

进一步改善卒中后抑郁患者的抑郁焦虑情绪和心境,获得更好的神经功能和生活能力的康复,必须要在神经递质这一物质水平进行干预。度洛西汀是 5-羟色胺和去甲肾上腺素再摄取的双重抑制剂,它通过抑制其再摄取而提高这两种神经递质的脑内浓度,改善抑郁症状。本研究发现,度洛西汀治疗组的患者经过治疗,情绪低落、兴趣减退、被动消极的情绪和心境逐渐改善,患者逐渐积极主动的配合及参与治疗和康复训练,神经功能缺损评估明显降低,Barthel 指数明显提高,神经功能恢复及 ADL 能力均有显著改善,与另外两组对比有明显的差异。

综上所述,作者认为,度洛西汀联合康复训练及常规药物治疗,比康复训练和单纯的常规药物治疗更加显著地改善卒中后抑郁患者的情绪心境、显著促进神经功能和 ADL 能力的改善,能够使患者更快地回归家庭及社会。

参考文献

- [1] Johnson JL,Minarik PA,Nystrom KV,et al.Poststroke depression incidence and risk factors: an integrative literature review [J]. J Neurosci Nurs, 2006, 38(4 Suppl): 316—327.
- [2] Bhogal SK, Teasell R, Foley N, et al.Lesion location and poststroke depression:systematic review of the methodological limitations in the literature[J]. Stroke, 2004,35:794—802.
- [3] 勾丽洁,许士奇.脑卒中后抑郁的临床研究进展[J].中国康复医学杂志,2007,22(9):857—860.
- [4] Robinson RG, Kubos KL, Starr LB, et al. Mood disorder in stroke patients:importance of location of lesion [J]. Brain, 1984,107(1):81.
- [5] 炎彬,邢东明,孙虹,等.脑缺血再灌注小鼠脑内不同神经核团单胺递质及其代谢产物的变化[J].中国药理学通报,2003,19(11): 1264—1269.
- [6] 韩冰,冉春风,何扬子.脑卒中后抑郁症的社区心理康复研究[J].中国康复医学杂志, 2009,24(2):177—178.
- [7] 勾丽洁,许士奇.脑卒中后抑郁的发病相关因素研究[J].中国康复医学杂志,2007,22(5):437—439.

·短篇论著·

单侧腰椎间盘突出症致对侧下肢痛康复治疗的临床研究

詹文吉¹

腰椎间盘突出症是最常见的腰腿痛疾病之一,发病时对患者的工作和生活都造成很大影响,且有易复发的特点。绝大多数患者经过积极恰当的保守治疗均可获得较满意的恢复^[1-3]。常用的治疗方法主要包括牵引、推拿、针灸、理疗、Maitland 的脊柱关节松动术、McKenzie 脊柱力学治疗法等^[4]。特殊类型的腰椎间盘突出症,如高位腰椎间盘突出症、极外侧型腰椎间盘突出症、妊娠期腰椎间盘突出症等已有文献报道,但对单侧腰椎间盘突出症导致对侧下肢痛的病例报道较少。本文观察了 2006 年 4 月—2009 年 3 月在我科治疗的单侧腰椎间盘突出症致对侧下肢痛患者 30 例,经康复治疗后取得较满意的疗效,并与单侧腰椎间盘突出症致同侧下肢痛者进行对比,分析康复治疗的有效性。

1 资料与方法

1.1 一般资料

78 例符合腰椎间盘突出症诊断标准^[5]并确诊为单侧腰椎间盘突出症患者(来源于我科门诊和病房),按腰椎间盘突出方向与下肢痛的关系分为治疗组 30 例,对照组 48 例,两组患者所用治疗方法相同,均知情同意并愿意完成全部治疗。

治疗组患者纳入标准:①腰痛伴单侧臀腿放射痛;②腹压增加时下肢放射痛加重;③脊柱侧弯,腰椎生理前凸减小或消失,病变椎间盘患侧椎旁压痛、叩击痛、放射痛,直腿抬高试验阳性;④腰椎正侧、左右斜、动力位 X 线片显示无骨质破坏者;⑤腰椎螺旋 CT 或 MRI 扫描显示椎间盘向椎管一侧突出,且突出方向和下肢痛相反者。

