

用硬膜外腔药物液压疗法治疗腰椎间盘突出症时,应严格掌握适应证,高血压、冠心病、脑血管病、年老体弱及药物过敏患者最好不用此法治疗。

2000,23:198-199.

(收稿日期:2002-07-04)

(本文编辑:郭正成)

参 考 文 献

- 1 张鸣生,林仲民. 腰腿痛评价量表的可行性研究. 中华理疗杂志,

腰椎间盘突出症非手术治疗疗效观察

夏新蜀 余和平 胡渝萍

腰椎间盘突出症是常见病,一般倾向用正规的非手术治疗。现将 1995~1999 年间我科采用物理治疗、药物治疗、硬膜外封闭治疗的腰椎间盘突出症患者 232 例的疗效进行对比分析,报道如下。

资料和方法

一、一般资料

232 例均为确诊的住院患者,其中 CT 检查 157 例, MRI 检查 67 例,椎管造影 8 例。将患者分为 3 组:(1)物理治疗组 107 例,其中男性 68 例,女性 39 例;1 个节段突出 52 例,2 个节段突出 41 例,3 个节段突出 14 例;平均住院 30.35 d。(2)药物治疗组 57 例,其中男性 38 例,女性 19 例;1 个节段突出 30 例,2 个节段突出 19 例,3 个节段突出 8 例;平均住院 25.94 d。(3)封闭治疗组 68 例,其中男性 48 例,女性 20 例;1 个节段突出 34 例,2 个节段突出 27 例,3 个节段突出 7 例;平均住院 24.80 d。3 组患者的年龄、病程及病情等相近,具有可比性。

二、治疗方法

1. 物理治疗组:采用超短波、电脑中频、牵引治疗及运动训练。治疗早期强调患者卧硬板床休息,离床时给予腰围制动保护。(1)超短波:电极于腰、臀并置,温热量,每日 2 次,每次 20 min;(2)电脑中频:电极于腰、臀并置,剂量以患者感觉舒适为宜,每日 2 次,每次 20 min;(3)腰椎牵引:仰卧位间歇式牵引,牵引重量从体重的 50% 开始,逐渐增加至体重的 90%,每日牵引 2 次,每次 30 min;(4)运动训练:疼痛减轻后即进行,做仰卧位“半桥”或俯卧位“燕式”腰背肌功能训练,上、下午各 1 次,每次重复动作 10 次,待病情进一步缓解后适当增加运动时间和运动量,出院后仍坚持运动训练。10 d 为 1 个疗程,疗程结束后评定疗效。

2. 药物治疗组:采用静脉滴注与口服相结合。(1)静脉用药:①氢化考的松 100~200 mg(或地塞米松 10~20 mg)加入 5% 葡萄糖 500 ml 中滴注;②弥可保 500~1 000 μg(或 Vit B₁₂ 0.5~1 mg)、复方丹参液 20 ml 加入 5% 葡萄糖 500 ml 中滴注,对激素禁忌者静滴 20% 甘露醇 125~250 ml。(2)口服用药:卡马西平,每次 0.1 g,每日 3 次;鲁南贝特,每次 0.2 g(或布洛芬 50 mg、消炎痛 25 mg),每日 3 次;地巴唑,每次 10 mg,每日 3 次;

因痛影响夜晚睡眠者睡前口服舒乐安定 1~2 mg。静脉用药每日 1 次,10 d 为 1 个疗程。疗程结束后评定疗效,多数患者输液不超过 2 个疗程,停止静脉用药后,继续口服用药维持治疗。

3. 封闭治疗组:采用硬膜外注射混合液。混合液含地塞米松 5 mg(或德宝松 7 mg)、2% 利多卡因 5 ml、Vit B₁₂ 0.5 mg、Vit B₁ 100 mg、生理盐水 5~10 ml。硬膜外注药部位一般为突出的上一节段,常用的注射节段为 L₂₋₃、L₃₋₄、L<

