

颈型颈椎病的 12 周不同临床治疗方法疗效总结分析

李红蕾

(西安外事学院医学院康复治疗系 陕西 西安 710000)

【摘要】通过常用物理因子治疗、姿势矫正康复训练及两种方法相结合治疗颈型颈椎病,观察常用物理因子、姿势矫正康复训练、常用物理因子治疗配合姿势矫正康复训练三种方法对于颈型颈椎病症状的临床疗效,为颈型颈椎病的综合康复评估、治疗提供参考依据。

【关键词】姿势矫正; 训练; 物理因子治疗; 颈型颈椎病; 康复评估

“颈椎病”被分为各种不同的类型^[1],也有颈椎综合症疾病的观点^[2]。数字化社会给人类社会文明带来了便利同时,带来了颈型颈椎病的发病率不断增加^[3],且向低年龄段^[4]发展。通过大量文献研究得出:姿势性劳伤,书桌工作,疲劳和环境因素是发病和复发最常见的原因。

本研究利用常用的物理因子治疗与姿势矫正康复训练的不同使用方法,针对颈型颈椎病的综合评估,依靠“平衡论”,充分考虑运动的整体模式,为颈型颈椎病患者,提供科学的建议和日常护理方案。探讨针对颈型颈椎病临床症状的综合性康复治疗方案,为之探索行之有效的综合训练方法,并为建立规范化的康复训练模式和方法提供科学理论依据。

1 研究对象及分组

通过海报及宣传,收集筛选 2017.7-2018.4 住院及门诊患者病历,招募 60 名颈型颈椎病患者,双向随机分为 A 组:常用物理因子治疗组 20 人 (n=20); B 组:常用物理因子治疗配合姿势矫正康复训练组 20 人 (n=20); C 组:姿势矫正康复训练组 20 人 (n=20) 三组。

纳入标准: (1)符合颈型颈椎病诊断标准^[5]; (2)年龄:13-40 岁; (3)疼痛程度或自身的身体状况允许,能够完成实验干预; (4)SFMA 选择性功能动作筛查中,仅涉及颈椎活动功能评估的患者。

2 研究方法

2.1 康复评估手段

在 20 世纪 90 年代,循证医学促进大量评定手段被研究、开发^[6]。对疼痛(颈痛^[7]、压痛^[8])、关节活动度^[9]、SF-36^[10]、NDI^[11]等评估手段的深入研究和大量实验,为临床提供了信度和效度皆高的康复评估手段。颈部周围肌肉动力系统会影响颈椎内部和外部的稳定性^[12]。

因此,本研究采取的康复评估方法包括:颈部 ROM、VAS、SF-36、NDI、SFMA。所有实验结果以均数±标准差表示,实验结果,组间采取独立样本 t 检验,组内采取配对 t 检验,以 P < 0.05 为有显著性差异。经统计学检验,A 组、B 组及 C 组训练前 SF-36、NDI、VAS、ROM、SFMA 得分及总分,3 组间差异均无统计学意义 (P > 0.05),即 3 组间训练前各项目评分基线水平基本一致。方差齐性检验,显著性的值为 0-0.844,其中各测评项目中的显著性值均大于 0.05,证明方差是齐的。

通过评估得出:60 名受试者都在 ROM、疼痛、功能障碍三方面的问题, SFMA 的测试筛查从 SMCD 和 TED 两方面进行比较,并进一步将受试者进行功能和疼痛伴随情况划分,发现 SMCD, TED, DN, FP 为主要问题

2.2 研究方法

干预方案: (1)对工作人员进行相关课题统一培训。(2)签署知情同意书。(3)采集被试者相关信息、评估结果。由治疗师对进行 NDI、SF-36、VAS、ROM、SFMA 评估及测试。A 组仅采取常用物理因子治疗; B 组及 C 组, 1/d, 20min/次, 共 12 周 (B 组除每日训练外, 还需进行常用物理因子治疗, C 组仅进行姿势矫正康复训练)。

姿势矫正康复训练是将 ROM 与 SFMA 初评结果相结合,分析入组者的主要病变肌肉及软组织,制定运动方法如下: (1)放松操 5 分钟; (2)仰卧位肩胛骨内收; (3)仰卧位颈部抗阻侧屈; (4)俯卧位收下巴; (5)坐位抗阻耸肩; (6)靠墙 W-H 运动; (7)5 分钟整理运动。可重复,轻度疲劳,以 VAS 评分 5-6 分为动作终止点。同时,每天 5 分钟宣教和交流,以便患者有意识的长久保持良好姿势进行工作和生活。

常用物理因子治疗包括:干扰电、超短波 (6 次)、磁疗、蜡疗。

2.3 研究结果

采用 SPSS17.0 进行统计学处理。

(1)干预后,颈椎 ROM, B 组屈/伸、左/右旋、左/右侧屈各方向改善明显,其中侧屈和旋转的组内比较,干预前/后差异性显著 (P < 0.01); C 组左/右旋、左/右侧屈活动度均改善明显 (P < 0.05)。A 组与 B 组之间进行比较,所有观察项目均具有显著性差异 (P < 0.01); B 组与 C 组之间进行比较,除右旋外,其他项目均具有统计学意义 (P < 0.05)。A 组与 C 组之间进行比较,无统计学差异。