排除标准:①患有腰椎结核、椎管肿瘤、腰椎滑脱、腰椎不稳及螺旋 CT 或 MRI 示髓核脱出、游离或严重压迫马尾神经致大小便功能障碍者;②合并有严重的内脏病变、其他严重代谢异常疾病、精神疾病及体质虚弱不能耐受治疗者。

对照组患者纳入标准:①腰椎螺旋 CT 或 MRI 扫描显示

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2010.05.021

1 福建省漳州市中医院康复科,363000

作者简介:詹文吉,男,副主任医师;收稿日期:2009-05-10

椎间盘向椎管一侧突出,且突出方向和下肢痛相同者;②其他纳入和排除标准同治疗组。

治疗组男 13 例,女 17 例;年龄(39.23±9.94)岁;病程(7.71±5.36)个月;L4/5 椎间盘突出 12 例,L5/S1 椎间盘突出 11 例,L4/5、L5/S1 椎间盘突出 7 例。对照组男 28 例,女 20 例;年龄(41.23±10.45)岁;病程(8.28±5.19)个月;L4/5 椎间盘突出 18 例,L5/S1 椎间盘突出 20 例,L4/5、L5/S1 椎间盘突出 10 例。两组患者一般资料比较差异无显著性($P>0.05$),有可比性。

1.2 治疗方法

腰椎牵引:采用 SS-124-TDY1 型微机控制牵引床(天津)。方式选 B(间歇牵引),治疗时患者解除腰带,暴露腰部,仰卧于电动腰椎牵引床上,胸部和腰部分别固定,患椎间隙与两固定板间隙相对应。治疗参数根据症状体征及影像学结果设置,一般先测出患者能耐受的最大牵引力 F1,然后行腰椎间歇牵引 30min(假设 F1 为 40kg,则设置参数为牵引 40kg,松弛 20kg,最大牵引力下的牵引时间 3min,松弛牵引力下的牵引时间 1min,总牵引时间 30min),每周 6 次,12 次为 1 疗程。

推拿疗法:患者俯卧或侧卧,从下胸至骶部的整个腰区先行滚法、揉法,弹拨双侧骶棘肌及 L3 横突处,依次点按阿是穴、肾俞、腰阳关、大肠俞、环跳、委中、承山、足三里等手法以达到放松肌肉的目的。在放松手法基础上,适当采用腰部后伸扳法、腰部斜扳法、新直腿抬高扳法等手法进行治疗。每次推拿 10—15min,每周 3 次,6 次为 1 疗程。

中药疗法:按中医辨证施治,血瘀证者方用本科协定方腰腿痛 I 号方(归尾、赤芍、土鳖、牛膝等)以活血化瘀、理气止痛;寒湿证者方用本科协定方腰腿痛 II 号方(制川乌、制草乌、细辛、独活等)以散寒除湿、通络止痛;湿热证者方用本科协定方腰腿痛 III 号方(黄柏、苍术、牛膝、薏苡仁等)以清热利湿、除痹止痛。肝肾亏虚者方用本科协定方腰腿痛 IV 号方(杜仲、巴戟天、熟地、牛膝等)以补益肝肾、强筋壮骨。中药首次加水 500ml 煎取 150ml,次日渣加水 400ml 煎取 100ml,饭后温服,隔日 1 剂,7 剂为 1 疗程。

功能训练:急性期前几天主要以卧硬板床休息为主,下床要腰围护腰。若腰椎生理曲度平直或反弓者,可行腰部垫枕,层厚逐渐增加。2—7d 后疼痛缓解则行腰背肌、腹肌功能锻炼,运动量应循序渐进,以患者能耐受为度。方法如仰卧位腰背肌、腹肌“等长收缩”练习,拱桥法,直腿抬高训练;俯卧位“飞燕点水”等。痊愈后坚持游泳,后退走练习。

健康教育:腰椎间盘突出症以青壮年发病多见,加强对大众的健康教育,提醒人们纠正日常生活中的不良习惯,“防患于未然”。如平时注意腰部保暖,睡时卧硬板床,保持睡眠充足;多食清淡、富含纤维素食物,忌辛辣燥热、生冷寒凉之品;避免久坐、久立、久行,忌弯腰持重物、急转、猛蹲、骤起等

