

· 外刊摘译 ·

脊椎手法、药物治疗或指导下家庭锻炼治疗
急性及亚急性颈痛的疗效观察

谢琪 摘译

力学性颈痛 (mechanical neck pain) 在基层医疗机构患者中约占 70%, 本研究旨在观察和比较脊椎手法治疗 (spinal manipulation therapy, SMT)、药物治疗和指导下家庭锻炼 (home exercise with advice, HEA) 治疗急性及亚急性颈痛的近期和远期疗效。

一、资料与方法

1. 干预措施: 由美国明尼苏达州大学研究中心及其附属的疼痛控制诊所负责, 采用随机对照临床试验设计, 选取 2001 年至 2007 年符合入组条件的 272 例非特异性颈痛患者 (18 ~ 65 岁, 初次发病, 颈痛持续 2 ~ 12 周, 疼痛评分 ≥ 3 分, 最近 3 个月内未曾接受颈痛治疗, 并排除各种器质性颈痛及全身性疼痛), 以盲法随机分为 SMT 组、药物组和 HEA 组, 分别采用 12 周的 SMT、药物和 HEA 治疗。SMT 由具有 5 年以上工作经验的脊椎按摩师负责, 主要对脊椎进行节段性轻度活动操作, 包括小幅度的脊椎调整 (高速的关节推动) 和松动术 (低速的关节振动), 可选用的辅助治疗包括局部软组织轻按摩、加用牵伸、热或冷包裹治疗。HEA 由治疗师采用“一对一”的指导形式实施, 指导 1 h, 共 2 次, 期间间隔 1 ~ 2 周, 主要锻炼内容为颈、肩关节的简单自我松动锻炼 (采用柔和的受控运动), 包括不抗阻的颈部回缩、屈伸、转动、侧弯和肩胛回缩运动。以上动作重复 5 ~ 10 遍/次, 每日最多锻炼 6 ~ 8 次, 锻炼方案依个体的耐受能力和日常生活活动情况而定。同时提供指导手册和运动图片, 内容为颈部基本解剖和日常姿势体位及举、推、拉等生活动作指导示范。药物治疗由 1 名临床医师负责, 门诊时间 15 ~ 20 min。一线药物采用非甾体类抗炎药物和/或对乙酰氨基酚, 二线药物为麻醉镇痛药物, 还配合应用肌松剂。必要时, 建议患者保持活动或改变活动方式。

2. 评估方法: 搜集患者的基本情况和临床资料, 要求患者独立回答疼痛等自评问卷, 随机分组前的问卷结果为基线值, 分组后第 2、4、8 和 12 周为治疗中情况, 第 26 和 52 周随访为治疗后结局。主要观察指标为疼痛自评分值 (0 ~ 10 分), 次要观察指标包括患者填报的颈部功能障碍指数 (neck dysfunction index, NDI)、整体状况改善、用药、满意度、SF-36 生理和精神健康调查及治疗过程中的不良反应, 并于第 4 和 12 周用 CA 6000 型脊柱活动分析器 (美国产) 测量患者的颈部活动度。

3. 统计学分析: 采用 SAS 9.1 版统计软件进行统计学分析, 数据以 ($\bar{x} \pm s$) 表示。以盲法对数据进行线性混合模型分析。本研究的基金源组织不参加研究各阶段的工作。

二、结果

1. 患者情况: 初筛 504 例患者中有 272 例符合入组条件, 其中 90 例为药物组, 91 例为 SMT 组, 91 例为 HEA 组, 共 219 例 (80.5%) 完成所有观察时间点的问卷调查。

2. 主要指标结果: 入组时, SMT、药物组和 HEA 组的疼痛分均值分别为 (5.27 ± 1.57)、(4.93 ± 1.49) 和 (5.05 ± 1.64) 分。对疼痛自评值的分析表明, 第 8、12、26 和 52 周时, SMT 的疗效优于药物治疗 ($P < 0.05$); 第 26 周时, HEA 的疗效也优于药物治疗 ($P < 0.05$)。任意观察时间点中, 比较 SMT 与 HEA 对疼痛的改善情况, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。

近期疗效观察, 第 12 周治疗结束时, SMT、药物组和 HEA 组的疼痛分值分别为 (3.75 ± 0.4)、(2.81 ± 0.40) 和 (3.31 ± 0.43) 分, SMT 组与药物组比较, 组间差异有统计学意义, 其疼痛值降低 94% [95% 可信区间为 0.37 ~ 1.51 ($P = 0.001$)]; 12 周内每 2 周的疼痛分值纵向对比, SMT 组也优于药物组, 其疼痛值降低 55% [95% 可信区间为 0.10 ~ 1.00 ($P = 0.017$)]。第 12 周时, SMT 组、药物组和 HEA 组三组中, 疼痛值均较治疗前减轻 50% 以上患者的比例分别为 82.2%、69.0% 和 77.0%, 其中 SMT 组与药物组间的差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

