

· 短篇论著 ·

坎离砂结合推拿治疗颈性眩晕急性发作疗效观察

马立银

椎动脉型颈椎病所致的颈性眩晕,在急性期较重,且多伴有视物模糊、耳鸣、心动过速或恶心呕吐,不宜用颈椎牵引治疗。我科于 1990 年 1 月~1995 年 12 月对门诊和部分住院患者采用坎离砂项部热敷及推拿,以超短波对照观察,取得满意疗效,报道如下。

一、资料与方法

96 例患者均参照全国第二届颈椎病专题座谈会纪要诊断标准^[1]。男 49 例,女 47 例;年龄 28~67 岁,平均 45.7 岁;病程 2 d~12 年,平均 1 年 4 个月(本次发作 2~19 d);触诊:有颈椎棘突偏歪,棘突及椎旁压痛,钝厚感;转颈试验阳性;X 线片显示:椎间隙变窄 35 例,钩椎关节骨质增生 48 例,椎间关节不稳移位 78 例,生理曲线异常者 39 例。全部病例随机分成治疗组与对照组,每组 48 例,2 组病情、病程、年龄、性别经统计学处理差异无显著性意义,具有可比性。

治疗组:(1)坎离砂制法及使用方法——净铁砂 50 kg,防风 400 g,当归 150 g,川芎 400 g,丹参 500 g。将中药放入锅中加清水 5 kg,米醋 3 kg,煮沸 30 min,同时翻、抄、煮、透,过滤去渣。取经 2 号筛筛过铁砂入锅煅红,倒入以上药液搅匀,迅速盖紧待冷后收贮。热敷时取坎离砂 500 g,用 5% 稀盐酸适量调匀装于 15 cm×20 cm 帆布袋中用布垫好,待升温 20℃ 以上热敷项部 20 min,随时加垫以防烫伤。(2)推拿——患者坐矮凳,治疗师于身后推、揉、拿颈背诸肌 3~5 min,分推额三线,揉太阳、耳垂、晕听区,点按百会、风池穴。如有颈椎小关节紊乱者必须纠正,然后推拿附分、天鼎穴 1 min,点按肩井穴,牵抖头颈。

对照组:采用上海产 CDL-1 型超短波治疗机,频率 40.8 MHz,波长 7.37 m,输出电流 120 mA,项部并置法,间隙 1 cm,微热量,每日 1 次,每次 20 min,推拿方法同治疗组,12 次为 1 个疗程。

疗效标准:痊愈——眩晕等症状和体征消失,恢复正常生活、工作;显效——眩晕等症状和体征基本消失,恢复正常生活、工作;好转——眩晕等症状和体征减轻;无效——症状与体征无改善。治疗期间停止其它治疗,2 组患者治疗 2 个疗程后,评定疗效。统计学分析采用 χ^2 检验。

二、结果

治疗组治疗次数和疗效均优于对照组。2 组患者经 2 个疗程治疗评定结果见表 1。

表 1 2 组患者疗效比较(例)

组别	例数	治疗次数			疗效比较				有效率
		<6 次	7~12 次	>12 次	痊愈	显效	好转	无效	
治疗组	48	20	25	3	21	17	8	2	95.81*
对照组	48	15	21	12	12	15	15	6	87.50

注:与对照组比较, $\chi^2 = 11.24$, * $P < 0.01$

三、讨论

颈性眩晕多发于中老年人群,大多伴有颈肩或颈枕痛等神经根型颈椎病症状,并有椎动脉供血不全的症状,上位颈椎棘突上和枕大神经压痛往往是一重要体征^[2]。引起颈性眩晕的因素很多,主要有以下三点:(1)椎动脉受压发生狭窄闭塞,常见颈椎肥大性脊柱炎时,骨刺压迫椎动脉致椎-基底动脉系统供血不足;(2)颈部交感神经受刺激而致椎动脉痉挛,骨刺刺激或颈椎小关节半脱位后,移位的椎体刺激椎动脉血管周围交感神经,导致椎-基底动脉系统血管痉挛而缺血;(3)颈部肌肉韧带等损伤后反应性水肿,干扰颈部的紧张反射,使得这些病理冲动通过深部感受器官不断经过 C₁、C₂、C₃ 神经后根传入脊髓、脑部,从而引起眩晕等症状^[3]。颈性眩晕在慢性期仅表现为头晕眼花,体位改变,如走路急转弯、急转头或颈过伸过屈时易使眩晕发作。采用坎离砂项部热敷,其热效应使局部血管扩张,增加血运和组织供氧,促进炎症吸收,加上推拿手法可解除压迫与粘连,调整生物力学结构平衡,改善循环条件,促进临床症状好转或消失。同时可使脊柱内外平衡的稳定与协调得到恢复,病变部位的神经血管的容积得到改善,增生随着位置的改变,对周围组织的刺激与压迫会有转机或缓解,即可达到治疗目的^[4]。

