

· 临床研究 ·

医疗练功辅助治疗颈椎病疗效观察

容国安

颈椎病的保守治疗方法很多,但普遍存在远期复发率较高的问题。1986 年以来,我们应用综合康复疗法(颈椎牵引、推拿、理疗)辅以医疗练功治疗颈椎病,取得较好的效果。现总结如下。

资料与方法

一、临床资料

符合诊断标准^[1]的颈椎病患者 500 例,随机分为 2 组。对照组 250 例,仅采用常规综合康复疗法(颈椎牵引、推拿、理疗),其中男 120 例,女 130 例;平均年龄(47.1 ± 12.2)岁;病程(2.7 ± 2.4)年;诊断分型:神经根型 124 例,颈型 64 例,椎动脉型 29 例,交感神经型 14 例,脊髓型(早期)8 例,混合型 11 例;X 线片主要征象:骨质增生 225 例,椎间隙狭窄 150 例,椎间孔变窄 75 例,项韧带钙化 30 例,生理弯曲改变 85 例。治疗组 250 例,在常规综合康复疗法的基础上辅以医疗练功,其中男 115 例,女 135 例;年龄(47.4 ± 10.9)岁;病程(2.9 ± 2.5)年;诊断分型:神经根型 118 例,颈型 72 例,椎动脉型 24 例,交感神经型 17 例,脊髓型(早期)4 例,混合型 15 例;X 线片主要征象:骨质增生 195 例,椎间隙狭窄 155 例,椎间孔变窄 56 例,项韧带钙化 25 例,生理弯曲改变 90 例。两组患者临床资料经统计学分析,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

二、治疗方法

1. 常规综合康复疗法:①牵引——以颈椎枕颌牵引方法为主,患者取坐位,头前屈,牵引角度根据不同的类型和发病部位以及患者牵引时自觉症状进行调整^[2],一般为前倾 $15 \sim 30^\circ$,病变在颈椎上段的患者以小角度牵引,病变在颈椎下段的患者以较大角度牵引,如患者出现头昏等不适症状,应适当调整角度使患者感觉舒适为止。根据患者的个体差异选择牵引重量,先从 $3 \sim 5$ kg 开始,每次增加 0.5 kg,逐渐增至 $8 \sim 15$ kg,牵引治疗时间每次 $20 \sim 30$ min。②理疗——选用北京产 TL900 高级电脑中频电疗仪,取 10 号处方,硅胶电极 $8 \text{ cm} \times 4 \text{ cm}$,置于颈椎两侧,电流强度以患者耐受为限,每次 20 min。③推拿——用常规推拿手法按摩颈部和肩部,颈肩部有条索或硬结状物则着手用力弹拨,然后用徒手牵引旋转复位手法,纠正关节移位,为求达到稳、准、巧,术前必须作好明确的诊断,切忌蛮劲硬搬,以免造成意外损伤(混合型颈椎病慎用旋转复位手法、椎动脉型和脊髓型颈椎病忌用旋转复位手法治疗),推拿治疗时间每次 20 min。以上综合康复疗法每日 1 次,10 次为 1 个疗程,连续治疗 2 个疗程后评定疗效。

2. 医疗练功方法:治疗组在常规综合康复疗法的基础上增加医疗练功^[3],医疗练功以颈部及肩臂部肌力锻炼为主。医疗练功的方法——①左顾右盼;②仰首观天;③项臂争力(两式);④转身回首;⑤环绕颈项(脊髓型颈椎病不做该项练习);⑥擦

颈按摩。医疗练功的要领是:速度慢、幅度大,每做完一节后,自然呼吸,间歇片刻,不宜连续进行。引起症状的动作方向需要逐步适应,顺势而动;增强肌力的动作,宜在症状好转后逐步增加。治疗期间一般在每次推拿前或后由医生指导患者操练,每日 1~2 次,每次 10 min,并嘱患者长期坚持。