动作,避免坐低矮板凳及软沙发。

1.3 疗效评定

采用日本矫形外科学会(JOA)腰痛评分标准^[7]进行评分,满分 29 分,根据治疗前及治疗 1 个疗程后的评分进行功能评定。治疗 1 个疗程后参照腰椎间盘突出症疗效评定标准进行疗效评定^[8]。治愈:腰腿痛消失,直腿抬高 70°以上,能恢复原工作。好转:腰腿痛减轻,腰部活动功能改善。未愈:症状、体征无改善。

1.4 统计学分析

计量资料以均数±标准差表示,应用 SPSS16.0 软件,采用 χ^2 检验和 t 检验。

2 结果

2 组患者采用相同治疗方法治疗 1 个疗程后,腰痛评分都增加,与治疗前比较差异有非常显著性($P<0.001$)。治疗后 2 组间进行评分及治疗前后变化评分比较差异无显著性($P>0.05$),见表 1。治疗组治愈率、好转率、未愈率与对照组比较差异无显著性($P>0.05$),见表 2。

表 1 两组腰痛评分比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	治疗前	治疗后	治疗前后变化
治疗组	14.50±3.63 ^②	25.27±1.95 ^{①②}	10.77±4.23 ^②
对照组	14.88±3.57	24.78±2.19 ^①	9.91±4.04

①与治疗前比较 $P<0.001$;②与对照组比较 $P>0.05$

表 2 治疗后两组疗效比较

组别	例数	治愈		好转		未愈		总好转率 (%)
		例	%	例	%	例	%	
治疗组	30	20	66.67 ^①	9	30.00 ^①	1	3.33 ^①	96.67
对照组	48	27	56.25	19	39.58	2	4.17	95.83

①与对照组比较 $P>0.05$

3 讨论

单侧腰椎间盘突出症导致对侧下肢放射痛的原因目前仍存在较大的争议。从螺旋 CT、MRI 影像学角度来看,发生的机制可能是:①一侧椎间盘髓核突出,可将硬膜囊与马尾推向对侧,同时突出的椎间盘引起椎管狭窄或本身合并椎管狭窄,导致对侧神经根间接受到压迫刺激,出现炎性水肿改变引起症状。②突出的髓核游离与症状侧神经根存在粘连,可能是引起疼痛的原因之一。③椎间盘髓核突出较大及椎管狭窄可能是此类疾病的诱发因素^[9]。

目前引起腰椎间盘突出症症状体征的学说主要有机械压迫、化学性神经根炎、自身免疫反应等,其病因可能与下列因素有关:①炎症因子对神经根的作用:Doita 等研究表明髓核边缘有炎细胞浸润,认为椎间盘突出侧无症状可能是受到单纯机械性压迫或长期受压麻痹,而症状侧神经根局灶性炎症所致^[9]。②传导痛觉的脊髓丘脑侧束在上行过程中有不交

叉的纤维:肢体的痛觉冲动进入脊髓侧角,在此中继后斜过白质前联合到对侧侧索分成两路,一路通过脊髓丘脑侧束直达丘脑腹外侧核,另一路在胶状质和脑干网状结构中多次中继后终于丘脑腹内侧核。③自身免疫反应:因椎间盘髓核组织是体内最大的、无血管的封闭结构组织,与周围循环毫无接触,其营养主要来自纤维环的弥散作用。故人体髓核组织被排除在机体免疫机制之外,当椎间盘损伤或病损后,髓核突破纤维环或后纵韧带的包围后,在修复过程中新生血管长入髓核组织,髓核与机体免疫机制发生密切接触,髓核基质里的糖蛋白和 β -蛋白质便成为抗原,机体在这种持续的抗原刺激后,免疫反应因此而产生。所以在腰椎间盘突出症的治疗中,部分患者应用激素治疗,也是利用了该药其中的免疫抑制药理作用之一。④单(多)个椎体位移:由于损伤和/或退变,造成下肢症状与椎间盘突出方向相反,引起了脊柱内外平衡因素失调,导致了单(多)个椎体位移,刺激、压迫和牵拉了对侧相应的组织和神经而出现临床一系列的临床症状^[10]。

