

· 专题讨论 ·

有关 McKenzie 技术应用的几个问题

徐军

McKenzie 技术在我国推广、应用已届 5 年,其间有不少综述对 McKenzie 技术及其进展情况进行了详细介绍^[1,2]。该技术作为下背痛及颈痛等疾患常见的治疗手段之一,大家对它的认识或许已更多地从初接触时的新奇转向了实践后的理性。本文以客观、审慎的态度对 McKenzie 自身特点、国外应用现状、近年来研究的进展及应用时需注意的问题进行简要回顾及分析,以达到更有利于临床治疗的目的。

一、McKenzie 技术自身的特点

1. McKenzie 技术是兼有诊断内容的治疗技术,但是其诊断方法与常规诊断标准不同。McKenzie 技术将下背痛及颈痛分为 3 个不同的综合征,并以此为基础采用针对性的治疗措施^[3],这是其主要特点之一;但是 McKenzie 技术中的 3 个综合征与常规诊断标准缺乏很好的对应关系,因此在具体应用时需特别注意这一点。

2. McKenzie 技术基本属于运动疗法范畴,但具体应用时有一定特殊之处。无论是从 McKenzie 本人所定义的力学疗法 (mechanical therapy) 来看,还是从其具体操作方法分析,McKenzie 技术均可归类为运动疗法范畴。但是,McKenzie 技术主要以伸展训练为主,必要时也需采用一些特殊的手法,并且以后还要求应用专门的家庭运动疗法程序保持治疗效果。因此,McKenzie 技术也可以认为是一种综合性的治疗手段。

3. McKenzie 技术更多地强调了主动治疗、自我治疗和积极预防的观点^[3]。如:①McKenzie 本人对卧床休息、支撑/腰围等被动治疗手段持不完全支持观点,认为患者不宜长期卧床,以避免产生继发性功能障碍;支撑/腰围的治疗作用有限,长期使用还可促使患者不良功能形成,被动治疗仅在某些适宜的情况下使用。②McKenzie 同时认为,患者通过改变和保持新姿势 (静态方法) 或反复运动训练 (动态方法) 而自我形成的治疗力量远较治疗师参与的常规治疗 (如按摩、松动术、手法、牵引等) 强大,能潜在提高患者的治疗效果,进而减少患者依赖,增强其独立性。藉此,McKenzie 还专门著有指导患者自我治疗的《Treat your own back》、《Treat your own neck》两书。③McKenzie 不仅注重康复治疗,同时也要求给予患者足够的预防知识指导,如针对患者不良坐姿、反复屈曲等易患因素加强预防指导,尤其是在患者久坐、持续弯腰、提举重物或腰痛复发时尤为重要。

二、近年来国外 McKenzie 技术应用现状

近 5 年来的多项国外研究结果表明,McKenzie 力学诊断治疗技术仍是治疗下背痛的主要手段之一^[4,5],McKenzie 技术在《Grieve's modern manual therapy》(第 2 版,1994 年)、《Physical therapy of the low back》(第 2 版,1994 年)及 DeLisa 主编的《Rehabilitation medicine: principles and practice》(第 3 版,1998 年)等有关专著中均占有一定篇幅。值得注意的是,在 DeLisa

主编的最新版《Rehabilitation medicine: principles and practice》(第 4 版,2004 年)第 27 章《Disorders of the Cervical Spine》^[6]、第 28 章《Low Back Pain》^[7]中,有关 McKenzie 技术的内容增加较多,参考文献数量也较以前有了显著增加。

三、近年来国外对 McKenzie 技术的研究进展

对 McKenzie 技术中的诊断、评定体系进行研究后发现,重复运动试验具有良好的信度及诊断应用价值,并有助于手术患者的筛选^[8],如向心化现象可作为慢性下背痛及失能患者的预后判断因素^[9]。

目前临床对 McKenzie 技术的疗效有了更深入的研究,其主要结论包含两个方面:一是该技术的治疗效果与其它治疗方法 (如肌力训练、手法操作或松动术等) 比较,其疗效间具有相似性^[10-13];二是对其远期疗效的评定,如经为期 55 周的随访调查后发现,患者对 McKenzie 治疗的满意率较高,其受损神经的恢复情况良好,患者经 McKenzie 治疗后的就业率较高,且外科手术干预率低^[14]。因此,基本上可以认为 McKenzie 技术是诊断、治疗下背痛和颈痛等疾患十分有用的方法之一。

