

颈部物理治疗结合常规药物治疗改善中老年腰椎术后头晕症状

李海花

广东省中医院珠海医院, 广东 广州 519000

摘要:目的:检测我院在常规用药基础上,增加颈部中药热敷和浸中药的电脉冲刺激对腰椎融合内固定术后头晕的疗效。方法:在我院脊柱外科行腰椎融合内固定手术的68例患者随机分成两组,对照组34例采用常规的药物治疗,实验组34例在常规用药基础上增加颈部中药热敷和浸中药的电脉冲刺激治疗。根据两组的头晕缓解程度,进行疗效评定。结果:实验组明显好转率64.7%,总有效率85.3%,对照组明显好转率32.3%,总有效率61.8%,两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论:配合应用颈部物理治疗中老年人腰椎融合内固定术后头晕疗效明显稳定。

关键词:眩晕;术后;热敷;电刺激

引言

头晕是中老年人常见症状,其原因可能包括:耳源性、眼源性、颈源性、神经源性、药物性、颅内肿瘤等占位性病变及动脉粥样硬化等。临床行腰椎融合内固定术中,患者强迫俯卧体位,且术后需较长的卧床休息时间,导致患者椎动脉血流受限或上位颈神经受压,术后多发生严重头晕症状^[1]。上述症状又进一步延迟了患者下地行走时间,不利于术后康复。本研究包括2019年3月至2019年10月在我院脊柱外科行腰椎融合内固定手术的68例中老年患者,所有患者术后均存在明显头晕症状。实验组在临床常规药物治疗的基础上,再采用我院独特的颈部中频脉冲中药离子导入和八子散热敷法。对比上述方法与仅使用常规药物治疗法对缓解腰椎融合内固定术后头晕的疗效。

1 材料和方法

1.1 临床资料

68例均为2019年3月至2019年10月来本院脊柱外科住院行腰椎融合内固定手术的术后头晕患者。按随机数字表法随机分为两组:实验组34例(男19例,女15例,年龄 63.4 ± 9.9 岁),对照组34例(男13例,女21例,年龄 63.0 ± 10.1 岁)。两组患者术后均有头晕或眩晕、头痛、耳鸣,及不同程度的颈痛等临床症状。经统计,两组病人在年龄、性别、临床症状等方面均无统计学差异。见表1

表1 两组一般资料比较

级别	例数	性别(例)		年龄(岁)	临床症状(例)		
		男	女		眩晕	耳鸣	颈痛
对照组	34	13	21	63.0 ± 10.1	34	16	22
实验组	34	19	15	63.4 ± 9.9	34	21	18
P		>0.05		>0.05		>0.05	

纳入标准:(1)行腰椎融合内固定手术后明显头晕的患者;(2)符合中医头晕病的诊断;(3)参照卫生部药政司1993中药新药临床研究指导原则拟定的眩晕症诊断标准^[1]。1)有典型的眩晕症状:自身有旋转或晃动感,或目眩,或视物有旋转感,或自觉头晕,昏沉或晕胀不适。2)可有反复发作史。(4)愿意接受颈部物理治疗者。

排除标准:(1)高血压病脑出血,颅内占位性病变或其他疾病手术等导致的头痛头晕;(2)意识不清者;(3)合并严重心脑血管或肝肾等疾病或严重精神疾病者。

1.2 实验分组

对照组:单纯临床常规药物治疗,实验组同时使用中药热敷,浸中药的电脉冲刺激及常规药物治疗。具体治疗方法为:(1)中药热敷:使用经盐腌制的中药八子散,再经加热后颈部热敷。每天一次,每次20分钟,疗程7-10天。(2)浸中药的电脉冲刺激:使用电脑中频治疗仪的中频脉冲电流,并将电极经中药浸泡,中药采用杜仲、红花、当归、丹参、白芍等浸出液。治疗时电极板置于颈后部,电流剂量为耐受量,每天一次,每次20分钟,疗程7-10天。(3)常规药物治疗:使用临床常规药物,包括血管扩张药物、钙离子拮抗剂和抗组胺药物等。

1.3 疗效判定标准

以无眩晕为0分,剧烈眩晕不能忍受为10分,在给予治疗的第七天要求患者自我评价眩晕分数,分别通过询问患者进行疗效判断,结果由两位以上具有经验的医师判断。根据眩晕缓解程度进行评分,评分标准^[2]为:(1)完全缓解:自觉眩晕等级症状及体征消失,眩晕分数为0分;(2)明显缓解:自觉眩晕等级症状及体征明显好转,不影响正常生活工作,眩晕分数为1-3分;(3)部分缓解:自觉眩晕等级症状及体征部分好转,但变换体位时可诱发,部分伴随症状或体征仍存在,眩晕分数为4-7分;(4)无效:自觉眩晕等级症状及体征无改善,眩晕分数为8-10分。