三、疗效判定标准

治愈:自觉症状和阳性体征均消失,功能恢复,恢复原工作;显效:自觉症状和阳性征大部分消失,功能恢复,但在劳累后仍有轻度症状,可做原工作;好转:自觉症状部分改善、阳性体征未完全消失,功能受限,可做轻工作;无效:症状、体征、功能均无改善。

四、统计学分析

统计分析采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

结 果

疗程结束后,两组患者疗效见表 1。

表 1 两组患者疗效比较(例)

组 别	n	治愈	显效	好转	无效	总有效率(%)
治疗组	250	83	109	50	8	96.8*
对照组	250	33	83	110	24	90.4

注: * 与对照组比较, $\chi^2 = 8.55, P < 0.05$

随访两组各 75 例患者 1 年,以对比两种治疗方式的远期疗效,结果治疗组复发 9 例(12%),对照组复发 30 例(40%),2 组间复发率比较, $\chi^2 = 15.28, P < 0.01$,治疗组复发率明显低于对照组。

讨 论

颈椎病通过常规的综合康复疗法(颈椎牵引、理疗、推拿)治疗,大多能使临床症状消退,故近期疗效一般均较满意,但其存在远期复发率较高的问题。临床研究表明,颈椎病患者普遍存在颈部相关肌肉肌力减弱、部分组织机化、粘连,使肌肉、韧带弹性减退,肌力失衡,从而损害颈椎稳定性^[4]。颈椎的稳定性依靠脊柱本身结构和与之相关联的肌肉系统维持,而运动的缺乏和肌力失衡与其症状互为因果,这是一种恶性循环,是颈椎病迁延难愈和反复发作的原因之一,医疗练功是打破这一恶性循环且巩固疗效的有效方法。

医疗练功能促进颈部血液循环,调整颈部某些组织间的关系,改善颈、肩部肌群的功能,通过锻炼颈、背部的肌肉,增强肌肉、韧带、关节囊等的张力来加强颈椎的稳定性,以适应其病理改变后的内环境。我们通过指导患者进行医疗练功,充分调动患者的主观能动性,使其主动参与治疗,与常规的综合康复疗法一起达到了协同治疗作用。从本组结果可以看出,辅以医疗练功的治疗组疗效显著优于对照组($P < 0.01$),差异具有统计学意义。随访观察,治疗组的复发率也明显低于对照组。本

研究表明,采用医疗练功辅助治疗颈椎病,可以提高治疗效果,减少和预防颈椎病的复发。

参 考 文 献

- 1 中华人民共和国卫生部医政司,主编.中国康复医学诊疗规范(下册).北京:华夏出版社,1999.308-318.
- 2 周士枋,范振华,主编.实用康复医学.南京:东南大学出版社,1998.

642-647.

- 3 赵翔,主编.推拿疗法与医疗练功.北京:人民卫生出版社,1991.148-151.
- 4 刘欣.电脑控制牵引和微波透热综合治疗颈椎病 100 例.中华物理医学与康复杂志,2002,24:305-306.

(收稿日期:2004-04-05)

(本文编辑:阮仕衡)

平衡训练对不同年龄共济失调患者步行功能恢复的影响

陈惠君 朱雨岚 邹子奇 韩娜

良好的平衡功能与人们的日常生活、社交及娱乐活动等密切相关。对于脑卒中等偏瘫患者而言,恢复步行功能是他们最迫切的希望之一,而平衡能力的控制对于步行功能的恢复至关重要,其中因各种原因所致的共济失调综合征又是导致患者平衡功能受损的主要原因,并严重影响了患者的日常生活质量。为探讨平衡训练及年龄因素对共济失调患者步行功能恢复的影响,本研究对相关因素进行了临床观察与分析。现将结果报道如下。

资料与方法

一、资料

共选取 2000 年 4 月至 2003 年 3 月间在我科治疗的 49 例共济失调患者,均经临床症状、CT 或 MRI 检查确诊为首次发病;其中小脑梗死或出血 16 例,丘脑出血 14 例(出血量为 5~22 ml),脑梗死 3 例,其它部位卒中 10 例,多发性硬化症 2 例,前庭病变引发共济失调 2 例,药物中毒后共济失调 1 例,脊髓炎伴共济失调 1 例。49 例患者中,右侧偏瘫 25 例,左侧偏瘫 22 例,无偏瘫者 2 例。将本组病程在 7 d~3 个月的患者按年龄分为老年组及非老年组,老年组(均≥60 岁)共 22 例,非老年组(40~59 岁)共 27 例,2 组患者的一般情况及病情见表 1,经统计学分析,差异均无统计学意义,具有可比性。