以往有关 McKenzie 技术的文献报道主要集中在下背痛治疗方面,目前涉及该技术治疗颈痛的文献报道数量较过去有所增加,且结果多表明 McKenzie 疗效明显优于普通运动疗法^[15];另还有一些对 McKenzie 潜在副作用的研究观察,如有资料表明,反复采用 McKenzie 治疗可能对患者心血管系统有一定程度的影响,应密切监测患者以防止此类危险因素产生严重后果^[16]。

四、应用 McKenzie 技术时需注意的问题

1. 对 McKenzie 诊断中有关综合征的病理基础应认真分析。如前所述,McKenzie 技术的诊断功能具有特殊性,因此,在实际应用时不能完全“套用”。这包含了两个层面的意思,一是注意与常规疾病诊断之病理基础的区别及联系,二是 McKenzie 本身的病理学说可能存在一定的局限性。例如,就目前来看,椎间盘内紊乱 (derangement) 综合征的病理学机制似乎与椎间盘内破裂的病理基础相似^[17],椎间盘的确是脊柱最易紊乱的组织,但小关节、韧带及其它周围软组织也可潜在地同时发生紊乱,derangement 如能定义为脊柱组织的结构紊乱、破裂或移位则更符合临床实际。因此,采用所谓的综合征分类作为治疗指导是远远不够的,进一步深入地分析其病理实质可能更有助于临床应用。

2. 要加强与其它运动疗法间的比较及选择应用。在 DeLisa 主编的《Rehabilitation medicine: principles and practice》(第 4 版,2004 年出版)第 28 章中,将 McKenzie 技术视为以伸展训练为主的治疗方法^[7]。伸展训练是许多下背痛及颈痛患者的基本运动疗法之一。从理论上分析,伸展运动可通过降低纤维环后部纤维张力,增强机械感受器传入信号而激活闸门通道,降低脊神经根张力,改变椎间盘内压,使突出的髓核得以回位,故能有效降低椎间盘源性疼痛。因此,McKenzie 技

术对某些下背痛及颈痛疾患具有较好的治疗效果。但是,伸展运动并非对所有的下背痛及颈痛疾患有效,针对不同病理基础的治疗目的不同,治疗时所采用的运动方法亦不相同。例如,经典的 Williams 屈曲训练理论上可降低小关节压力,牵张髂屈肌和腰伸肌,增加腰肌及臀肌肌力,降低椎间盘后部压力并增加椎间孔容积,对急性椎间盘突出患者的疗效较佳,中央型椎间盘突出患者也可耐受。由此可见,单一地采用 McKenzie 技术在临床治疗上具有一定的局限性。

3. 注意对 McKenzie 禁忌证的把握。McKenzie 治疗对其禁忌证有明确的界定^[3],但是仍有一些未涉及到的潜在危险因素,如关节过度活动或不稳定;髓核突出较严重或无法控制;双侧感觉或运动功能障碍;下背痛显著增加(除非伴随放射痛减轻)和放射感觉障碍增强等。只有较好地掌握该疗法的禁忌证,才能预防潜在的危险因素,并很好地提高疗效。

4. 加强循证医学研究,并以此更好地指导临床治疗。近期的循证医学研究表明^[18],McKenzie 技术在治疗疼痛及失能方面的短期疗效并不优于其它疗法;缺乏长期的临床疗效观察资料,其颈痛治疗的数据也不充分。提示我们需要从循证医学的角度对 McKenzie 技术进行更深入的研究,只有这样才能真正反映 McKenzie 技术的优势所在。

5. 更深入地研究及实践对颈痛疾患的治疗。虽然近年来有关 McKenzie 技术治疗颈痛疾患的文章数量有所增加,但总体仍很缺乏,因此,有必要更深入地关注这一方面的研究与实践。McKenzie 治疗十分强调对公众健康教育的重要性,故应充分将其作为健康教育的重要手段。近期文献表明^[19],McKenzie 技术对例如口腔科医师等易产生下背痛和颈痛的人群具有良好的预防指导作用。

