

数据用均数 $\pm$ 标准差表示, 采用 SPSS12.0 软件进行 t 检验方法对数据进行分析。

2 结果

见表 1。被试在语言理解、沟通意图、遵从指示、回应他人、要求行为等方面干预前、后差异有显著性意义, 说明被试在这些方面进步较大; 从干预前、后的平均数来看, 被试在互动能力、情绪表达等方面也有进步, 但进步不显著。

表 1 基本沟通行为干预前、后测对比分析 ($\bar{x}\pm s$)

项目	干预前	干预后
语言理解	1.32 $\pm$ 0.50	2.43 $\pm$ 0.85 ^①
沟通意图	1.20 $\pm$ 0.46	2.30 $\pm$ 0.78 ^①
遵从指示	1.43 $\pm$ 0.49	2.52 $\pm$ 0.81 ^①
回应他人	1.25 $\pm$ 0.43	2.08 $\pm$ 0.86 ^①
要求行为	1.33 $\pm$ 0.60	2.07 $\pm$ 0.93 ^①
互动能力	1.07 $\pm$ 0.26	1.80 $\pm$ 0.60
情绪表达	1.14 $\pm$ 0.35	1.57 $\pm$ 0.46

①与干预前相比较 $P<0.05$

3 讨论

自然教法是运用传统的教法如离散单元教法的一些方法和基本原则而发展出来的一个训练体系, 它非常重视教育环境的安排, 它主张对自闭症儿童的训练应该是在自然的教育环境和家庭环境中进行, 当然也可以是通过设计创造一种特定的环境。这些环境, 自然、宽松、和谐, 能提高训练的趣味性, 激发自闭症儿童快乐、合作的情绪, 鼓励自闭症儿童沟通

与交往, 从而提高自闭症儿童的主动性和自然行为能力^[5]。本研究采用自然教法干预的措施, 结果显示, 该自闭症儿童在沟通意图、遵从指示、回应他人等多项沟通行为指标取得了明显效果, 有效地改善了自闭症儿童沟通意愿和沟通技巧。

对自闭症儿童进行沟通训练是一项系统工程, 单靠学校是不够的, 要充分发挥家庭、社区、学校的作用。父母及其他家庭成员是自闭症儿童的核心支持者, 他们与自闭症孩子生活在一起, 可以抓住生活中的每一个机会进行“引导式参与”, 创设能让孩子产生活动动机的情境, 促进孩子利用一切机会学习人际交往技能^[6]。本研究采用了家校合作的教育训练模式, 学校负责对儿童家长进行有关教育方法的培训, 教师则要与家长共同制定个别教育计划, 共同实施教育计划, 定期沟通及时修改完善计划, 共同参与评估。这些措施是本实验获得成功的保障和收获。

参考文献

- [1] 魏寿洪. AAC 在自闭症儿童沟通行为中的应用分析[J]. 中国特殊教育, 2006, 11: 44—45.
- [2] 陈墨, 韦小满. 自闭症弱中央统合理论综述[J]. 中国特殊教育, 2008, 10: 79.
- [3] 丹豫晋, 苏连勇, 刘映海. 自闭症幼儿沟通行为的体育干预个案研究[J]. 天津体育学院学报, 2006, 2: 120—122.
- [4] 黄伟合. 儿童自闭症及其他发展性障碍的行为干预[M]. 上海: 华东师范大学出版社, 2005: 92.
- [5] 尤娜, 杨广学. 自闭症诊断与干预研究综述[J]. 中国特殊教育, 2006, 7: 26—30.
- [6] 王姣艳. 论自闭症个体人际交往支持网络的构建 [J]. 中国特殊教育, 2008, 11: 32—33.

·短篇论著·

手法结合半导体激光治疗颈源性头痛的临床观察

庄淑美¹ 刘建桥¹ 张 敏¹

近几年, 随着颈椎病发病率的升高, 以头痛为主症的颈源性头痛亦有增多的趋势, 其治疗方法各异。2006—2008 年北京市海淀区医院康复科, 经临床筛选, 对颈椎病采用手法结合半导体激光治疗, 取得了良好治疗效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将 90 例门诊患者, 随机分为观察组(手法结合半导体激光组)30 例, 其中男 14 例, 女 16 例; 年龄 19—62 岁, 平均 45 岁; 病程 7 天—18 年, 平均 30 个月。对照组 1(手法组), 男 12 例, 女 18 例; 年龄 22—65 岁, 平均 48 岁; 病程 1 天—21 年, 平均 31 月。对照组 2(半导体激光组), 男 13 例, 女 17 例; 年龄 20—64 岁, 平均 47 岁; 病程 3 天—20 年, 平均 29 个月。3 组年龄、性别、病程差异无显著性, 具有可比性。