表 1 2 组患者临床资料比较

组 别	n	性别(例)		平均 年龄(岁)	病变形式(例,%)		
		男	女		脑出血	脑梗死	其它
老年组	22	14	8	68.57	11(50.0)	8(36.4)	3(13.6)
非老年组	27	15	12	51.12	14(51.9)	10(37.0)	3(11.1)

二、治疗方法

老年组及非老年组患者的临床治疗及综合康复训练方法均相同。具体的康复训练措施主要包括以下方面。

1. 坐位平衡训练:包括在具有上肢支持功能的椅子上进行静态平衡训练,并逐步缩小基底支持面;同时还要嘱患者积极活动头部、上肢及躯干以改变身体重心,并指导其进行动态平衡训练及骨盆控制训练。训练时,治疗师一手扶持患者倾斜侧的上肢或躯干,另一手则扶持患者肩部,向倾斜侧方向加力,以加强

其头部的调整反应及健侧躯干的侧屈功能,如平衡积分小于 7 分的患者应每日训练 2 次,每次训练 30 min。

2. 垫上训练:患者取膝手位,在治疗师的指导下向各个方向移动重心,并在保持躯体平衡的情况下,逐步抬起健侧上肢或下肢以增加训练难度,以后逐步过渡到进行垫上爬球、单双膝跪位及跪步步行等训练,以诱发患者骨盆带与躯体间产生反方向运动,上述各种垫上活动应根据患者的具体情况每日训练 20~30 min 不等。

3. 立位平衡训练:包括在平行杠内进行的骨盆前、后倾运动、双膝控制训练、患侧下肢负重训练及单腿站立平衡训练等,如嘱患者用双下肢支撑体重,其双膝关节轻度屈曲(约 20°),治疗师用双膝控制患者下肢呈外展、外旋位;同时还应用踏步器训练患者,并在条件允许下逐步增加运动量。上述训练每日进行 20~40 min。

4. 行走训练及复杂程度训练:患者左右或前后分开双脚(与肩同宽)站立于平衡板上,治疗师则站于其患侧位以保证患者安全,同时缓慢踩动平衡板,随着平衡板的摇动,患者将自行调整姿势,每组练习有 20 次,每日训练 2 组;另外还有其它一系列训练,包括双手握平衡棒沿直线步行(约有数十米)练习;应用多功能组合箱练习,遵循由低至高、由易到难、由少到多的原则;拍球步行及跑步训练等。在住院期间,患者每天集中训练 30~50 min,每周训练 5 次,连续治疗 2~3 周,并同时指导患者及其家属进行长期训练。

三、评价方法

1. 参照 Fugl-Meyer 平衡积分法评定患者训练前、后的平衡功能改善情况,共包括 7 项内容:①无支撑坐位功能评定;②健侧位“展翅”反应;③患侧位“展翅”反应;④支撑站位功能评定;⑤无支撑站位功能评定;⑥健腿站立 10 s 评定;⑦患腿站立 10 s 评定。每项各分 0、1、2 共 3 个等级,0 表示该项患者无平衡功能出现,2 分为患者该项平衡功能基本正常,1 分则介于其间。正常人平衡功能为 14 分^[1]。

2. 步行能力评定:嘱患者以自身最快、最稳定的步伐在平地上步行 10 m,测量其平均每秒所走的距离来表示步速资料^[2],必要时治疗师可给予助行器帮助,取 2 次测试的平均值作为患者的步行速度;测定患者经平衡训练前、后的日常步行独立度^[3],包括独立步行、监视下步行、扶持下步行(单人或双人)、乘坐轮椅或卧床共 5 个等级,分别于治疗前、后进行评定,上述