

(Vd)、平均血流速度(Vm) 比较有统计学意义($P < 0.05$)。

表 1 两组患者临床疗效比较[例(%)]						
时间	组别	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
1 周	治疗组	0	11	16	13	67.5
	对照组	0	5	15	20	50.0
4 周	治疗组	0	13	18	9	77.5
	对照组	0	7	18	15	62.5
8 周	治疗组	1	17	17	5	87.5
	对照组	0	10	20	10	75.0

表 2 两组患者治疗前后 Vs、Vm、Vd 比较(cm/s, $\bar{x} \pm s$)				
组别	时间	Vs	Vm	Vd
治疗组	治疗前	125.55±12.81	85.56±7.71	56.60±6.26
	治疗后	88.61±11.88	52.81±3.02	42.98±5.62
对照组	治疗前	124.98±13.71	86.32±7.44	58.11±5.04
	治疗后	110.46±11.37	74.17±5.33	49.18±4.38

3 讨论

VBI 是多因素综合所致,绝大多数为颈椎病、脑动

脉粥样硬化、高血压动脉硬化。治疗VBI 的常用药之一是盐酸氟桂利嗪,它具有扩张脑血管,提高脑细胞对缺氧的耐受能力的作用。脉平片主要成分为银杏叶提取物。银杏叶提取物中主要含有银杏黄酮苷和银杏内酯。银杏黄酮具有抗氧化作用,能减少自由基损伤,从而预防过氧化脂质的形成;而银杏内酯是天然的血小板活化因子拮抗剂,它通过对脑缺血再灌注损伤的保护作用,起到防止脑缺血作用。因此,脉平片对脑血循环及脑代谢有较好的改善和促进作用。本临床观察表明,脉平片联合盐酸氟桂利嗪治疗VBI 可显著提高其临床疗效,其疗效明显优于单用盐酸氟桂利嗪组。主要体现在改善 VBI 患者的症状,促进其神经功能缺损症状的恢复;可明显改善 VBI 患者的 TCD 检测指标,促使脑血流速度改善。因此,脉平片联合盐酸氟桂利嗪治疗VBI 是一种行之有效的方法。

* 陕西省延安大学附属医院外科(716000)

传统手法与 Mckenzie 技术结合治疗 颈椎间盘突出症 50 例

张道鹏* 黄广灵* 刘 正* 罗 颺*

颈椎间盘突出症是引发颈肩痛、上肢疼痛麻木的常见病,由于颈椎间盘弹性减退,遭受急性或慢性的外力或过度活动所致,其后方的纤维环破裂,纤维环和髓核突出引起颈神经根受累,再加之受寒冷刺激或不良姿势的诱发而发生相应的临床症状。我科治疗颈椎间盘突出症共 150 例,观察发现传统手法与 Mckenzie 技术结合治疗效果良好,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

150 例均为我院临床诊断,并经 CT 或 MRI 检查确诊为颈椎间盘突出症的患者。随机分为 3 组,传统手法与 Mckenzie 技术结合治疗组(以下简称"结合组") 50 例,男 24 例,女 26 例,年龄 31~86 岁,病程 2 天~10 年;传统手法组 50 例,男 20 例,女 30 例,年龄 30~81 岁,病程 1 天~9 年;Mckenzie 技术治疗组(以下简称"Mckenzie"组) 50 例,男 21 例,女 23 例,年龄 30~65 岁,病程 3 天~9 年。治疗 20 次为一个疗程,一般治疗 1~3 个疗程,每 5 次休息 2 天,每疗程间隔休息 1 周,相

当于 3 个月治疗期,3 组一般资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$) 具有可比性。

1.2 诊断标准

①有反复颈项痛病史;②有颈项痛、肩胛部痛疼及上肢酸麻胀痛、乏力、发凉等症状;③患侧颈部肌肉紧张,颈部活动受限,颈部活动往往引发上肢放射性痛疼或麻木;④患侧颈椎棘上、棘旁、棘间、棘间旁压痛(+);⑤上肢受累神经支配区有感觉过敏或迟钝,病程长者可出现上肢肌肉萎缩乏力,力量减退等,手内在肌握拳无力,尺骨骨反射减弱或消失,可有 Horner 征;⑥ X 线检查可见颈椎生理曲度改变,病变颈间隙变窄,相邻边缘有骨质增生,CT、MRI 扫描检查科显示椎间盘突出部位及程度。

1.3 排除标准

①椎动脉型颈椎病、落枕等;②合并有严重感染、心脑血管、肝肾及造血系统等原发性疾病、精神病患者;③颈椎外伤骨折、脊髓损伤患者;④肿瘤放射痛及肿瘤骨转移患者;⑤手术后病情再次复发者。