1.2 症状和体征

颈源性头痛患者的临床表现包括: ①患者均有后枕部疼痛, 有时牵及头顶, 甚至波及前额及眼眶, 也可于一侧耳后,

乳突、颞部疼痛不适, 压之舒服, 不良的颈部姿势可诱发头痛的发作, 可伴有同侧肩部或上肢痛, 颈部僵直, 主动和被动活动受限。②体格检查: 其中枕大(风池穴)或枕小神经处压痛占 80%, 颈部活动受限占 72%, 颈 2 棘突偏歪占 70%, 颈 2 横突压痛 70%, 头颈夹肌和半棘肌压痛 85%, 斜方肌压痛、胸锁乳突肌止点压痛占 53%。病程较长者可有颞部、顶部、枕部压痛点。③影像学表现: 所有患者均行颈椎正侧位及张口位 X 线检查, 显示颈椎生理曲度变直占 71%, 枢椎棘突偏离中线占 85%, 寰齿间距不对称占 43%, 关节间隙变窄占 32%, 棘上韧带钙化 17%等颈椎退行性改变征象等。

1.3 治疗方法

1.3.1 对照组 1(手法组)治疗方法: 先手法用指揉风池、风府、弹拨双侧头颈夹肌、半棘肌、斜方肌及胸锁乳突肌, 力度由轻到重, 以放松局部肌肉。根据诊断结果对有关小关节错位

1 北京市海淀区医院, 北京, 100080

作者简介: 庄淑美, 女, 副主任医师

收稿日期: 2008-10-10

者实施复位法。例如枢椎棘突向左偏离中线;患者坐位,医生站在患者身后左手或左肘窝托住患者下颌,右手拇指按在枢椎棘突左侧,让患者微屈颈且头向左旋转,当患者头部向左旋转到极限时,医者左手托患者下颌用右手拇指指向右轻微瞬间相对用力,力度轻巧切忌暴力,常感觉有咔嚓声响,但也有无声音者,不要强求。然后将患者头部恢复中立位,进行触诊检查,如棘突复位则复位完成。T3—7 椎棘突偏离中线者手法同上。但是错位小关节的位置越靠下患者屈颈角度相应加大使剪力作用到相应椎体上。

1.3.2 对照组 2(半导体激光组)治疗方法:采用北京三顿电子技术有限公司生产的 SUNDOM-300IB 型半导体激光治疗仪治疗,小探头激光辐射部位为颈枕后痛点及相关穴位如风池、风府、百会、太阳等穴,每次辐射 1—8 点,平均 4 点,辐射功率一般在 200—300mW,每点辐射 3min。

1.3.3 观察组(手法结合半导体激光组)治疗方法:手法结合半导体激光治疗,操作同上 2 组。

1.3.4 治疗时间:3 组治疗均 1 次/d。5 次/疗程。间隔 2d 后再行下一疗程,2 个疗程后观察疗效。

1.4 疗效评定方法

1.4.1 疼痛评定:患者治疗前后均采用视觉模拟评分法(visual analog scale,VAS)对其自觉疼痛进行评价。

1.4.2 疗效判断标准:参照国家中医药管理局中医病证诊断标准^[1]拟订。痊愈:头痛完全消失、伴随症状、体征消除,随访半年以上无复发;显效:头痛程度明显缓解、发作次数减少 4/5、伴随症状及体征基本消失;好转:头痛程度减轻、发作次数减少 2/5、伴随症状及体征有所缓解;无效:治疗前后症状及体征无任何改善。

1.5 统计学分析

计量资料用均数±标准差表示,治疗前后和组间参数的比较采用 *t* 检验。计数资料比较采用 χ^2 检验,采用 SPSS11.5 统计分析软件。

2 结果

2.1 三组患者治疗前后 VAS 评分比较

观察组和 2 个对照组在治疗前疼痛评分差异无显著性意义 ($P>0.05$),说明 3 组具有可比性。治疗 2 疗程后,3 组 VAS 评分均较治疗前下降,观察组的疼痛评分明显比 2 个对照组低,比较差异均有显著性意义 ($P<0.05$),对照组 1 和对照组 2 相比较无显著性意义 ($P>0.05$),说明手法和半导体激光治疗作用无显著性差异,见表 1。

