讨　论

膝关节及邻近部位组织严重损伤后,由于膝关节固定时间过长,患部静脉血及淋巴回流不畅,组织间隙中浆液纤维渗出物和纤维蛋白沉积,而发生纤维性粘连,加上关节囊、韧带和通过该关节的肌肉、肌腱的挛缩,严重影响运动功能,从而导致膝关节功能障碍[2]。长期固定还会引起关节软骨组织退变和废用性肌萎缩。

膝关节功能障碍的治疗关键在于改善局部循环,活血散瘀、解痉松粘、通利关节等[3]。应用推拿等手法,能促进患部的血液循环和新陈代谢,促进损伤组织修复,消除关节内、外粘连,防止肌肉萎缩和关节挛缩,改善关节活动功能。稳定持续的牵引,可克服纤维组织内部粘滞性阻力,使组织得到较大的牵伸,有利于消除关节挛缩[4]。物理因子治疗能促进肿胀消除和炎性产物吸收,降低关节周围组织及韧带的张力,减轻疼痛,有助于推拿治疗和牵引的顺利进行。

"动"是本病治疗的特点。包括推拿中的被动活动和运动疗法的主动活动。关节的活动有助于关节软骨和关节囊组织形态学和韧带抗张强度的恢复[5]。同时运动疗法还能促进运动条件反射的恢复,使肌肉收缩力渐增,关节稳定性加强,可有效地预防废用性肌萎缩。

我们采用的综合康复治疗是针对于关节内、外粘连等病理变化,其疗效显著。从有关资料报道和我们多年临床观察来看,病程越短疗效越好[6]。我们治疗无效的 4 例,病程均在 1 年以上,治疗前、后关节活动度仅相差 15°,这与病程长,局部软组织粘连机化严重有关,因此,膝关节损伤后应尽早进行康复治疗。

参 考 文 献

1 缪鸿石,主编. 康复医学理论与实践(上册). 上海:上海科学技术出版社,2000. 278-281.

2 卓大宏,主编. 中国康复医学. 北京:华夏出版社,1990. 808.

3 赵翱,主编. 推拿疗法与医疗练功. 北京:人民卫生出版社,1991. 9-16.

4 中国康复医学研究会,主编. 康复医学. 北京:人民卫生出版社,1984. 384.

5 吴毅,范振华,屠丹云. 运动促进制动后兔膝关节组织恢复作用. 中国康复医学杂志,1993,8:17.

6 郑光新,冯莉. 系统康复治疗对下肢制动后膝关节活动范围的影响. 中国康复医学杂志,1995,4:161-164.

(收稿日期:2003-02-16)
(本文编辑:熊芝兰)

推拿等综合治疗脊柱源性心律失常的疗效观察

段俊峰　宁俊忠　范秀华　陈丽贤　谢琦

临床上发现,不少心律失常患者经反复检查并未发现器质性心脏病,这些患者使用常规药物疗效不佳,而在治疗脊椎病后好转。自 2000 年 1 月 ~2003 年 2 月,我们应用以纠正脊椎错位为主的正骨推拿手法结合超短波等综合治疗与脊椎相关的心律失常患者 69 例,疗效满意,现报道如下。

资料与方法

一、临床资料

伴有颈椎或上胸椎错位的的心律失常患者 129 例,均经本院或外院心内科确诊,应用抗心律失常药物进行常规治疗效果不佳,心电图、X 线片和心脏 B 超检查排除了心脏器质性病变,随机分为综合治疗组 69 例与对照组 60 例。综合治疗组男 33 例,女 36 例;年龄 20 ~73 岁,平均 33.6 岁;病程 2 个月 ~10 年,平均 2.5 年;颈胸椎 X 线摄片示颈椎有小关节错位或节段性失稳者 46 例,$T_{1\sim5}$ 小关节错位者 23 例;所有患者颈椎或上位胸椎均有不同程度的退变、骨质增生或椎间隙变窄。对照组男 29 例,女 31 例;年龄 21 ~70 岁,平均 32.3 岁;病程 1.5 个月 ~9 年,平均2.4年;X 线摄片示颈椎有小关节错位或节段性失稳者 41 例,$T_{1\sim5}$ 小关节错位者 19 例;所有患者颈椎或上胸椎均有不同程度的退变。两组在年龄、性别、病情、病程等方面差异均无显著性意义,具可比性。