坎离砂的主要作用是热作用加药物作用。这种热的产生是坎离砂加醋(或盐酸)而引起的化学热,这种温热作用于组织,可使局部皮肤温度显著升高,毛细血管扩张,可见明显充血,加强局部血循环及物质代谢,改善供血。由于热作用可减低末梢神经的兴奋性,因而可见明显的镇痛、解痉作用。同时在热作用条件下,可提高药物渗透性,充分发挥其活血散瘀,祛风散寒,止痛消肿的作用^[5]。有研究认为,丹参等中药能提高细胞耐氧能力,起到安神、镇静等作用^[6]。因而坎离砂对改善椎-基底动脉供血作用明显,许多患者治疗后即觉头脑清爽。2 组患者同样都是用热因子,推拿手法相同,从治疗次数来看,治疗组患者所需治疗次数明显少于对照组。说明坎离砂结合推拿治疗颈性眩晕急性发作,疗程短、操作简便,有利于基层推广。

参 考 文 献

- 1 孙宇,陈琪福. 全国第二届颈椎病专题座谈会纪要. 中华外科杂志, 1993, 31:472-476.
- 2 赵力力,王玲,等. 颈性眩晕的诊断和康复治疗. 中国康复, 1999, 53: 35.
- 3 郑良佐. 颈性眩晕症 84 例综合治疗观察. 华夏医学, 2000, 13:505.
- 4 马立银. 坎离砂综合治疗颈椎病临床疗效分析. 河北中医, 1993, 15: 285-286.
- 5 中国人民解放军广州部队总医院,主编. 实用理疗学. 北京:人民卫生出版社, 1997. 163.
- 6 王纲. 静脉滴注复方丹参配合牵引及中频治疗椎动脉型颈椎病 207 例. 颈腰杂志, 2000, 1: 59.

(收稿日期:2003-03-02)

(本文编辑:阮仕衡)

作者单位:443400 五峰,湖北省五峰土家族自治县人民医院

· 短篇论著 ·

应用关节松动术、温热磁振疗法治疗肩周炎的临床疗效观察

李辉

肩周炎是肩关节周围炎的简称,又称粘连性关节囊炎、冻结肩或五十肩等。该症多由于肩关节软组织病变,继而引发肩部疼痛、肩关节功能障碍及相关肌肉萎缩为主要表现的临床症状,40 岁以上的人群易患本症,且女性多于男性。我们采用关节松动术、温热磁振疗法治疗肩周炎,并同时与普通针刺疗法进行疗效比较,发现前者疗效满意。现报道如下。

一、资料与方法

共选取 120 例确诊的肩周炎患者,肩周炎诊断参照 1991 年全国第二届肩周炎会议制定的肩周炎诊断标准^[1],将其按就诊顺序随机分为治疗组及对照组。治疗组 60 例,其中男 28 例,女 32 例;年龄 41 ~ 73 岁,平均 48 岁;病程 31 d ~ 2.5 年。对照组 60 例,其中男 31 例,女 29 例;年龄 40 ~ 76 岁;平均 49 岁;病程 28 d ~ 2.8 年。2 组患者一般情况经统计学分析,差异无显著性意义,具有可比性。

治疗组采用肩关节松动术及温热磁振疗法治疗。肩关节松动术采用 Maitland 的 IV 级手法^[2]。治疗中,根据患者的具体病情,分别进行肩关节的头尾、前后、外展滑动、外展内收摆动、屈伸摆动、内外旋摆动、肩关节功能位及外展 15° 位牵引。针对患部疼痛情况相应采用 I ~ II 级手法,如疼痛明显用缓节律,疼痛轻微用快节律。对于关节粘连、僵硬的患者采用 III、IV 级手法,在不增加关节疼痛的情况下进行扩大其活动范围的被动运动,每日 1 次,每次 15 min,10 次为 1 个疗程。温热磁振治疗采用 HM-202 磁振热治疗仪,导子温度约 50℃,并有轻微机械振动,频率(71 ± 5) Hz,磁场强度 170 ~ 630 GS,导子在微振动的同时产生交变磁场,每次治疗 15 min,每日 1 次,10 次为 1 个疗程。患者先采用肩关节松动术治疗,后继续温热磁振治疗,患者于每疗程间休息 3 d。

