

八段锦锻炼联合常规康复治疗 在老年神经根型颈椎病患者康复治疗中的应用

袁菊莲, 罗伦, 赵燕, 唐江岳, 王蓓, 张鑫

(成都市第二人民医院, 四川 成都 610017)

摘要 目的:探讨八段锦锻炼联合常规康复治疗在老年神经根型颈椎病患者康复治疗中的应用价值。方法:将符合要求的 60 例老年神经根型颈椎病患者随机分为常规康复组(30 例)和八段锦组(30 例)。常规康复组采用口服甲钴胺片、颈椎牵引、电针联合远红外线疗法、推拿和关节松动手法、中频电疗法以及超短波疗法治疗,2 周为 1 个疗程,共 1 个疗程;八段锦组在常规康复治疗的基础上配合八段锦锻炼,共 12 周。分别于治疗前及治疗开始后 2 周、12 周比较 2 组患者颈部疼痛视觉模拟量表(visual analogue scale, VAS)评分、焦虑自评量表(self-rating anxiety scale, SAS)评分、抑郁自评量表(self-rating depression scale, SDS)评分及颈椎病治疗成绩评定表评分。结果:①颈部疼痛 VAS 评分。时间因素与分组因素存在交互效应($F=27.722, P=0.000$);2 组患者颈部疼痛 VAS 评分比较,组间差异有统计学意义,即存在分组效应($F=8.031, P=0.006$);治疗前后不同时间点之间颈部疼痛 VAS 评分的差异有统计学意义,即存在时间效应($F=97.739, P=0.000$);2 组患者颈部疼痛 VAS 评分随时间均呈下降趋势,但 2 组的下降趋势不完全一致[(4.07±1.14)分, (2.13±0.90)分, (0.93±0.58)分, $F=91.616, P=0.000$; (4.13±1.07)分, (2.10±0.76)分, (2.50±0.86)分, $F=42.259, P=0.000$];治疗前和治疗开始后 2 周,2 组患者颈部疼痛 VAS 评分比较,差异均无统计学意义($t=-0.233, P=0.807$; $t=0.155, P=0.877$);治疗开始后 12 周,八段锦组颈部疼痛 VAS 评分低于常规康复组($t=-8.251, P=0.000$)。②SAS 评分。时间因素与分组因素存在交互效应($F=8.948, P=0.000$);2 组患者 SAS 评分比较,组间差异有统计学意义,即存在分组效应($F=5.428, P=0.023$);治疗前后不同时间点之间 SAS 评分的差异有统计学意义,即存在时间效应($F=22.020, P=0.000$);八段锦组患者 SAS 评分随时间呈下降趋势,但常规康复组患者 SAS 评分不随时间发生明显变化[(47.03±6.38)分, (40.14±6.48)分, (33.48±6.00)分, $F=34.807, P=0.000$; (45.65±7.21)分, (42.21±8.13)分, (42.59±11.50)分, $F=1.283, P=0.283$];治疗前和治疗开始后 2 周,2 组患者 SAS 评分比较,差异均无统计学意义($t=0.782, P=0.437$; $t=-1.089, P=0.281$);治疗开始后 12 周,八段锦组 SAS 评分低于常规康复组($t=-3.850, P=0.000$)。③SDS 评分。时间因素与分组因素存在交互效应($F=4.796, P=0.013$);2 组患者 SDS 评分比较,组间差异无统计学意义,即不存在分组效应($F=0.964, P=0.330$);治疗前后不同时间点之间 SDS 评分的差异有统计学意义,即存在时间效应($F=54.989, P=0.000$);2 组患者 SDS 评分随时间均呈下降趋势,但 2 组的下降趋势不完全一致[(49.49±10.25)分, (43.67±8.97)分, (37.00±8.98)分, $F=13.212, P=0.000$; (50.03±10.23)分, (43.83±8.87)分, (42.50±7.80)分, $F=5.938, P=0.004$];治疗前和治疗开始后 2 周,2 组患者 SDS 评分比较,差异均无统计学意义($t=-0.205, P=0.838$; $t=-0.072, P=0.943$);治疗开始后 12 周,八段锦组 SDS 评分低于常规康复组($t=-2.534, P=0.014$)。④颈椎病治疗成绩评定表评分。时间因素与分组因素存在交互效应($F=29.730, P=0.000$);2 组患者颈椎病治疗成绩评定表评分比较,组间差异有统计学意义,即存在分组效应($F=25.235, P=0.000$);治疗前后不同时间点之间颈椎病治疗成绩评定表评分的差异有统计学意义,即存在时间效应($F=155.061, P=0.000$);2 组患者颈椎病治疗成绩评定表评分随时间均呈上升趋势,但 2 组的上升趋势不完全一致[(16.67±2.58)分, (22.03±2.16)分, (23.93±1.74)分, $F=89.215, P=0.000$; (16.23±2.47)分, (21.93±1.84)分, (19.03±1.54)分, $F=61.598, P=0.000$];治疗前和治疗开始后 2 周,2 组患者颈椎病治疗成绩评定表评分比较,差异均无统计学意义($t=0.664, P=0.509$; $t=0.193, P=0.847$);治疗开始后 12 周,八段锦组颈椎病治疗成绩评定表评分高于常规康复组($t=11.541, P=0.000$)。结论:在常规康复治疗的基础上进行八段锦锻炼,有助于缓解老年神经根型颈椎病患者颈部疼痛、减轻患者焦虑和抑郁、促进颈椎功能恢复,其疗效优于单纯的常规康复治疗。

