

Whiplash

A Patient-Centered Approach to Management

挥鞭伤

——以患者为中心的治疗



原 著 Meridel I. Gatterman
主 译 史亚民



北京大学医学出版社

Whiplash

A Patient-Centered Approach to Management

挥鞭伤

——以患者为中心的治疗

图书在版编目 (CIP) 数据

挥鞭伤：以患者为中心的治疗 / (美) 加特曼 (Gatterman, M.I.)
原著；史亚民译. —北京：北京大学医学出版社，2013.2

书名原文：Whiplash: A Patient-Centered
Approach to Management
ISBN 978-7-5659-0512-4

I . ①挥… II . ①加… ②史… III . ①颈椎—脊柱损伤—诊疗 IV . ① R683.2

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2012) 第 310295 号

北京市版权局著作权合同登记号：图字：01-2012-8815

Whiplash: A Patient-Centered Approach to Management
Meridel I.Gatterman
ISBN-13:978-0-323-04583-4
ISBN-10:0-323-04583-4
Copyright © 2010 by Mosby, LTD,an affiliate of Elsevier Ltd. All rights reserved.

Authorized Simplified Chinese translation from English language edition published by the Proprietor.

Elsevier(Singapore) Pte Ltd.
3 Killiney Road, #08-01 Winsland House I, Singapore 239519
Tel: (65)6349-0200, Fax: (65)6733-1817
First Published 2012
2012 年初版

Simplified Chinese translation Copyright © 2012 by Elsevier(Singapore) Pte Ltd and Peking University Medical Press.
All right reserved.

Published in China by Peking University Medical Press under special agreement with Elsevier(Singapore) Pte.Ltd. This edition is authorized for sale in China only, excluding Hong Kong SAR and Taiwan. Unauthorized export of this edition is a violation of the Copyright Act. Violation of this Law is subject to Civil and Criminal Penalties.

本书简体中文版由北京大学医学出版社与 Elsevier(Singapore) Pte Ltd. 在中国境内 (不包括香港特别行政区及台湾) 协议出版。本版仅限在中国境内 (不包括香港特别行政区及台湾) 出版及标价销售。未经许可之出口，是为违反著作权法，将受法律之制裁。

挥鞭伤——以患者为中心的治疗

主 译：史亚民

出版发行：北京大学医学出版社 (电话：010-82802230)

地 址：(100191) 北京市海淀区学院路 38 号 北京大学医学部院内

网 址：<http://www.pumpress.com.cn>

E - m a i l：booksale@bjmu.edu.cn

印 刷：北京画中画印刷有限公司

经 销：新华书店

责任编辑：赵 爽 责任校对：金彤文 责任印制：苗 旺

开 本：787mm × 1092mm 1/16 印张：12.5 字数：300 千字

版 次：2013 年 4 月第 1 版 2013 年 4 月第 1 次印刷

书 号：ISBN 978-7-5659-0512-4

定 价：158.00 元

版权所有，违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

本书献给患有挥鞭伤相关疾病的患者，他们应该得到必要的治疗从而恢复到受伤前的功能状态。

主译简介



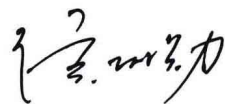
史亚民，男，1961年1月出生，1983年毕业于第四军医大学，硕士研究生导师，解放军总医院第一附属医院（原304医院）骨科主任医师。乐于创新，设计了一系列用于腰椎滑脱、脊柱畸形和脊柱骨折的治疗器械，已在国内广泛地推广应用。倾力临床，从医30年，主刀完成各类脊柱外科手术已超过万例，疗效卓著，特别是脊柱畸形的矫正手术方面，在业内享有盛誉。曾获得多项国家级、军队级医疗成果奖，多项发明专利，发表论著近百篇。

中文版序

挥鞭伤是一种常见的颈椎损伤，特别是在机动车事故日益多发的当今社会。“挥鞭”，顾名思义，是由瞬间外力带来的一种迅速的过度的屈伸运动。对于这类损伤，人们关注更多的是造成颈椎骨折脱位以及伴随的脊髓损伤，如果出现了这些明显的影像及体征异常，往往会考虑外科治疗；否则，可能都会被医患双方所忽略，究其原因，可能是我们对于挥鞭伤的前因后果还缺乏足够的了解，或者说我们的相关知识还很肤浅，Meridel I Gatterman 医生给我们上了很好的一课，她

用了 11 个章节，给我们详细地叙述了有关挥鞭伤的解剖学、影像学、病理学等基本知识，让人读后有一种茅塞顿开的感觉，特别是她对一些平时容易被人们忽视的细节的分析，有理有据，显示了著者严谨的治学态度。

有趣的是，原著 Meridel I Gatterman 医生是一位优秀的手法治疗师，而译者史亚民医生是一位优秀的脊柱外科医生，这本中文译本相当于是两位不同领域专家的思想火花的一次碰撞，应该值得期待。



2012 年 12 月

译者前言

我本人以及本书的几位译者，多数是脊柱外科医生。在日常的临床实践中，特别是在门诊，我们会看到大量的颈肩部疼痛的患者，他们的主诉或轻或重，有时伴有头晕、头痛等，但常规的X线、MRI等影像检查却未能发现明显的异常征象，因此我们外科医生往往会感觉到束手无策，只是简单告诉患者“不需要手术”、“吃点止痛药”等等，往往缺乏进一步深究。甚至有些患者出现了一些影像学异常，接受了手术治疗，但症状仍不能缓解。

年初一个偶然机会，我们看到了 Meridel I Gatterman 医生的这本英文专著，很快便被书中的内容所吸引。作者从社会学、心理学、解剖学、生理学、生物力学等多方位对挥鞭伤进行深入浅出的论述，让人耳目一新。译者的体会是：虽然挥鞭伤是对车祸伤中颈椎瞬间过屈-过伸损伤的特定称谓，但其致伤