1.4 统计学处理

采用SPSS16.0统计软件,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料采用t检验。

2 结果

所有患者都完成了观察,结果见表2。经统计学处理, $\chi^2=7.967$, $P=0.047 < 0.05$,两组疗效差异有显著性意义,实验组明显好转率、总有效率明显高于对照组。

表2 治疗效果评定(%)

组别	例数	完全缓解	明显缓解	部分缓解	无效
实验组	34	12 (35.3%)	10 (29.4%)	7 (26.5%)	5 (14.7%)
对照组	34	5 (14.7%)	6 (17.6%)	10 (29.4%)	13 (38.2%)

3 讨论和结论

解剖学研究发现,高位颈神经包括第1-4颈神经与头痛关系密切。当这些颈神经受卡压或炎症刺激时,可出现牵涉性头部疼痛、颈痛、耳鸣、眼胀及嗅觉和味觉改变等表现。

腰椎融合内固定手术患者术中强迫俯卧体位,颈部肌肉持续收缩,颈部肌肉血管受压供血减少,引起颈部肌肉痉挛而疼痛,使上位颈神经受卡压或炎症刺激;手术后患者因为术区疼痛出血等原因造成机体应激,血中儿茶酚胺类药物如去甲肾上腺素增加,交感神经兴奋,造成血管痉挛,使脑供血减少。另外,患者凝血机制激活,血小板活性增强,血栓素及氧自由基等炎性介质增加,一方面加重血管痉挛,另一方面也可能通过影响大脑细胞膜的稳定性及通透性而影响脑细胞的物质代谢^[3]。而患者手术后较长时间卧床也可以延缓机体血液循环进而影响脑细胞的物质代谢^[4]。以上多种因素的综合作用可导致患者出现头晕头痛等症状。

颈部物理治疗能通过兴奋神经肌肉组织,扩张毛细血管,镇痛起到治疗作用。低中频脉冲电流有兴奋神经肌肉组织,使皮肤温度上升,小动脉和毛细血管扩张,促进局部血液和淋巴循环,止痛作用。电脑中频治疗仪,综合中频脉冲电流,药物导入于一体,利用平稳脉冲的中频电流进行,加用杜仲、红花、当归、丹参、白芍等活血通经,祛瘀止痛的中药浸出液作离子导入,达到综合治疗,起到活血化瘀,行气止痛,消炎,松解粘连,促进血液循环功能和神经功能恢复^[5]。八子散疗法温度选择40-50℃,作

用于皮肤的热感器,引起周围血管扩张,血管通透性增加,起到舒筋通络,改善组织循环和组织营养。

本研究的不足是经过颈部物理治疗腰椎融合内固定术后卧床引起的头痛头晕后,临床的疗效的好转仅以患者自觉症状的改善为判断依据,后续研究中为了更好地观察其疗效,将会选择如超声多普勒等检查通过脑血流变化情况来探讨颈部物理治疗的临床疗效机制,以便更好地为临床服务。另外,头晕症状是自限性疾病,故其有效性存在高估的风险,尚待更多的研究证实。

总之,本研究证实了在临床常规药物治疗的基础上,同时使用颈部中频脉冲中药离子导入和八子散热敷法对缓解腰椎融合内固定手术后卧床患者头晕症状的疗效。且该方法具有疗程短,疗效稳定,治疗过程中未见明显不良反应等特点,是临床的一个较好的选择。

参考文献

- [1] 薛慧,崇奕,蒋子栋,等. 神经内科眩晕/头晕患者的病因分析[J]. 中华医学杂志, 2018, 98(16):1227-1230.
- [2] 刘红梅. 眩晕症的中医症候和多元分析初步研究. 中国中医科学院 2003 级硕士研究生学位论文
- [3] 张慈凤,李胜活,潘翠环. 超声波联合中药离子导入对椎-基底动脉供血不足的疗效观察[J]. 广东医学, 2013, 05, 34(10):1532-1533.
- [4] 沈红娟,朱政文. 天眩清注射液辅助治疗梅尼埃病的临床观察[J]. 中国药房, 2016, 27(14):1986-1988.
- [5] 于建锋,王冬香,张劫,等. 中医辨证疗法辅治眩晕症的临床疗效观察[J]. 临床合理用药杂志, 2018, 11(35):37-38.