关键词 颈椎病;神经根病;八段锦;康复;老年人;临床试验

Application of BADUANJIN(八段锦) exercises combined with conventional rehabilitation therapy to the rehabilitation of cervical spondylotic radiculopathy in aged patients

YUAN Julian, LUO Lun, ZHAO Yan, TANG Jiangyue, WANG Bei, ZHANG Xin

The Second People's Hospital of Chengdu city, Chengdu 610017, Sichuan, China

ABSTRACT Objective: To explore the applied values of BADUANJIN (八段锦, BDJ) exercises combined with conventional rehabilitation therapy in the rehabilitation of cervical spondylotic radiculopathy (CSR) in aged patients. **Methods:** Sixty patients with CSR were enrolled in the study and were randomly divided into conventional rehabilitation group and BDJ group, 30 cases in each group. All patients in the 2 groups were treated with oral application of mecobalamin tablets, cervical traction, electroacupuncture therapy combined with far-infrared therapy, TUINA and joint mobilization, medium frequency electrotherapy and ultrashort wave therapy for one course of treatment, 2 weeks for each course. Moreover, the patients in BDJ group were treated with BDJ exercises for consecutive 12 weeks. The neck pain visual analogue scale (VAS) score, self-rating anxiety scale (SAS) score, self-rating depression scale (SDS) score and treatment outcome score of cervical spondylosis were recorded and compared between the 2 groups before treatment and at 2 and 12 weeks after the beginning of the treatment respectively. **Results:** There was interaction between time factor and group factor in neck pain VAS scores ($F = 27.722, P = 0.000$). There was statistical difference in neck pain VAS scores between the 2 groups, in other words, there was group effect ($F = 8.031, P = 0.006$). There was statistical difference in neck pain VAS scores between different timepoints before and after the treatment, in other words, there was time effect ($F = 97.739, P = 0.000$). The neck pain VAS scores presented a time-dependent decreasing trend in both of the 2 groups, while the 2 groups were inconsistent with each other in the decreasing tendency ($4.07 \pm 1.14, 2.13 \pm 0.90, 0.93 \pm 0.58$ points, $F = 91.616, P = 0.000; 4.13 \pm 1.07, 2.10 \pm 0.76, 2.50 \pm 0.86$ points, $F = 42.259, P = 0.000$). There was no statistical difference in neck pain VAS scores between the 2 groups before the treatment and at 2 weeks after the beginning of the treatment ($t = -0.233, P = 0.807; t = 0.155, P = 0.877$). The neck pain VAS scores were lower in BDJ group compared to conventional rehabilitation group at 12 weeks after the beginning of the treatment ($t = -8.251, P = 0.000$). There was interaction between time factor and group factor in SAS scores ($F = 8.948, P = 0.000$). There was statistical difference in SAS scores between the 2 groups, in other words, there was group effect ($F = 5.428, P = 0.023$). There was statistical difference in SAS scores between different timepoints before and after the treatment, in other words, there was time effect ($F = 22.020, P = 0.000$). The SAS scores presented a time-dependent decreasing trend in BDJ group and remained substantially unchanged in conventional rehabilitation group ($47.03 \pm 6.38, 40.14 \pm 6.48, 33.48 \pm 6.00$ points, $F = 34.807, P = 0.000; 45.65 \pm 7.21, 42.21 \pm 8.13, 42.59 \pm 11.50$ points, $F = 1.283, P = 0.283$). There was no statistical difference in SAS scores between the 2 groups before the treatment and at 2 weeks after the beginning of the treatment ($t = 0.782, P = 0.437; t = -1.089, P = 0.281$). The SAS scores were lower in BDJ group compared to conventional rehabilitation group at 12 weeks after the beginning of the treatment ($t = -3.850, P = 0.000$). There was interaction between time factor and group factor in SDS scores ($F = 4.796, P = 0.013$). There was no statistical difference in SDS scores between the 2 groups, in other words, there was no group effect ($F = 0.964, P = 0.330$). There was statistical difference in SDS scores between different timepoints before and after the treatment, in other words, there was time effect ($F = 54.989, P = 0.000$). The SDS scores presented a time-dependent decreasing trend in both of the 2 groups, while the 2 groups were inconsistent with each other in the decreasing tendency ($49.49 \pm 10.25, 43.67 \pm 8.97, 37.00 \pm 8.98$ points, $F = 13.212, P = 0.000; 50.03 \pm 10.23, 43.83 \pm 8.87, 42.50 \pm 7.80$ points, $F = 5.938, P = 0.004$). There was no statistical difference in SDS scores between the 2 groups before the treatment and at 2 weeks after the beginning of the treatment ($t = -0.205, P = 0.838; t = -0.072, P = 0.943$). The SDS scores were lower in BDJ group compared to conventional rehabilitation group at 12 weeks after the beginning of the treatment ($t = -2.534, P = 0.014$). There was interaction between time factor and group factor in treatment outcome scores of cervical spondylosis ($F = 29.730, P = 0.000$). There was statistical difference in treatment outcome scores of cervical spondylosis between the 2 groups, in other words, there was group effect ($F = 25.235, P = 0.000$). There was statistical difference in treatment outcome scores of cervical spondylosis between different timepoints before and after the treatment, in other words, there was time effect ($F = 155.061, P = 0.000$). The treatment outcome scores of cervical spondylosis presented a time-dependent increasing trend in both of the 2 groups, while the 2 groups were inconsistent with each other in the increasing tendency ($16.67 \pm 2.58, 22.03 \pm 2.16, 23.93 \pm 1.74$ points, $F = 89.215, P = 0.000; 16.23 \pm 2.47, 21.93 \pm 1.84, 19.03 \pm 1.54$ points, $F = 61.598, P = 0.000$). There was no statistical difference in treatment outcome scores of cervical spondylosis between the 2 groups before the treatment and at 2 weeks after the beginning of the treatment ($t = 0.664, P = 0.509; t = 0.193, P = 0.847$). The treatment outcome scores of cervical spondylosis were higher in BDJ group compared to conventional rehabilitation group at 12 weeks after the beginning of the treatment ($t = 11.541, P = 0.000$). **Conclusion:** On the basis of conventional rehabilitation therapy, BDJ exercises is helpful to relieving neck pain, alleviating anxiety and depression and promoting cervical functional recovery in aged patients with CSR. The combination therapy surpasses the monotherapy of conventional reha-

bilitation therapy in the clinical curative effect.

Keywords cervical spondylosis; radiculopathy; BADUANJIN; rehabilitation; aged; clinical trial

随着我国人口老龄化的加剧,老年神经根型颈椎病患者数量也呈明显上升趋势。老年人多存在心脑血管疾病、呼吸系统疾病、内分泌疾病、脊柱退行性疾病等^[1],其中神经根型颈椎病引起的反复疼痛、肢体麻木、活动受限等不适症状不仅会影响老年人的睡眠,还会诱发不良情绪,如抑郁、焦虑、紧张等,影响其生活质量^[2-3]。有研究表明,练习八段锦可以预防及治疗神经根型颈椎病^[4]。为了探讨八段锦锻炼联合常规康复疗法在老年神经根型颈椎病患者康复治疗中的应用价值,2015 年 6 月至 2018 年 3 月,我们分别采用八段锦锻炼联合常规康复疗法和单纯的常规康复治疗治疗老年神经根型颈椎病患者 60 例,对其疗效进行了观察和对比,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 纳入研究的患者共 60 例,男 16 例、女 44 例。年龄 60 ~ 82 岁,中位数 67 岁。均为在成都市第二人民医院住院治疗的老年神经根型颈椎病患者。病程 15 d 至 24 年,中位数 4 年。试验方案经医院医学伦理委员会审查通过。

