间差异有非常显著性 ($P < 0. 01$), 总有效率治疗组为 100%, 对照

表 1 2 组疗效比较(例)

组 别	例数	近期疗效				远期疗效			
		治愈	显效	好转	无效	治愈	显效	好转	无效
治疗组	78	18(23.08)	43(55.13)	17(21.79)	0(0.00)	14(17.95)	39(50.00)	22(28.21)	3(3.84)
对照组	65	0(0.00)	26(40.00)	39(60.00)	0(0.00)	0(0.00)	18(27.69)	36(55.39)	11(19.92)

注:括号内为百分比

表 2 治疗组的病程与疗效比较(例)

病 程	例数	近期疗效				远期疗效			
		治愈	显效	好转	无效	治愈	显效	好转	无效
<1 年	29	12(41.38)	14(48.28)	3(10.34)	0(0.00)	10(34.38)	15(51.72)	4(13.80)	0(0.00)
1~5 年	37	6(16.22)	25(67.56)	6(16.22)	0(0.00)	4(10.81)	23(62.16)	9(24.32)	1(2.70)
>5 年	12	0(0.00)	4(33.33)	8(66.67)	0(0.00)	0(0.00)	1(8.33)	9(75.00)	2(16.67)

注:括号内为百分比

组为 92.31%。病程 1~5 年病例的近期疗效比较,治疗组的显效率为 83.78%,对照组为 25.00%,2 组之间差异有非常显著性($P<0.01$);远期疗效比较,治疗组的显效率为 72.97%,对照组为 17.86%,2 组之间差异有非常显著性($P<0.01$),总有效率治疗组为 97.30%,对照组为 89.29%,2 组之间差异无显著性。病程 >5 年病例,两组的近期及远期治愈率均为 0.00%,其中治疗组的近期显效率为 33.33%,对照组为 18.18%,2 组之间差异无显著性($P>0.05$),近期总有效率 2 组均为 100%;远期疗效治疗组仅 1 例显效,对照组无显效病例,远期总有效率治疗组为 83.33%,对照组为 45.45%,2 组间差异无显著性($P>0.05$)。

讨 论

一、疗效分析

我们以康复疗法为主治疗 78 例椎动脉型颈椎病患者,近期治愈率、显效率、远期治愈率及显效率均显著高于对照组,说明由颈椎牵引、推拿按摩、梅花针疗法及“颈椎操”组成的康复疗法在椎动脉型颈椎病康复中效果显著,尤其是梅花针疗法与“颈椎操”锻炼相结合对早期患者的眩晕、头痛症状的缓解作用较为明显。但治疗中需要掌握中医辨证的适应证,对以虚证为主的肝风痰浊型用梅花针疗法起效快,而对以虚证为主的肝肾阴虚型不能重用梅花针,一般只经一次梅花针加真空拔罐治疗后即改用火罐加补法为主的推拿按摩等方法治疗为宜。经验证明虚证不如实证疗效快,而且病程越短疗效越好,其中以发病 1 年内疗效最佳,病程 >5 年与 <1 年病例的近期与远期显效率相比差异有显著性,但病程 1~5 年与 <1 年病例的近期显效率相比差异无显著性,提示以康复疗法为主的治疗对病程在 5 年以内的患者仍具有重要临床意义。但本文仅限于观察疗程 15~20 d 的病例,有文献认为综合治疗的疗程若继续延长还可能再提高疗效^[1]。

另外,与对照组相比,治疗组远期疗效更突出,病程 5 年之内的患者,2 组之间差异有非常显著性,病程 >5 年的患者,因例数有限,未观察到 2 组间差异有显著性,说明椎动脉型颈椎病以早期疗效更好,尤其病程 1 年之内病例的治愈率更高,而纯药物疗法不如康复疗法为主的综合治疗有效。

二、康复疗法为主治疗颈椎病的优势、原理及特点

我们针对上述治疗组病例所设计的治疗方案,严格按标本兼治、虚实补泻的原则施治,重用梅花针、真空罐及火罐,配合点穴,以降浊升清,祛除患者体内久积之风湿痰瘀之邪;以颈椎牵引、循经推拿按摩,五行针及耳穴贴压收放经络,畅通颈椎及全身血脉,使颈部组织结构自然代偿功能增强,有数例颈椎椎体滑脱病例经治疗后拍片发现已经复位,有助于解除椎动脉受压扭曲状态。此外,以合理辨证用药内服加上“颈椎操”规律锻炼,可达到固精纳气、平衡气血阴阳之功效,使患者精气神充足,收效自然更佳。

由以上可见,以康复疗法为主的治疗确实有很强的针对性及全面性优势和特点,能针对患者病因病机进行治疗。虽然目前对于颈性眩晕发生的机制仍不十分清楚,但多数学者认为颈椎退变造成的失稳及由此产生的炎性病变对椎动脉周围神经的刺激是发病的主要原因^[4]。椎动脉第 2 段为由第 6 (或第 5) 颈椎横突孔至寰椎横突孔之间的一段,在椎旁行走易受横突孔之限制,椎间盘退变、椎体滑脱或钩椎关节骨质增生,都可使椎动脉受压,受刺激而痉挛或扭曲,从而导致椎动脉型颈椎病发生,临床上还可同时合并根性神经症状。而康复疗法为主的治疗方案,有利于患者在较短的疗程内使以生物力学及颈椎节段结构改变为主的病理状态得以自主复原或缓解,从而达到有别于纯药物疗法的治疗效果。对于病程更长的患者,可能需要更长期治疗才能收效,有关本病的更长疗程治疗问题有待进一步研究。

参 考 文 献

- 1 周涤平,王爱明,贾浙园,等. 综合康复疗法治疗颈椎病 74 例疗效观察. 中国康复医学杂志, 1994,9:222-223.
- 2 谭吉林,何希俊,郭瑞兰,等. 针刺配合颈椎牵引治疗椎动脉型颈椎病临床研究. 中国针灸, 2002,22:371-373.
- 3 孙宇,陈琪,整理. 第二届全国颈椎病专题座谈会纪要. 中华外科杂志, 1993,31:472.
- 4 孙清,孙树椿. 椎动脉型颈椎病发病机理的研究概况. 中国中医骨伤科杂志, 1998,6:59.

(收稿日期:2003-03-10)

(本文编辑:郭正成)