二、治疗方法

综合治疗组在口服抗心律失常和活血祛瘀药物(复方丹参片或复方丹参滴丸)的基础上加用正骨推拿等综合治疗:①颈椎有旋转式错位者用摇正法纠正,有前后滑脱式错位者用推正法纠正,有侧弯侧摆式错位者用侧卧搬按法纠正,手法治疗每次 20 min,每日 1 次;②有椎间隙狭窄者加用颈椎牵引治疗,应用 Q4 型牵引椅,牵引重量 14 ~20 kg, 每次 15 min,每日 1 次,可在牵引下辅以手法治疗;③推拿完成后给予超短波治疗,电极前、后对置于胸背部,温热量,每次 20 min,每日 1 次;④有脊椎失稳者应用 10% 葡萄糖液 20 ml 加复合维生素 B 溶液 2 ml,于颈椎或上胸椎棘突间或两侧椎板处注射,隔日 1 次,以稳定脊椎和巩固疗效。治疗 10 次为 1 个疗程,连续 2 个疗程后进行疗效评定。

对照组仅口服抗心律失常及活血祛瘀药物,根据心律失常的不同类型分别给予心得安、心律平、慢心律或乙胺碘呋酮等治疗,20 d 后评定疗效。

三、疗效评定标准

优:心悸症状消失,心率 60 ~100 次/min,律齐,心电图检查正常,颈、胸椎错位完全纠正;良:心悸症状基本消失,心率 60 ~100 次/min,律齐,心电图检查正常,颈、胸椎错位基本纠正;可:心悸症状改善,心率和心律异常好转,心电图检查大致正常,颈、胸椎错位部分纠正;差:治疗后症状、体征及心电图检查无变化

作者单位:510010　广州,广州军区广州总医院康复理疗科

或曾有好转但短期内又复发。

四、统计学方法

采用 χ^2 检验。

结　果

综合治疗组经 2 个疗程治疗后与对照组比较,差异有非常显著性意义($P<0.001$)(表 1),提示应用推拿结合超短波等综合疗法治疗此类心律失常性疾病,其疗效明显优于单纯药物治疗。

表 1　两组心律失常患者治疗结果(例)

组　别	n	优	良	可	差	优良率(%)	总有效率(%)
综合治疗组	69	32	25	10	2	82.6	97.1*
对照组	60	10	14	19	17	40.0	71.7