1.2 纳入标准 ①符合《神经根型颈椎病诊疗规范化的专家共识》中神经根型颈椎病的诊断标准^[5];②年龄 ≥ 60 岁;③以颈肩背痛及上肢酸麻胀痛为主症;④自愿参与本研究,并签署知情同意书。

1.3 排除标准 ①既往有颈椎手术史者;②合并其他脏器疾病不能耐受试验者;③患有精神类疾病者;④有颈椎牵引禁忌证者。

2 方法

2.1 分组方法 采用随机数字表将符合要求的 60 例患者随机分为常规康复组和八段锦组。

2.2 治疗方法

2.2.1 常规康复组 常规康复组采用以下康复疗法治疗,2 周为 1 个疗程,共 1 个疗程。具体包括:①药物口服。甲钴胺片口服,每次 1 片,每日 3 次。②颈椎牵引。颈椎牵引力为体重的 10% ~ 20%,以患者能耐受为度,每日 1 次,每次 15 ~ 20 min。③电针联合远红外线疗法。针刺选取风池、肩三贞、天宗、曲池、手三里、合谷、阿是穴等穴位。常规消毒后,选用直径 0.3 mm、长 40 mm 的毫针针刺,待患者出现酸、麻、胀

等得气感觉后,接通 G6805 电针仪(上海华谊医用仪器有限公司),波形为续断波,频率 2 Hz,电流强度由弱渐强调至患者能耐受为限;同时配合远红外线照射患部,以温热为宜。每日 1 次,每次 30 min。④推拿和关节松动手法。先于颈、肩及背部施用揉、拿、捏、推等手法放松颈部、后枕部和患肢的肌肉,然后进行关节松动手法治疗。每日 1 次,每次 20 ~ 30 min。⑤中频电疗法。将 ECM99 - IE 型电脑中频治疗仪(北京爱沃斯洁翔云科技有限公司)的电极置于颈椎两侧,选取 1 号处方,每日 1 次,每次 20 min。⑥超短波疗法。将 DL - C - M 型超短波治疗仪(汕头市医用设备厂有限公司)的电极板分别置于颈后和患肢前臂,使用微或温热量,频率 50 MHz,波长 6 m,每日 1 次,每次 15 min。

2.2.2 八段锦组 在常规康复疗法的基础上配合八段锦锻炼(国家体育总局创编)。八段锦锻炼分 3 个阶段:第 1 阶段为学习期(治疗开始第 1 周),此期由治疗师带教,每周 5 次,每次 40 min;第 2 阶段为加强练习期(治疗开始第 2 周),此期由治疗师每日监督并指导患者,每周 5 次,每次 40 min;第 3 阶段为维持练习期(患者回家后第 1 周至第 10 周),此期由治疗师每周监督并指导患者练习 1 次,要求患者每周自行练习 3 ~ 5 次,每次 40 min。

2.3 疗效评价方法 分别于治疗前及治疗开始后 2 周、12 周,比较 2 组患者颈部疼痛视觉模拟量表(visual analogue scale, VAS)评分^[6]、焦虑自评量表(self-rating anxiety scale, SAS)评分^[7-8]、抑郁自评量表(self-rating depression scale, SDS)评分^[7-8]及颈椎病治疗成绩评定表评分^[9]。SAS 评分和 SDS 评分分别包括 20 个项目,每个项目分 4 级评分,将 20 个项目的各个得分相加即得原始分,再乘以 1.25 以后取得整数部分,即为标准分;标准得分直接反应患者焦虑或抑郁程度,得分越高焦虑或抑郁越严重。颈椎病治疗成绩评定表由四川大学华西医院康复医学科自行改良制定,包含了自觉症状、临床检查、日常生活活动 3 个部分,每个分项均有级别评分,最高评分为 27 分;分值越高,颈椎功能恢复越好。

2.4 数据统计方法 采用 SPSS21.0 统计软件对所

得数据进行统计学分析,2 组患者性别的比较采用 χ^2 检验,年龄、病程的组间比较采用 t 检验,颈部疼痛 VAS 评分、SAS 评分、SDS 评分和颈椎病治疗成绩评分表评分的比较均采用重复测量资料的方差分析,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