椎间盘压力在坐位时最高,站立时居中,平卧位最低。因此,患者平卧硬板床休息,可使椎间盘的压力降至最小。腰部垫枕有利于腰椎生理曲度的恢复。椎间盘牵引的力度高于一一般的腰椎持续牵引,更有利于加大椎间盘的负压,使椎间隙增宽,后纵韧带绷紧而产生向前张力,有利于突出物的复位、椎管及侧隐窝容积增大,使突出物与神经根及硬膜囊发生位移,减轻或消除对神经根及硬膜囊的压迫和刺激。推拿疗法可放松肌肉,纠正腰椎后关节紊乱,改变突出物与神经根、硬膜囊的相对位置,松解粘连,消除或减轻对神经根、硬膜囊的压迫和刺激。本组资料显示,两组在治疗前评分、治疗后评分、治疗前后变化评分以及治愈率、好转率方面比较,差异无显著性;但两组治疗后评分与治疗前评分比较,差异有非常显著性。尽管对照组症状侧神经根存在直接压迫刺

激,治疗组症状侧神经根不存在直接压迫刺激,但是,两组患者经牵引、推拿、中药等相同康复治疗均获得较好的疗效。说明两组发病机制有所不同,但治疗机制相同。总之,不管单侧腰椎间盘突出症致对侧或同侧下肢痛,均可采用康复治疗。若经过两周康复治疗无效或反复发作,具有手术指征者可考虑手术治疗。由此可见,康复治疗是治疗单侧腰椎间盘突出症致对侧下肢痛的有效方法之一,与单侧腰椎间盘突出症致同侧下肢痛的疗效差异无显著性意义。若患者病情允许,应先行两周的康复治疗后再考虑是否手术治疗,这样可以尽量避免手术。

参考文献

- [1] Rothoerl RD, Woertgen C, Brawanski A. When should conservative treatment for lumbar disc herniation be ceased and surgery considered[J]? Neurosurg Rev, 2002, 25: 162—165.
- [2] 郭伟, 刘益善, 毕永民, 等. 腰椎间盘突出与根性征关系的研究[J]. 中国康复医学杂志, 2007, 22(11): 1039.
- [3] 黄国付, 张红星, 张唐法. 夹脊平衡电针治疗腰椎间盘突出症的临床研究[J]. 中国康复医学杂志, 2008, 23(3): 235—237.
- [4] 徐晖, 吴镇阳, 吴晓楠, 等. McKenzie 技术治疗腰痛临床效果的综合评价[J]. 中国康复医学杂志, 2007, 22(2): 138—141.
- [5] 国家中医药管理局. 中医病症诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994. 214—215.
- [6] 詹文吉. 介绍一种新直腿抬高法[J]. 现代康复, 1997, 1(2): 125.
- [7] 刘云鹏, 刘沂. 骨与关节损伤和疾病的诊断分类及功能评定标准[M]. 北京: 清华大学出版社, 2002. 246—247.
- [8] 康两期, 陈卫, 丁真奇, 等. 临床症状与髓核突出左右不一致的腰椎间盘突出症的诊治[J]. 临床骨科杂志, 2008, 11(2): 144—146.
- [9] 吴术红, 张亦南, 龙树明, 等. 单侧腰椎间盘突出致对侧下肢痛的原因及治疗[J]. 实用骨科杂志, 2006, 12(5): 430—431.
- [10] 韦良渠, 韦颖, 高相晶, 等. 手法治疗相反型腰椎间盘突出症患者 20 例[J]. 中国临床康复, 2006, 10(47): 15—17.

· 短篇论著 ·

大学生侧卧位舒适枕高与肩髁距的相关性研究*

张 芳¹ 林海燕¹ 蒋松鹤^{1,3} 陈海丽¹ 卢群略¹ 余 清²

近年来,大学生颈椎病越来越受到关注,调查显示其发病率呈增长趋势^[1],且多与慢性劳损有关^[2],X 线表现为颈椎曲度的改变及失稳^[3]。由于青年颈椎病的始发症状多表现为颈肩部疲劳及酸胀不适^[4],因此,早期采取多种措施恢复颈部

疲劳,防止出现慢性劳损和颈椎失稳显得十分重要。除颈部康复操有一定预防作用外^[5],人一生有 1/3 的时间与枕垫相伴, Erfanian 等^[6]用半定制颈枕治疗颈痛伴有头痛患者时,设计了 4 种不同高度的枕垫供不同肩宽的患者选择,说明枕

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2010.05.022

* 基金项目:浙江省中医药科技基金(2002y010)

1 温州医学院附属二院康复理疗中心, 325027; 2 温州医学院基础学院; 3 通讯作者
作者简介:张芳,女,医学硕士; 收稿日期:2009-04-21