远期疗效观察, 第 26 周时, SMT、药物组和 HEA 组的疼痛分平均值分别为 (1.90 ± 2.24)、(2.33 ± 1.86) 和 (1.77 ± 2.09) 分; 第 52 周时, 各组疼痛分值分别为 (1.60 ± 1.53)、(2.14 ± 1.85) 和 (1.92 ± 2.34) 分。疼痛值的改善 (与基线值比较), SMT 组优于药物组, 而 SMT 组与 HEA 组以及 HEA 组与药物组比较, 组间差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。第 26 周时, SMT 组、药物组和 HEA 组三组中, 疼痛值较治疗前减轻 50% 以上患者的比例分别为 75.0%、59.0% 和 71.6%, 且 SMT 组较药物组高; 而减轻 75% 以上的比例则分别为 53.6%、30.8% 和 49.4%, 且 HEA 组较药物组高。在第 52 周时, 疼痛值较治疗前减轻 50% 以上的患者比例分别为 81.8%、69.0% 和 69.6%, 而疼痛减轻 75% 以上的比例则分别为 53.2%、38.0% 和 49.4%。

3. 次要指标结果: 与主要观察指标的分析结果基本一致。治疗结束时和 1 年随访期间, 在整体状况改善、满意度和 SF-36 量表评分等方面, SMT 组均优于药物组治疗。减少长期医疗依赖方面, SMT 治疗优于药物 (至第 52 周时, 平均每周减少治疗 1.26 d [95% 可信区间为 0.53 ~ 1.99 ($P < 0.001$)])。除 SMT 组患者的近期和远期治疗满意度较 HEA 组高外, SMT 组和 HEA 组的大部分观察指标组间差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗第 4 和 12 周时, 颈椎关节活动的改变, 以 HEA 组最为显著, 其组间差异结果将另撰文报道。

4. 不良反应: 40% 的 SMT 组患者和 46% 的 HEA 组患者报道有不良反应, 主要为肌肉骨骼的疼痛。60% 的药物组患者报道治疗有不良反应, 最常见的为胃肠道系统反应和嗜睡。

该研究的局限性主要为患者知道自己所接受的治疗方法, 以及无法从现有文献或研究中, 获得具体标准以评定该研究结果差异中的临床意义。

三、结论

治疗急性或亚急性力学性颈痛, 脊椎手法治疗均比药物控制具有更好的近期和远期疗效。治疗期及随访 1 年间的大部分观察时间点, 指导下家庭锻炼疗法与脊椎手法治疗的疗效差异不明显。

(摘译自 Bronfort G, Evans R, Anderson AV, et al. Spinal ma-

nipulation, medication, or home exercise with advice for acute and subacute neck pain: a randomized trial. Ann Intern Med, 2012, 156:1-10.)

(修回日期: 2013-01-12)

(本文编辑: 汪 玲)

· 短篇论著 ·

针刀结合牵引治疗坐骨神经痛的疗效观察

庞日朝 杨梅 张安仁 王文春 孙燕 付西 田恬

坐骨神经痛主要表现为沿坐骨神经分布区(即腰、臀部、大腿、小腿后外侧和足外侧)发生的疼痛症状群, 部分由腰椎间盘突出压迫坐骨神经所致。该病治疗方法多样, 疗效不一。本研究采用针刀结合牵引治疗腰椎间盘突出引起的坐骨神经痛 39 例, 取得了满意疗效, 现报道如下。

一、资料与方法

(一) 一般资料

纳入标准: ①符合《临床疾病诊断依据治愈好转标准》^[1]中关于坐骨神经痛、腰椎间盘突出症诊断标准; ②均经 CT 或 MRI 检查诊断为腰椎间盘突出; ③坐骨神经痛致病原因确定是由腰椎间盘突出所致; ④年龄 16 岁~75 岁; ⑤存在临床症状和阳性体征, 并有日常生活活动(activities of daily living, ADL)能力障碍者; ⑥均签署知情同意书。

排除标准: ①其他导致坐骨神经痛的疾病, 如椎管内肿瘤、椎体滑脱、周围神经炎、脊髓损伤等疾病; ②年龄 <16 岁或年龄 >75 岁; ③合并心、肝、肾和造血系统等严重原发疾病的患者; ④携带心脏起搏器的患者; ⑤妊娠妇女。