3 结果

3.1 分组结果 常规康复组和八段锦组各 30 例。2 组患者基线资料比较,差异无统计学意义,有可比性(表 1)。

3.2 颈部疼痛 VAS 评分 时间因素与分组因素存在交互效应;2 组患者颈部疼痛 VAS 评分比较,组间差异有统计学意义,即存在分组效应;治疗前后不同时间点之间颈部疼痛 VAS 评分的差异有统计学意义,即存在时间效应;2 组患者颈部疼痛 VAS 评分随时间均呈下降趋势,但 2 组的下降趋势不完全一致;治疗前和治疗开始后 2 周 2 组患者颈部疼痛 VAS 评分比较,差异均无统计学意义;治疗开始后 12 周,八段锦组颈部疼痛 VAS 评分低于常规康复组(图 1、表 2)。

3.3 SAS 评分 时间因素与分组因素存在交互效应;2 组患者 SAS 评分比较,组间差异有统计学意义,即存在分组效应;治疗前后不同时间点之间 SAS 评分的差异有统计学意义,即存在时间效应;八段锦组患者 SAS 评分随时间呈下降趋势,但常规康复组患者 SAS 评分不随时间发生明显变化;治疗前和治疗开始后 2 周,2 组患者 SAS 评分比较,差异均无统计学意义;治疗开始后 12 周,八段锦组 SAS 评分低于常规康复组(表 3、图 2)。

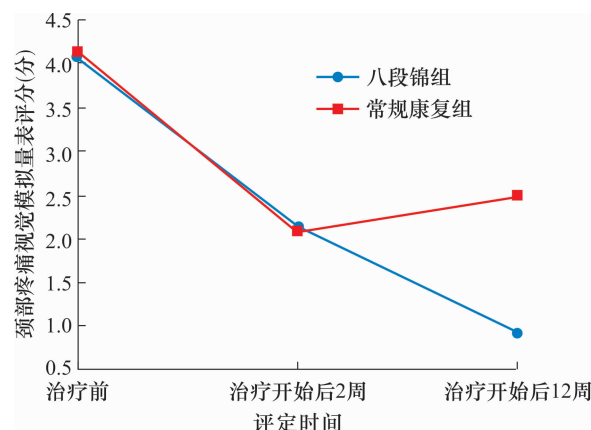


图 1 2 组老年神经根型颈椎病患者治疗前后颈部疼痛视觉模拟量表评分变化趋势图

表 1 2 组老年神经根型颈椎病患者基线资料

组别	样本量(例)	性别(例)		年龄($\bar{x} \pm s$, 岁)	病程($\bar{x} \pm s$, 月)
		男	女		
八段锦组	30	7	23	67.53 ± 5.58	44.32 ± 58.92
常规康复组	30	9	21	67.00 ± 7.18	38.93 ± 54.05
检验统计量		$\chi^2 = 0.341$		$t = 0.316$	$t = 0.363$
P 值		0.559		0.753	0.718

表 2 2 组老年神经根型颈椎病患者颈部疼痛视觉模拟量表评分

组别	样本量(例)	颈部疼痛视觉模拟量表评分($\bar{x} \pm s$, 分)				F 值	P 值
		治疗前	治疗开始后 2 周	治疗开始后 12 周	合计		
八段锦组	30	4.07 ± 1.14	2.13 ± 0.90	0.93 ± 0.58	2.38 ± 1.58	91.616	0.000
常规康复组	30	4.13 ± 1.07	2.10 ± 0.76	2.50 ± 0.86	2.91 ± 1.26	42.259	0.000
合计	60	4.10 ± 1.10	2.12 ± 0.83	1.72 ± 1.08	2.64 ± 1.45	97.739 ¹⁾	0.000 ¹⁾
检验统计量		$t = -0.233$	$t = 0.155$	$t = -8.251$	8.031 ¹⁾	$F = 27.722^{2)}$,	
P 值		0.807	0.877	0.000	0.006 ¹⁾	$P = 0.000^{2)}$	