简而言之,欲利用 McKenzie 技术达到良好的治疗效果,一方面需强化正规的培训(如近期的研究观点认为 McKenzie 治疗的成功率与治疗师的治疗水平密切相关^[20]),而更为重要的方面是应从 McKenzie 技术中汲取先进理念及思路,而非单纯地学习操作、“照猫画虎”等。从康复医学的角度来看,McKenzie 技术最主要的特点包括采用易于重复的治疗策略、患者主动参与的个体化治疗方案以及对公众健康教育的强化等,显然,这种理念及观点才是我们所要真正学习的“他山之石”。

参 考 文 献

- 1 徐军. McKenzie 力学诊断和治疗方法在腰部的应用. 中华物理医学与康复杂志, 2002, 24; 310-312.
- 2 徐军, 成鹏, 黄国志. McKenzie 力学诊断和治疗技术研究进展. 中华物理医学与康复杂志, 2001, 23; 243-245.
- 3 McKenzie RA. The lumbar spine. mechanical diagnosis and therapy. Spinal publications. Waikanae; New Zealand, 1981. 1-164.
- 4 Armstrong MP, McDonough S, Baxter GD. Clinical guidelines versus cli-

- nical practice in the management of low back pain. Int J Clin Pract, 2003, 57; 9-13.
- 5 Gracey JH, McDonough SM, Baxter GD. Physiotherapy management of low back pain: a survey of current practice in northern Ireland. Spine, 2002, 27; 406-411.
- 6 Jason SL, David IL. Disorders of the cervical spine. In: DeLisa JA, eds. Physical medicine and rehabilitation: principles and practice. Lippincott: Williams & Wilkins, 2004. 631-652.
- 7 Stanley AH, Christopher JS. Low back pain. In: DeLisa JA, eds. Physical medicine and rehabilitation principles and practice. Lippincott: Williams & Wilkins, 2004. 653-678.
- 8 Wetzel FT, Donelson R. The role of repeated end-range/pain response assessment in the management of symptomatic lumbar discs. Spine J, 2003, 3; 146-154.
- 9 Werneke M, Hart DL. Centralization phenomenon as a prognostic factor for chronic low back pain and disability. Spine, 2001, 26; 758-764.
- 10 Kjellman G, Oberg B. A randomized clinical trial comparing general exercise, McKenzie treatment and a control group in patients with neck pain. J Rehabil Med, 2002, 34; 183-190.
- 11 Petersen T, Kryger P, Ekdahl C, et al. The effect of McKenzie therapy as compared with that of intensive strengthening training for the treatment of patients with subacute or chronic low back pain: a randomized controlled trial. Spine, 2002, 27; 1702-1709.
- 12 Mujic SE, Trebinjac S, Sakota S, et al. The effects of McKenzie and Brunkow exercise program on spinal mobility comparative study. Bosn J Basic Med Sci, 2004, 4; 62-68.
- 13 Bronfort G, Haas M, Evans RL, et al. Efficacy of spinal manipulation and mobilization for low back pain and neck pain: a systematic review and best evidence synthesis. Spine J, 2004, 4; 335-356.
- 14 Brotz D, Kuker W, Maschke E, et al. A prospective trial of mechanical physiotherapy for lumbar disk prolapse. J Neurol, 2003, 250; 746-749.
- 15 Kjellman G, Oberg B. A randomized clinical trial comparing general exercise, McKenzie treatment and a control group in patients with neck pain. J Rehabil Med, 2002, 34; 183-190.
- 16 AlObaidi S, Anthony J, Dean E, et al. Cardiovascular responses to repetitive McKenzie lumbar spine exercises. Phys Ther, 2000, 81; 1524-1533.
- 17 徐军. 椎间盘内破裂的诊断与治疗. 中国康复医学杂志, 2003, 18; 696-698.
- 18 Clare HA, Adams R, Maher CG. A systematic review of efficacy of McKenzie therapy for spinal pain. Aust J Physiother, 2004, 50; 209-216.
- 19 Caruso TJ, Pleva DJ. Getting your back to work: pain relief - where to start? J Calif Dent Assoc, 2005, 33; 146-152, 155-157.
- 20 Kilpikoski S, Airaksinen O, Kankaanpää M, et al. Interexaminer reliability of low back pain assessment using the McKenzie method. Spine, 2002, 27; 207-214.

(收稿日期: 2005-12-23)

(本文编辑: 易 浩)