2 方法

2.1 传统手法治疗

患者正坐,医者先分别按揉风池、天鼎、缺盆、肩井、肩中俞、肩外俞、肩髃、曲池、手三里、合谷、小海、内关、外关、神门、列缺等穴,然后医者立于患者背后,用滚法放松颈肩部、上背部及上肢的肌肉约5~10min,再用拿法、拿揉颈项部并配合推桥弓、推肩臂部,随后作颈项部拔伸法(配合颈椎牵引时可不需做颈项部拔伸法)。

2.2 Mckenzie 技术治疗法

①头部后缩,向前平视,让自己完全放松,将头慢慢而平稳地后移,尽量拉至最后,同时应尽量将下巴向后缩,保持几秒钟后放松;②头部后仰,重复练习,接着提起下巴,头望天后倾至最大幅度,将鼻子在中线两旁2cm的位置左右摆动;③颈部侧弯,头部向患侧侧曲,用患侧手放在头顶,轻轻而牢牢地将头拉向患侧至最大幅度;④颈部旋转,使头最大幅度转向患侧,可用双手帮忙使头转向更大;在医生的指导下运动,运动方向以不加重患者的症状为原则,颈部活动后能产生“向心化现象”(疼痛集中至颈部),并要求回家后进行自我运动,每个动作反复做10~15次,每天做7~8次。

2.2 结合治疗方法

①用传统手法给以常规施治;②用手法或机械进行颈椎牵引;③将Mckenzie技术融于传统手法中,帮助患者做“颈部后缩”,“头部后展”,“颈部侧弯”,“颈部旋转”等运动。在急性疼痛期,颈部只向患侧扳动,勿需两侧对称扳动;④要求患者在接受临床治疗后,回家进行Mckenzie技术的自我锻炼。

3 结果

3.1 疗效评定

参照1995年实施《中医病证诊断疗效标准》:治

愈:原有病症消失,肌力正常,颈、肢体功能恢复正常,能参加正常的劳动和工作;好转:原有症状减轻,颈、肩背疼痛减轻,颈、肢体功能改善;未愈:症状无改善。

3.2 治疗结果

结合组50例,治愈26例(52%),好转21例(42%),未愈3例(6%),总有效率94%;传统手法组50例,治愈19例(38%),好转17例(34%),未愈14例(28%),总有效率72%;Mckenzie组50例,治愈17例(34%),好转18例(36%),未愈15例(30%),总有效率70%。3组患者治疗结果比较,结合组总有效率优于其他两组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

4 讨论

关于颈椎间盘突出症的诊断,由于临床症状和体征必须结合CT或MRI检查方能明确诊断,而放射诊断X线检查不能报告颈椎间盘的病变,只能报告颈椎退行性改变,骨质增生及椎间隙变窄等。其实绝大多数神经根型、脊髓型颈椎病患者是因为未做CT或MRI检查而不能确诊为颈椎间盘突出症。颈椎间盘突出由于其突出无刺激局面组织血管、神经、脊髓更能引起临床症状,所以颈椎间盘突出症应该是临床颈椎病中最常见的多发病之一,诊断为此病的多数人都很紧张,担心会导致瘫痪,在骨科就诊时医生往往提出给患者实施手术的治疗方案。当今手术治疗后患者恢复并不十分理想,而且因手术后造成椎体的不稳定,致使其他未手术的颈椎间盘突出,因而复发率较高,后遗症亦较多。本研究通过临床观察传统手法与Mckenzie技术结合治疗不失为一种良好的治疗颈椎间盘突出症的方法之一。

* 华中科技大学同济医学院附属梨园医院康复中心(430077)

中药配合牵引治疗颈椎病 86 例

刘 少 林*

颈椎病是临床常见病,以中老年多见,严重影响患者日常生活和工作。我卫生院门诊自2007年3月~2010年12月采用承德颈复康药业集团有限公司生产的山庄牌颈复康颗粒配合对抗牵引治疗颈椎病86例,现介绍如下。

1 临床资料

治疗组86例,其中男41例,女45例,病程50天~

6年。X线片显示:颈椎生理前突消失者40例,后突消失16例,C_{4~5}椎间隙狭窄19例,C_{6~7}椎间隙狭窄8例,C_{3~7}椎体前后缘有骨刺生成者35例。

对照组78例,其中男36例,女42例,病程30天~4年。X线片显示:颈椎生理前突消失者31例,后突消失26例,C_{4~5}椎间隙狭窄12例,C_{6~7}椎间隙狭窄7例,C_{3~7}椎体前后缘有骨刺生成者31例。