1) 主效应的 F 值和 P 值; 2) 交互效应的 F 值和 P 值

表 3 2 组老年神经根型颈椎病患者治疗前后焦虑自评量表评分

组别	样本量(例)	焦虑自评量表评分($\bar{x} \pm s$, 分)				F 值	P 值
		治疗前	治疗开始后 2 周	治疗开始后 12 周	合计		
八段锦组	30	47.03 ± 6.38	40.14 ± 6.48	33.48 ± 6.00	40.22 ± 8.35	34.807	0.000
常规康复组	30	45.65 ± 7.21	42.21 ± 8.13	42.59 ± 11.50	43.48 ± 9.16	1.283	0.283
合计	60	46.25 ± 6.79	40.63 ± 7.36	37.50 ± 10.19	42.50 ± 8.85	22.020 ¹⁾	0.000 ¹⁾
检验统计量		$t = 0.782$	$t = -1.089$	$t = -3.850$	5.428 ¹⁾	$F = 8.948^{2)}$,	
P 值		0.437	0.281	0.000	0.023 ¹⁾	$P = 0.000^{2)}$	

1) 主效应的 F 值和 P 值; 2) 交互效应的 F 值和 P 值

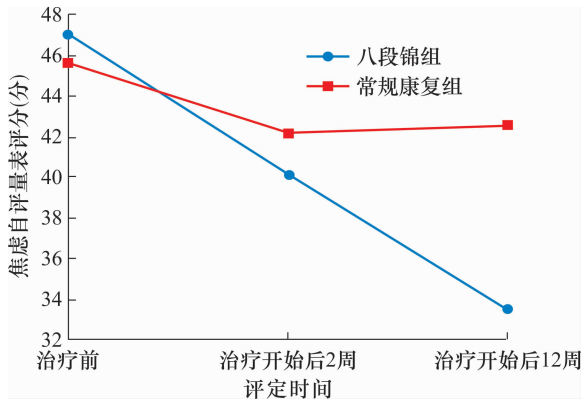


图2 老年神经根型颈椎病患者治疗前后焦虑自评量表评分变化趋势图

3.4 SDS 评分 时间因素与分组因素存在交互效应;2 组患者 SDS 评分比较,组间差异无统计学意义,即不存在分组效应;治疗前后不同时间点之间 SDS 评分的差异有统计学意义,即存在时间效应;2 组患者

SDS 评分随时间均呈下降趋势,但 2 组的下降趋势不完全一致;治疗前和治疗开始后 2 周,2 组患者 SDS 评分比较,差异均无统计学意义;治疗开始后 12 周,八段锦组 SDS 评分低于常规康复组(表 4、图 3)。

3.5 颈椎病治疗成绩评定表评分 时间因素与分组因素存在交互效应;2 组患者颈椎病治疗成绩评定表评分比较,组间差异有统计学意义,即存在分组效应;治疗前后不同时间点之间颈椎病治疗成绩评定表评分的差异有统计学意义,即存在时间效应;2 组患者颈椎病治疗成绩评定表评分随时间均呈上升趋势,但 2 组的上升趋势不完全一致;治疗前和治疗开始后 2 周,2 组患者颈椎病治疗成绩评定表评分比较,差异均无统计学意义;治疗开始后 12 周,八段锦组颈椎病治疗成绩评定表评分高于常规康复组(表 5、图 4)。

表 4 2 组老年神经根型颈椎病患者治疗前后抑郁自评量表评分

组别	样本量 (例)	抑郁自评量表评分($\bar{x} \pm s$, 分)				F 值	P 值
		治疗前	治疗开始后 2 周	治疗开始后 12 周	合计		
八段锦组	30	49.49 ± 10.25	43.67 ± 8.97	37.00 ± 8.98	43.39 ± 10.63	13.212	0.000
常规康复组	30	50.03 ± 10.23	43.83 ± 8.87	42.50 ± 7.80	45.46 ± 9.52	5.938	0.004
合计	60	46.25 ± 10.16	42.50 ± 8.87	40.00 ± 8.78	42.50 ± 10.12	54.989 ¹⁾	0.000 ¹⁾
检验统计量		$t = -0.205$	$t = -0.072$	$t = -2.534$	0.964 ¹⁾	$F = 4.796^{2)}$,	
P 值		0.838	0.943	0.014	0.330 ¹⁾	$P = 0.013^{2)}$	