对照组根据患者病变疼痛部位采取循经取穴治疗。取肩髃、肩髃、臂臑、曲池、外关、阳陵泉等穴,局部常规消毒后,选用 30 号不锈钢针直刺,针刺得气即行提、插、捻、转、平补平泻法,留针 20 min,每日 1 次,10 次为 1 个疗程,患者于每疗程间休息 3 d。

采用 Constant-Murley 法^[3]对 120 例患者进行治疗前、后肩功能评定,共包括 4 个部分:疼痛(15 分)、日常生活活动(20 分)、关节活动度(40 分)、肌力(25 分),总分 100 分。治疗前 2 组患者肩功能评定均在 45 分以下。疗效评定标准为:临床治愈——肩功能评价 ≥ 90 分,显效——肩功能评价 70 ~ 89 分,好转——肩功能评价 46 ~ 69 分,无效——肩功能评价 ≤ 45 分。2 组患者均于治疗 4 个疗程后进行疗效评定。

二、结果

经过 4 个疗程治疗后,2 组患者疗效比较见表 1,临床治愈所需时间比较见表 2。表 1 数据经 Ridit 分析发现,治疗组的临床治愈率、愈显率均明显高于对照组($P < 0.05$ 或 0.01),说明治疗组疗效优于对照组。由表 2 数据可知 2 组患者临床治愈所需天数间存在显著性差异,治疗组临床治愈所需时间明显少于对照组。对 2 组治愈患者进行为期 6 个月 ~ 1 年的随访观

察,治疗组有 3 例复发,对照组有 5 例复发。

表 1 2 组患者疗效比较(例,%)

组别	n	临床治愈	显效	好转	无效	愈显率
治疗组	60	40(66.7)*	15(25.0)	5(8.3)	0(0)	91.7**
对照组	60	24(40.0)	12(20.0)	22(36.7)	2(3.3)	60.0

注:2 组患者疗效经 Ridit 分析,* $P < 0.05$,** $P < 0.01$

表 2 2 组患者临床治愈所需时间比较

组别	治愈例数(例)	治疗时间(d)
治疗组	40	16.90 ± 8.12*
对照组	24	26.11 ± 10.87

注:2 组患者治疗时间经 t 检验, $t = 5.26$,* $P < 0.01$

三、讨论

肩关节是人体活动范围最大的一个关节,具有复杂及特殊的生理结构及生物力学特征。有多种原因可诱发肩关节异常生物力学关系及异常运动模式形成,并导致肩关节的损伤,引起肩关节囊和关节周围软组织的慢性无菌性炎症及疼痛,长期作用可形成软组织粘连、肌肉萎缩。肩部疼痛是最早出现的临床症状之一,疼痛导致患者运动量减少,进而引发周围软组织粘连,形成以肩部疼痛、肩关节功能障碍及相关肌肉萎缩为主症的肩周炎。

针对患者的疼痛、肩关节运动障碍及异常运动模式,我们综合采用了关节松动术及温热磁振疗法进行治疗。关节松动术是现代康复医学中常用且非常有效的治疗技术,可以促进关节液的流动,增加关节无血管区组织的营养供应,防止因活动减少而导致的关节退变^[4],能迅速缓解关节内的异常压力及关节周围肌肉的紧张、痉挛,恢复关节正常的生物力学关系及运动模式,保持和增加关节的伸展性,改善关节活动范围;同时还可抑制脊髓及脑干致痛物质的释放,提高痛阈^[4],缓解疼痛。磁场作用于生物体具有降低末梢神经兴奋性,促进血液循环,加快炎症渗出物的吸收及消散,促进创伤愈合等生物学效应,具有良好的止痛、解痉、消炎及修复作用^[5],机械微振和温热的协同作用更加强了其疗效。

关节松动术、温热磁振疗法治疗肩周炎与临床常用的针灸疗法比较,具有患者痛苦少、易接受、疗程短及见效快等优点,值得临床广泛推广、应用。

参 考 资 料

- 1 郭长发,主编. 肩周炎的诊断与康复. 北京:中国医学科技出版社,1993. 36,37,57,58,135.
- 2 戴红,主编. 康复医学. 北京:人民卫生出版社,1998. 211.
- 3 廖鸿石. 康复医学理论与实践. 上海:上海科学技术出版社,2000. 1746-1747.
- 4 燕铁斌,主编. 现代康复治疗技术. 合肥:安徽科学技术出版社,1994. 64-66.
- 5 郭万学,主编. 理疗学. 北京:人民卫生出版社,1984. 294-295.

(修回日期:2003-05-25)

(本文编辑:易 浩)