注:* 两组比较,$\chi^2=16.00$,$P<0.001$

讨　论

心律失常除由器质性心脏病引起外,尚有不少患者因心脏以外的因素引起,一般称为心外性心律失常。在心外性心律失常中,最常见者是由颈椎或上胸椎病变引起[1]。支配心脏的交感神经,其低级中枢位于 $T_{1\sim5}$ 脊髓侧索细胞柱,由此发出的交感神经节前纤维随脊神经出椎间孔,然后上行到达颈部,在上、中、下颈神经节内换神经元或发出节后纤维,分别组成心上、心中、心下神经到达心脏神经丛而支配心脏。颈、胸椎劳损、退变或失稳,一方面可引起脊椎错位,使椎间孔变形、变窄而刺激走行于椎间孔内的交感神经节前纤维[2];另一方面,退变失稳的脊椎可引发骨刺,骨刺突入椎间孔内也会刺激支配心脏的交感神经节前纤维,从而引起不同形式的心律失常。有学者曾在动物实验中用镊子夹持受试动物的颈神经根,立即引起其心律失常,松开镊子后心律逐渐恢复,再用银夹夹持神经根,出现相同的结果[3]。实验证实颈神经根内有影响心脏功能的交感神经成分。应用正骨推拿及牵引治疗颈、胸椎病变,其主要作用之一是纠正脊椎关节错位,使变形、变窄的椎间孔恢复正常;超短波作用深透,可消除局部无菌性炎症,解除软组织痉挛,改善组织代谢和血液循环。综合治疗措施从不同方面解除了各种因素对心交感神经的机械性及化学性刺激,是直接的对因治疗,因此疗效较好。魏征[4]发现,在对错位颈椎行正骨推拿纠正后,于颈椎后方和两侧注射葡萄糖液和复合维生素 B 溶液配制的水针,能在短期内稳定颈椎,防止复发。我们在治疗中也发现,局部注射水针不但能在局部软组织中造成人为的水肿区,在短期内起到内固定的作用,10% 的葡萄糖液还具有营养、消肿及缓解疼痛的作用。因颈椎或上胸椎病变造成的植物神经功能紊乱而引起的心律失常,临床上诊断虽然较容易,但往往查不到病因,药物治疗效果不佳,此时应考虑脊椎病因,积极检查脊椎,应用推拿等综合疗法纠正脊椎错位,消除局部无菌性炎症,可收到较好疗效。

参　考　文　献

1　杨克勤,主编. 颈椎病. 北京:人民卫生出版社,1981. 23-29.

2　段俊峰,龙层花. 脊椎相关疾病的解剖学研究. 现代康复,2001,5: 30-31.

3　Zheng W. The study and treatment of spinal diseases. Hong Kong: The Commercial Press Ltd,1995. 42-66.

4　魏征,主编. 脊椎病因治疗学. 香港:商务印书馆香港分馆,1987. 216-218.

(收稿日期:2003-05-30)

(本文编辑:吴　倩)

神经肌电图对腕管综合征的诊断意义分析

安梅

腕管综合征是临床上常见的一种疼痛症候群,症状以腕部以下正中神经支配区,尤其是手指等部位有麻、痛、胀感为主要特征。我科自 1998 年 1 月 ~2001 年 12 月间共收集 54 例(59 腕)腕管综合征患者,并对其进行神经肌电图检查,以探讨电生理检查对该症的诊断意义。现报道如下。

资料与方法

一、临床资料

本研究共选取我院 1998 年 1 月 ~2001 年 12 月间经手术证实为腕管综合征的患者 54 例(共计 59 只腕),其中男 20 例,女 34 例;年龄 25 ~70 岁,平均 40 岁;右侧发病 37 例,左侧 12 例,双侧 5 例;病程 2 ~10 年;患者职业有家庭主妇、木工、钳工、司机、会计及键盘手等,均为长期用腕较频繁者或腕部曾经受伤者;患者发病早期均有手指麻木、酸胀、疼痛及甩腕史,尤以夜间为甚,其中部分病程较长患者大鱼际肌甚至出现肌萎缩现象。所有患者 Phalen 试验阳性、Tinel 征阳性。

二、实验方法

我们采用 Contata TM 型肌电诱发电位仪进行实验,室内温度控制在 25℃左右,患者皮温保持在 33℃以上。对于每位被检者,先检查双侧拇短展肌、小指展肌及掌长肌的常规肌电图(EMG),主要观察被检者处于放松状态时上述肌肉有无自发电位及轻微收缩时的运动单位时限;再进行双侧正中神经、尺神经运动传导速度的分段检查,主要观察正中神经远端潜伏期即腕部正中神经至大鱼际肌中段复合肌动作电位(compound muscle action potential,CMAP)的潜伏期及至腕上(腕横纹上3 cm)、腕下(刺激点从掌中央向腕关节方向移动,以拇短展肌收缩为准)传导时间是否延长;然后再检查双侧拇指、中指及小指指端至腕

作者单位:471003　洛阳,河南省显微外科研究所