(2)干预后,颈部 VAS 评分结果显示: A 组,疼痛缓解状况良好 (P < 0.05),干预前平均值为 4.50±0.607,干预后平均值为 2.25±0.851; B 组,疼痛缓解状况良好 (P < 0.05),干预前平均值为 4.55±0.510,干预后平均值为 2.15±0.933; C 组,疼痛缓解状况不显著 (P > 0.05),干预前平均值为 4.35±0.489,干预后平均值为 3.40±0.503。A 组与 B 组、C 组分别进行比较,结果具有统计学差异 (p < 0.05); B 组与 C 组进行比较,没有统计学差异。

(3)干预后, NDI 评分, A 组,治疗效果有统计学意义 (P < 0.05),干预前平均值为 37.05±2.762,干预后平均值为 15.55±1.877。B 组干预前/后具有统计学差异; C 组改善明显 (P < 0.05),干预前平均值 37.95±3.441,干预后平均值 21±3.441。B 组与 A 组、C 组分别进行比较,结果具有统计学差异 (p < 0.05); A 组与 C 组进行比较显示 P > 0.05。

(4)SF-36 结果显示: 三组受试者在经过 12 周干预治疗后,主观满意度缓解状况均为良好。B 组与 A 组、C 组分别进行比较,具有统计学意义 (p < 0.05); A 组与 C 组进行比较 p > 0.05,无统计学意义。

(5)SFMA 结果对比分析,干预前受试者 TED 和 SMCD 的人数相近,且偏重于 SMCD,干预后, B 组与 A 组、C 组分别进行比较,具有统计学意义 (p < 0.05),且 SMCD 状况基本消除。

3 总结及问题再分析

三种干预方式对于颈型颈椎病症状的缓解均有疗效; 常用物理因子治疗,能缓解疼痛,对改善头颈部疼痛效果显著; 姿势矫正康复训练,能改善颈椎关节侧屈和旋转角度受限状况; 姿势矫正康复训练配合物理因子治疗能快速改善疼痛,促进功能恢复,疗效优于单独运用以上两种;

评估中发现: 颈型颈椎病患者九成存在颈椎旋转和侧屈功能受限的问题,这一问题在众多的参考文献中没有明确指出和相对应的治疗方法。

4 研究结论

本研究中使用的三种不同方法,经过大量的文献数据对比,以及12周的治疗观察,对各组疗效评估结果进行分析得出:

常用物理因子治疗法,是目前临床最常用的治疗方法。通过物理因子治疗对出现症状的颈椎局部进行刺激,达到止痛、消炎、镇静等作用。

姿势矫正康复训练法,通过选择性功能动作筛查,筛查出患者的主要动作模式和不良功能。利用层级结构指导,调查所有的最高级动作模式。在选择性功能动作评价指示下进行局部生物力学测试来测取日常生活中常用的动作活动范围和灵活性损害的程度。且具有时间短,可操作性强,易上手,对治疗环境没有特殊要求等特点,尽可能做到让患者少花时间,将训练融入工作、生活、学习。

以上两种方法相结合:①颈椎关节活动度的改善最大,经过12周的治疗变化非常明显,颈椎各关节受限活动度得以扩大,左/右侧屈;屈/伸;左/右旋转的角度值更加接近,说明位移轨迹明显趋于平衡,关节稳定性趋于正常。②VAS结果显示:颈肩部疼痛缓解状况良好,且持续效果佳,僵硬感明显减轻。SFMA的测试仅针对功能和疼痛两方面,主要的常用运动模式过程中,患者DP和FP状况基本消失,尤其表现在DP的改善,干预后B组20名受试者的DP状况基本消失。更多的受试者干预完成后,能够达到FN,仅有少数患者处于DN水平,患者的SMCD状况基本解决。

参考文献:

[1] 赵定麟. 现代颈椎病学 [M]. 北京: 人民军医出版社. 2001

[2] 王拥军, 施杞, 贾连顺. 关于颈椎病的历史与发展 [J]. 中国中医骨伤科杂志, 2006, (14): 196-200

[3] 赵定麟. 颈椎病之我见. [J]. 中国骨与关节杂志. 2015年8月第4卷第8期 594-601

[4] 张意琪, 吉岩忠, 程丽. 浅析颈部肌群与颈椎病的关系. [J]. 中外医学研究. 2011, 4. 9(10). 114-116

[5] 伍少玲, 马超, 等. 颈椎功能障碍指数量表的效度与信度研究 [J]. 中国康复医学杂志, 2008, 23(7): 625. 628.

[6] Cote P, Cassidy JD, Carroll LJ, et al. The annual incidence and course of neck pain in the general population: a population-based cohort study [J]. Pain, 2004, 112(3): 267-273.

[7] Baddeley, A. D., Wilson, B. A. When implicit learning fails: Amnesia and the problem of error elimination. Neuropsychologia, 1994, 32: 53 ~ 68.

[8] Ylinen J. Physical exercises and functional rehabilitation for the management of chronic neck pain [J]. Eur J Physiother, 2007, 43: 119-132.

[9] Schairer WW, Carrer A, Lu M, et al. The increased prevalence of cervical spondylosis in patients with adult thoracolumbar spinal deformity [J]. J Spinal Disord Tech, 2014, 27(8): E305-308.

[10] Bronfort G, Evans R, Nelson B, et al. A randomized clinical trial of exercise and spinal manipulation for patients with chronic neck pain [J]. Spine, 2001, 26(7): 788-797.

[11] Jane Johnson. Postural Assessment [M]. 台湾: 合记图书出版社, 2016.

[12] Guzman J, Haldeman S, Carroll L, et al. Clinical practice implications of the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders: from concepts and findings to recommendations [J]. Spine, 2008, 33(4S): S199-S233