脊膜和神经根周围的粘连及压迫,如果致痛的原发病理因素不能或没有得到修复或好转,则治疗无效或疼痛复发^[4]。由于药物治疗、硬膜外注药仅能消除部分病因,因而影响其治疗效果。

物理治疗采用多种疗法,综合应用。其中超短波透入较深,能促进血液循环,加速炎症产物和水肿的消散,促进组织生长修复;降低感觉神经的兴奋性,缓解肌肉痉挛,促使致痛物质排除和炎症的吸收而达到镇痛^[5]。电脑中频具有良好的镇痛作用,能消除组织和神经纤维间的水肿,减轻压力,松解粘连,缓解或消除局部致痛因素,低频调制波能起到切断痛觉传导和拮抗疼痛的作用,镇痛效果明显^[6]。腰椎牵引能使椎间隙增宽并产生负压,后纵韧带被绷紧而产生向前张力,有利于突出物还纳,椎管及侧隐窝容积增大,使突出物与神经根及硬膜囊发生变位,减轻或消除对神经根及硬膜囊的压迫和刺激^[7]。腰屈伸肌肌肉功能的训练,尤其是加强腰伸肌肌肉功能的训练,有利于肌肉功能和肌力平衡的恢复,增强腰椎的稳定性和活动能力,从而尽可能避免腰椎间盘突出症的复发^[8]。多种物理因子的综合作用,既能消除对神经根的机械压迫刺激,又能消除神经根周围的无菌性炎症,因而具有更好的疗效。

参 考 文 献

- 1 胡有谷,主编. 腰椎间盘突出症. 第 2 版. 北京:人民卫生出版社,1995. 123-132,247.
- 2 岳寿伟,主编. 腰椎间盘突出症的非手术治疗. 济南:山东科学技术出版社,1998. 1, 77.
- 3 Wall PD, Ronald Melzack, 主编. 赵宝昌,崔秀云,主译. 疼痛学. 第 3 版. 沈阳:辽宁教育出版社,2000. 902.
- 4 陈裕光,李佛保,陈立言,等. 腰椎间盘突出症硬膜外封闭治疗无效与影像学区定位相关性分析. 中华骨科杂志,2000,2:79-81.
- 5 南登崑,主编. 康复医学. 第 2 版. 北京:人民卫生出版社,2001. 111-112.
- 6 Melzack H, Wall PD. Pain mechanisms: A new theory. Science, 1965, 15: 54.
- 7 曾兰. 腰椎间盘突出症的物理治疗及其机理. 中国康复,1996,2:109.
- 8 占飞,吴毅,胡永善,等. 腰椎间盘突出症患者腰屈伸肌的功能变化. 中国康复医学杂志,1998,4:158.

(收稿日期:2002-06-14)

(本文编辑:郭正成)

超短波和药物治疗老年肺感染

高振华 苏文华

近年来,我们发现对老年肺感染如单纯应用药物治疗会使病程明显延长,而配合应用超短波治疗却取得较好疗效,现报道如下。

资料与方法

一、一般资料

根据患者的主要症状、体征、血液检查、肺 X 线片及肺功能检查,诊断为肺感染(主要为支气管肺炎和大叶性肺炎)^[1,2]的患者 85 例,并根据其年龄、性别、病种、病程、病情等情况分为观察组和对照组,2 组情况(表 1)经统计学处理差异无显著性,具有可比性。其中 78 例患者(治疗组 41 例,对照组 37 例)行肺功能检查,治疗前 2 组所测 4 项指标经统计学处理差异无显著性(表 2)。

二、治疗方法

2 组均视病情选用青霉素或先锋霉素静脉点滴,同时对症辅以止咳、祛痰、平喘和退热。观察组配合应用超短波疗法,采用上海 822 厂生产的 CDL1 型超短波治疗机,输出电流 0~300 mA,患者仰卧位,电极于病灶区前、后对置,间隙 4~6 cm,

无热量,每日 1 次,每次 20 min,15 次为 1 个疗程。1 个疗程后,对患者的症状、体征及 X 线和肺功能检查,对比治疗结果。

三、疗效标准