选取 2009 年 11 月至 2011 年 12 月于我院康复科、骨科、神经内科接受门诊或住院治疗且符合上述标准的患者 78 例, 采用随机数字表法分为治疗组和对照组, 每组 39 例。治疗组患者中男 21 例, 女 18 例; 年龄 17~70 岁, 平均(40.1±2.2)岁; 病程 7 d~8 年。对照组患者中男 25 例, 女 14 例; 年龄 16~72 岁, 平均(42.5±1.9)岁; 病程 6 d~7 年。2 组患者的性别、年龄及病程等方面, 经统计学分析, 差异无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。

(二) 治疗方法

2 组患者均采用牵引治疗, 治疗组患者在牵引治疗的基础上增加针刀治疗, 对照组则增加电针治疗。

1. 牵引治疗: 患者取仰卧位, 间断性牵引, 最大牵引力设置为患者体重的 70%, 牵引时间 20 min, 最大牵引力保持时间 20 s, 从松弛力逐渐增加至最大牵引力的时间也为 20 s, 松弛力设为最大牵引力减去 10 kg。每日 1 次, 10 d 为 1 个疗程, 连续

治疗 2 个疗程。

2. 针刀治疗: 患者取俯卧位, 腹部垫薄枕。对术野进行常规消毒铺巾。按针刀治疗规程进行操作^[2]。(1) 定点: 棘间点, 根据临床表现和影像学资料, 定点在突出节段; 横突间点, 突出节段脊柱后正中线旁开 2.0~2.5 cm。(2) 定向: 使刀口线和大血管、神经及肌肉纤维走向平行。(3) 操作^[3]: ①棘间点进针——刀口线与脊柱纵轴平行, 刀体与皮肤垂直刺入达到棘突骨面, 调整刀锋至棘突上缘, 转动 90°使刀口线与脊柱纵轴垂直, 对棘间韧带切开剥离 3 刀。主要作用是松解椎体间的张力; ②松解横突间韧带和横突间肌——在患侧横突间椎间孔处(脊柱后正中线旁开 2~2.5 cm)进针, 刀口线与脊柱纵轴平行, 刀体与皮肤垂直或稍有倾斜(刀尖向内), 刀尖到达上位横突骨面后调整至横突下缘并转动 90°使刀口线与横突长轴平行, 并紧贴横突下缘骨面, 由外向内切开横突间韧带和横突间肌直到横突根部为止; ③松解椎间孔外上角横突间韧带等粘连组织——定点及进针过程与②相同, 当针刀操作至横突下缘根部后, 继续沿横突与椎体的转角进行松解剥离。注意使刀口线始终与骨面平行, 沿转角骨面将针刀向椎间孔的外上缘靠拢, 确定刀口在骨面并且无下肢放射性疼痛或麻木感。然后, 调整刀口线与椎间孔外侧骨面平行, 沿椎间孔外侧骨面行切开剥离半圈, 再做由椎间孔外侧缘水平向外的离心性横行剥离, 将椎间孔周围的粘连剥开, 直到有松动感为止, 在此操作过程中, 一旦患者出现下肢放射性疼痛或麻木应立即停止操作并退针。术后采用侧扳复位法。针刀治疗每周 1 次, 连续治疗 3 周。

3. 电针治疗: 基本取穴以足太阳、足少阳经穴为主, 大肠俞、腰夹脊、环跳、承扶、委中、阳陵泉。配穴取上髂、次髂、秩边、承山、悬钟、丘墟、昆仑、足临泣、阿是穴。每次选用 10 个穴位, 采用 0.35 mm×22 mm 毫针行均匀提插捻转手法得气后接上海产 G6805 型电针治疗仪, 选用疏密波, 电流强度取患者耐受限, 留针 20 min, 每日 1 次, 10 d 为 1 个疗程, 连续治疗 2 个疗程。

(三) 评定标准

2 组患者均于治疗前、治疗 10 d 后和治疗 20 d 后进行疗效评定。临床疗效评定参照中华人民共和国中医药行业标准《中医病症诊断疗效标准》中关于腰椎间盘突出症的疗效判定标准^[4]: 临床治愈为腰腿痛消失, 直腿抬高试验 70°以上, 能恢复原工作; 好转为腰腿痛减轻, 腰部活动功能改善; 未愈为症状、

DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2013.03.026

作者单位: 610083 成都, 成都军区总医院康复医学科(庞日朝、杨梅、张安仁、王文春、孙燕、田恬), 高压氧科(付西)

通信作者: 张安仁, Email: zhanganren@yahoo.com.cn