1) 主效应的 F 值和 P 值;2) 交互效应的 F 值和 P 值

表 5 2 组老年神经根型颈椎病患者颈椎病治疗成绩评定表评分

组别	样本量 (例)	颈椎病治疗成绩评定表评分($\bar{x} \pm s$, 分)				F 值	P 值
		治疗前	治疗开始后 2 周	治疗开始后 12 周	合计		
八段锦组	30	16.67 ± 2.58	22.03 ± 2.16	23.93 ± 1.74	20.88 ± 3.77	89.215	0.000
常规康复组	30	16.23 ± 2.47	21.93 ± 1.84	19.03 ± 1.54	19.07 ± 3.04	61.598	0.000
合计	60	16.00 ± 2.51	22.00 ± 1.99	21.00 ± 2.96	20.00 ± 3.54	155.061 ¹⁾	0.000 ¹⁾
检验统计量		$t = 0.664$	$t = 0.193$	$t = 11.541$	25.235 ¹⁾	$F = 29.730^{2)}$,	
P 值		0.509	0.847	0.000	0.000 ¹⁾	$P = 0.013^{2)}$	

1) 主效应的 F 值和 P 值;2) 交互效应的 F 值和 P 值

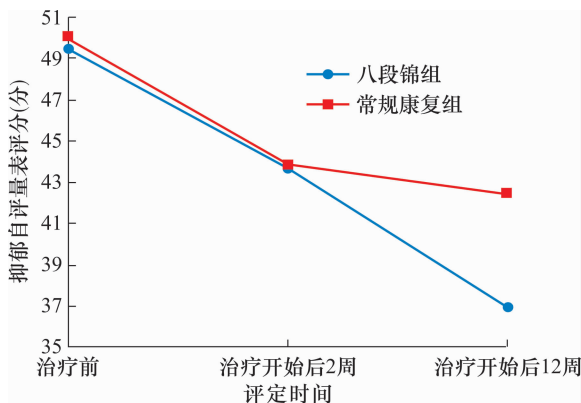


图3 2 组老年神经根型颈椎病患者治疗前后抑郁自评量表评分变化趋势图

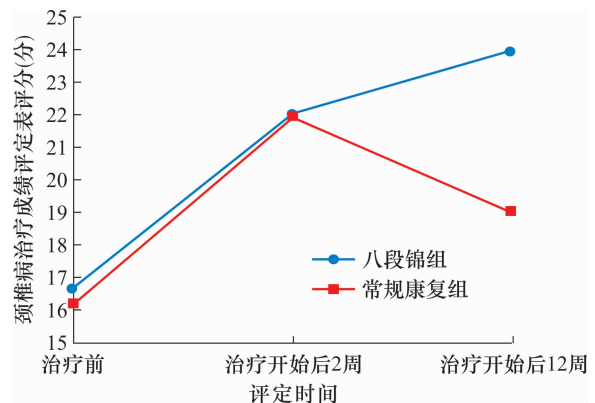


图4 2 组老年神经根型颈椎病患者颈椎病治疗成绩评定表评分变化趋势图

4 讨 论

随着年龄的增长,人类颈椎结构会逐渐出现退行性改变,导致颈椎形态学改变、颈椎的稳定性下降,从而导致颈椎病的发生^[10-11]。神经根型颈椎病虽然并不危及患者生命,早期往往被患者及其家人所忽视,但长期的颈部疼痛、活动受限不仅给患者带来身体上的痛苦,同时还易导致患者焦虑、抑郁情绪的发生,影响其生活质量^[12]。老年患者基础疾病较多,手术风险大,因此对于老年神经根型颈椎病患者,应首选非手术疗法治疗。但有研究^[13]报道单纯颈椎牵引对于病程较长、症状较为严重的老年颈椎患者的疗效并不满意。牵引的目的是解除患者颈部肌肉痉挛,缓解疼痛症状,增大椎间隙和椎间孔,调整小关节,恢复已被破坏的颈椎内外平衡;但是由于老年患者多合并骨质疏松症,所以在牵引重量及时间上均应加以控制。常规康复疗法对神经根型颈椎病行之有效,已被临床证实并广泛应用^[14-15];但是常规康复疗法的治疗效果并不十分理想,短期可能效果明显,时间久则极易复发^[16]。临床上我们常采用常规康复疗法联合八段锦锻炼治疗老年神经根型颈椎病,并取得了满意的疗效。

