

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 500~1000 μg(或 Vit B<sub>12</sub> 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 B<sub>12</sub> 0.5 mg、Vit B<sub>1</sub> 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 L<sub>2~3</sub>、L<sub>3~4</sub>、L<sub>4~5</sub>,每周封闭治疗 1 次,本组封闭治疗 2 次 7 例,封闭 3 次 19 例,封闭 4 次 38 例,封闭 5 次 4 例。封闭治疗结束后评定疗效。

#### 三、疗效判断标准

治愈:腰腿痛症状基本消失,腰部活动正常,直腿抬高试验 >80°,恢复工作;显效:腰腿痛症状明显减轻,腰部活动基本正常,直腿抬高试验 60~80°,恢复轻工作;好转:腰腿痛减轻,腰部活动轻度受限,直腿抬高试验 <60°,能恢复部分轻工作;无效:症状、体征及功能障碍无变化。

## 结 果

3 组治愈显效率差异有非常显著性 ( $\chi^2 = 25.29, P < 0.005$ )。物理治疗组优于药物治疗组和封闭治疗组(表 1)。

表 1 3 组治疗结果比较

| 组 别   | 例 数 | 治 愈 |       | 显 效 |       | 好 转 |       | 无 效 |      |
|-------|-----|-----|-------|-----|-------|-----|-------|-----|------|
|       |     | 例 数 | %     | 例 数 | %     | 例 数 | %     | 例 数 | %    |
| 物理治疗组 | 107 | 23  | 21.50 | 28  | 26.19 | 54  | 50.47 | 2   | 1.87 |
| 药物治疗组 | 57  | 5   | 8.77  | 7   | 12.28 | 43  | 75.44 | 2   | 3.51 |
| 封闭治疗组 | 68  | 6   | 8.82  | 4   | 5.88  | 56  | 82.35 | 2   | 2.94 |

## 讨 论

腰椎间盘突出症的治法颇多,然而尚无一种完全满意的临床治疗方法,这与该病复杂的病理机制及分型有关。众所周知,神经根周围软组织无菌性炎症是腰椎间盘突出症产生疼痛的主要原因<sup>[1]</sup>,而且约有 40% 患者伴有神经根粘连<sup>[2]</sup>。应用甘露醇、激素类药物能减轻水肿,弥可保及 B 族维生素能促进受损神经的恢复,但药物治疗并不能动员自身的抑制疼痛能力,不能解决慢性疼痛问题,而只能用于疼痛的急性发作<sup>[3]</sup>,且长期应用易造成药物依赖性。采用硬膜外注药可以较快缓解疼痛,减轻神经根周围的充血和水肿,阻滞与某些疼痛综合征的病理生理的反射机制有关的传入和传出神经纤维,但不能有效消除硬

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<sup>[4]</sup>。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<sup>[5]</sup>。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<sup>[6]</sup>。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<sup>[7]</sup>。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<sup>[8]</sup>。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

- 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.
- 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.
- 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.
- 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域定位相关性分析.中华骨科杂志,2000,2;79-81.
- 南登魁,主编.康复医学.第2版.北京:人民卫生出版社,2001.111-112.
- Melzack H, Wall PD. Pain mechanisms: A new theory. Science, 1965, 15: 54.
- 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.
- 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)<sup>[1,2]</sup>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0~300mA,患者仰卧位,电极于病灶区前、后对置,间隙4~6cm,

无热量,每日1次,每次20min,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

痊愈:症状和体征完全消失,X线片示炎性浸润消失,肺功能大致正常;显效:症状和体征明显好转,X线片示炎性浸润区明显缩小,肺功能显著提高;好转:症状和体征有所改善,X线示病灶局限,肺功能有所提高;无效:症状和体征无改善,X线片示炎性浸润无变化,肺功能无改善。

#### 四、统计学分析

数据用( $\bar{x} \pm s$ )表示,计数资料用 $\chi^2$ 检验,计量资料用u检验。

## 结 果

经1疗程治疗后,观察组治愈22例(48.89%),总有效42例(93.33%),对照组治愈10例(25%),总有效31例(77.5%),2组比较, $P < 0.05$ (表3)。治疗前78例患者行肺功能检查,肺功能不正常71例(91.03%)。治疗后其肺功能情况见表4。治疗后观察组的肺功能效果明显优于对照组,所测4项功能指标比较,差异均有显著性( $P < 0.01$ )。

表1 85例患者一般情况

| 组 别 | 例数 | 男  | 女 | 平均年龄(岁) | 病程(d) |    | 平均体温(℃) | 肺功能(例) |     |     |     | 病种(例) |       |
|-----|----|----|---|---------|-------|----|---------|--------|-----|-----|-----|-------|-------|
|     |    |    |   |         | <3    | >3 |         | 正常     | 限制性 | 阻塞性 | 混合性 | 大叶性肺炎 | 支气管肺炎 |
| 观察组 | 45 | 43 | 2 | 73.86   | 38    | 7  | 37.22   | 4      | 6   | 17  | 14  | 11    | 34    |
| 对照组 | 40 | 39 | 1 | 74.12   | 34    | 6  | 37.24   | 3      | 4   | 17  | 13  | 9     | 31    |