2.2 三组患者临床疗效比较

观察组痊愈率、总有效率与两个对照组比较,差异均有显著性 ($P<0.05$),见表 2。说明观察组疗效优于两个对照组。

3 讨论

颈性头痛是指由颈椎和/或颈部软组织的器质性或功能性病损引起头部疼痛为主要表现的综合征^[2]。颈源性头痛的发生机制仍不完全清楚,现在普遍公认的原因机制是会聚理论和炎症理论。由于后枕部及冠状缝之间区域是由枕大神经、枕小神经及耳大神经支配,其余头部区域感觉主要是由三

表 1 三组患者治疗前后 VAS 评分比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
观察组	30	7.53±1.38	1.97±1.77 ^②
对照组 1	30	7.40±1.28	3.70±1.71 ^③
对照组 2	30	7.21±1.13	3.55±1.65 ^①

①与治疗前相比 $P<0.01$;②与对照组相比 $P<0.05$;③对照组之间比较 $P>0.05$

表 2 三组患者临床疗效比较 (例)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	治愈率 (%)	总有效率 (%)
观察组	30	23	4	2	1	76.67	96.7
对照组 1	30	13	9	4	4	43.33 ^②	86.67 ^②
对照组 2	30	12	8	5	5	40.0 ^①	83.33 ^①

①与观察组相比 $P<0.05$;②对照组之间比较 $P>0.05$

叉神经所支配,它们的低级中枢分别是高位颈髓后角和三叉神经脊束核尾侧亚核。三叉神经脊束核尾侧亚核可下降至 C1、C2 节段,其尾侧可达 C3 节段,并与高位颈髓后角相连,称为“三叉-颈神经核”,其强调了颈神经与三叉神经产生会聚的神经结构^[3]。因此认为只要附于 C1—3 和头枕部的颈部肌群损伤及环枕关节、环枢关节、C2—3 小关节的解剖功能紊乱均可能引发颈源性头痛,即高位颈神经的支配区^[4]。

现代医学治疗颈源性头痛主要以血管扩张剂、营养神经类药物、消炎镇痛剂、激素、肌肉松弛剂等药物使用以及局部神经阻滞术等技术为主,存在停药后易复发或操作不便等因素,临床应用有一定限制^[5]。本研究针对颈性头痛发病机制采用手法结合半导体激光进行治疗。手法主要包括按摩和正骨两方面,旨在调节颈椎平衡和缓解肌肉痉挛。按摩可疏通经络,舒筋解挛,缓解肌紧张及肌痉挛,并为颈椎复位作准备;正骨可纠正颈椎小关节紊乱、颈椎轻微错位,恢复颈椎生理弯曲,达到“骨正筋柔”的效果,从而缓解肌肉痉挛,恢复其原有弹性,减轻紧张的肌肉对颈椎及神经的影响。准确到位的手法复位可迅速恢复颈椎平衡,不少患者术后即感症状减轻,并自觉头脑有轻松感。半导体激光具有 810nm 波长,该波段易通达组织的深处,而且其光能较强,作用部位准确,止痛迅速,有效改善局部软组织微循环,消除水肿,缓解无菌性炎症,并能提高神经阈,减轻疼痛。在半导体激光治疗中,应注意照射点的选择。其中枕大神经体表投影点、枕小神经体表投影点、耳大神经体表投影点、C1—3 横突处往往可取得明显的效果。

本研究表明,应用手法与半导体激光配合治疗颈性头痛,VAS 评分明显下降,其临床疗效明显优于单独使用一种治疗方法。说明手法与物理因子结合治疗不仅能充分发挥各自特点,而且能明显减轻疼痛及提高疗效,不失为治疗颈源性头痛的有效方法。

参考文献

- [1] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994.186.
- [2] Biondi DM. Cervicogenic headache: mechanisms, evaluation and treatment strategies[J].AM Osteoath Assoc,2000,100(9):7—14.
- [3] 张海泉,张挺杰,乔瑞冬.微创介入治疗方法用于颈源性头痛患者镇痛的疗效分析[J].中国康复医学杂志,2007,22(7):633—635.
- [4] 覃兴乐.正骨手法治疗颈源性头痛的临床观察[J].中国康复医学杂志,2007,22(4):356—357.
- [5] 王丰,赵环宇,王丽丽.头皮手法治疗颈性头痛临床观察[J].四川中医,2008,26(4):113—114.