八段锦柔和缓慢、松紧结合、动静相间,对老年人常见病、多发病,如心脑血管疾病、呼吸系统疾病、内分泌疾病、骨骼肌肉退行性变疾病等,均有很好的临床疗效^[17-22]。练习八段锦不仅可以促进人体气血循环,改善心肺功能,调节血压、血糖,改善患者认知功能和头痛、眩晕、失眠症状^[23-24],以及缓解颈部疼痛症状;还可以缓解焦虑、抑郁等不良情绪^[25],提高患者生活质量及治疗的满意度^[26]。八段锦锻炼以脊柱为轴,身体各方向的旋转、拉伸动作不仅对颈肩部肌肉及脊柱各个小关节有较强的牵伸作用,还可以刺激督脉、背腧穴,增加手臂力量,矫正不良姿势,增强颈肩的灵活性和稳定性,对于神经根型颈椎病患者有较好的治疗效果^[27]。此外,八段锦锻炼还能调理三焦,促进全身气血运行,疏肝理气,调畅情志。由此可见,八段锦锻炼不仅能预防及治疗神经根型颈椎病,还具有强壮五脏、调畅人体不良情绪的作用^[28]。

本研究结果显示,在常规康复疗法的基础上进行八段锦锻炼,有助于缓解老年神经根型颈椎病患者颈部疼痛、减轻患者焦虑和抑郁、促进颈椎功能恢复,其疗效优于单纯的常规康复疗法。

5 参考文献

- [1] 白小涓,刘晓红,李小鹰,等. 关于老年医学科建设和管理的建议[J]. 中华老年医学杂志, 2019, 38(1): 1-3.
- [2] 奎瑜,陈秀华,徐振华,等. 陈氏飞针治疗椎动脉型颈椎病伴失眠的临床研究[J]. 中国全科医学, 2016, 19(21): 2553-2556.
- [3] 张若冰. 推拿改善颈型颈椎病员工焦虑状态:疼痛缓解的中介作用[J]. 中国疼痛医学杂志, 2018, 24(12): 927-931.
- [4] 湛利,杨顺露,杨志华. 健身气功八段锦结合针刺和火罐治疗 60 例神经根型颈椎病的临床疗效[J]. 上海医药, 2016, 37(22): 29-31.
- [5] 神经根型颈椎病诊疗规范化研究专家组. 神经根型颈椎病诊疗规范化的专家共识[J]. 中华外科杂志, 2015, 53(11): 812-814.
- [6] 袁菊莲,代庆凯,段鑫,等. 地震后下肢截肢患者综合康复治疗疗效分析[J]. 中国康复医学杂志, 2009, 24(8): 741-743.
- [7] 杨丽,侯洁,刘新春,等. 情绪反应性量表中文版的信效度检验[J]. 中国临床心理学杂志, 2018, 26(2): 264-267.
- [8] 段泉泉,胜利. 焦虑及抑郁自评量表的临床效度[J]. 中国心理卫生杂志, 2012, 26(9): 676-679.
- [9] 王晓红,丁明甫,何成奇,等. 颈椎病颈椎功能评定表[J]. 华西医学, 2003, 18(1): 35-36.
- [10] 刘亮,李曦光,徐蓉. 颈椎牵引联合肌力训练治疗老年颈椎患者的疗效观察[J]. 医学临床研究, 2017, 34(3): 601-603.
- [11] 刘斌. 脉冲射频对早期神经根型颈椎病疼痛的疗效观察[J]. 中国康复, 2017, 32(6): 506-507.
- [12] 黄春兰,陆青梅,黄连欣,等. 颈椎病患者疾病不确定感与焦虑、抑郁相关性调查分析[J]. 中国医药导报, 2013, 10(9): 109-110.
- [13] 郭贞雄,汤兴华. 颈椎生理曲度改变的治疗进展[J]. 中医临床杂志, 2015, 27(1): 142-145.
- [14] 於先贵. 综合康复治疗神经根型颈椎病 65 例[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2007, 29(3): 162-163.
- [15] 江建春. 神经根型颈椎病的中医药治疗研究概况[J]. 中医正骨, 2015, 27(11): 71-74.
- [16] 王群,张洁,杨玉英,等. 颈操八段锦锻炼对颈椎病保守治疗的疗效观察[J]. 中国现代医生, 2010, 48(35): 39.
- [17] 沈丽玲. 八段锦的生理效应研究评述[J]. 临沂大学学报, 2013, 35(3): 103-107.
- [18] YU M, LI S, LI S, et al. Baduanjin exercise for patients with ischemic heart failure on phase-II cardiac rehabilitation (BEAR trial): study protocol for a prospective randomized controlled trial[J]. Trials, 2018, 19(1): 381. (下转第 34 页)