及治疗机理可以适用于其他类似的部分颈椎损伤中，如运动伤、坠落伤等。有些慢性损伤的长期积累，也可能造成一些类似于挥鞭伤的病理生理改变。

作者在全文中还特别强调了以患者为中心的治疗模式，提出应重视患者的整体治疗与个体化治疗，具有积极的指导意义。

为了向更多的国内读者介绍 Meridel I Gatterman 医生的这本专著，让更多的医生和患者从中受益，我们尝试翻译了这本书，其中一定有很多不当之处，请批评指正。

感谢原著的作者及出版商，同意我们在中国翻译出版本专著。

感谢北京大学医学出版社及赵爽编辑，给了我们这次翻译机会，以及极大的支持和包容。

感谢所有参与翻译及出版的同仁和朋友。

2012年11月

原著者名单

Michael Haneline, DC, MPH
Professor, Head of Chiropractic
Traditional and Complementary Medicine
International Medical University
Kuala Lumpur, Malaysia

Lisa Hoffman, DC, DACBR
Associate Professor
Diagnostic Imaging
University of Western States
Portland, Oregon

William J. Lauretti, DC
Associate Professor
Department of Chiropractic Clinical Sciences
New York Chiropractic College
Seneca Falls, New York

Sara Mathov, DC, DACBR, ATC
Assistant Professor
Diagnostic Imaging
University of Western States
Portland, Oregon

Bonnie McDowell, RPT, DC
Practicing Chiropractor
Ballad Towne Chiropractic Clinic
Forest Grove, Oregon

Christina Peterson, MD
Medical Director
The Oregon Headache Clinic
Clackamas, Oregon

原著序

挥鞭伤由于会导致疼痛及功能障碍，常常被认为是生理学及生物力学方面的问题，而较少地从以患者为中心的、多因素及整体的观点看待这个问题。除了最常见的由于单纯的肌肉骨骼系统损伤造成的问题，挥鞭伤及其造成的结果，有时很难单纯从生物力学或生理学的角度来解释。Gatterman MI 的这本书视角独特，是对这一疾病相关文献的非常有益的补充。

通常“以患者为中心的治疗”被认为在处理患者的非创伤相关或关于生活方式或行为方式的问题时非常有效，因为这种治疗强调自我调整、整体治疗及人文关怀。这种治疗通过医生及患者的共同参与完成，在决定治疗方法时，患者的意见及态度得到充分的尊重。本书指出以患者为中心的治疗同样适用于如挥鞭伤这样的与创伤相关的疾病。

当回顾挥鞭伤目前的治疗时，必须认识到正如 Gatterman 医生所说的那样“总的结果是患者感到不满意甚至是感到受挫且无助。根据目前的研究能够得到的明确的结论是，目前治疗颈部疼痛的临床方法的科学依据，是不完善的甚至常常是自相矛盾的，尤其是当治疗由于挥鞭伤所造成的颈部疼痛时。”她同时进一步指出“目前几乎没有任何的证据可以说明，当患者的急性症状没有缓解并且变为慢性时该如何处理。”就患者经历的痛

苦、脱岗时间和治疗花费而言，慢性颈部疼痛带来的损失蔚为可观。

显然我们在治疗这些患者的时候忽略了一些事情，我认为我们没有将每一位患者当作一个独立的个体，没有认真倾听他们的病史，然而每一个个体由于创伤造成的高度复杂的颈椎结构的结果是非常不同的。因此“一刀切”的治疗方法并不适合每一位患者，将很多患者资料集中在一起，尤其是只关注疼痛缓解效果的大规模临床研究，可能并不能真实地反映个体的治疗结果。

本书指出了一种治疗挥鞭伤的非常急需的新的理论，强调及细化了治疗时需要关注、接受及尊重患者，他们并不只是一个受伤的脖子，而是一个整体的独立个体，需要同时关注他们的生理、心理、行为及生物力学的影响因素。本书详尽地描述了挥鞭伤的解剖、生理及生物力学特点，并详述了如何进行恰当的检查。它广泛地介绍了挥鞭伤的治疗，强调保守治疗方法，力争恢复患者乐观的良好功能的生活。本书着重于挥鞭伤所累及的软组织结构，而软组织正是临床医生需要熟练掌握的重要部位。这种以患者为中心的综合治疗仍然有很长的路要走，从而找到更加个体化的治疗挥鞭伤的方法，以便更加有效地帮助挥鞭伤的患者获得最佳的功能。

Cheryl Hawk, DC, PhD, CHES

原著前言

本书的目的是鼓励临床医生在治疗这些不幸遭受挥鞭伤的患者时，采取更多的以患者为中心的治疗方式。越来越多的证据表明，严格地应用病理解剖诊断并不一定能使患者恢复至受伤前的状态。当应用颈部、头部及上肢的病理解剖因素来理解挥鞭伤时，约有80%的患者不能得到明确的解释，如果不能明确认识，这些部位仍然会有功能障碍，从而延长痛苦。以患者为中心治疗挥鞭伤强调除了治疗病理解剖损害外，尽可能恢复患者的功能。技术的进步提高了对于功能因素造成疼痛的认识，影像学的进步（并不总是必要的）可以在最初的治疗效果不佳的患者中，发现功能性病变。

在机动车碰撞事故中，颈椎结构是最容易受伤的部位，同时挥鞭伤的患者常常会感到非常虚弱，因为在病理解剖诊断之外有额外的功能丧失。如果忽略这种功能性病变会

导致增加不必要的痛苦，如果认识不足常常产生高额的医疗费用。本书包括了治疗挥鞭伤的传统方法，更重要的是介绍了替代疗法，包括在拉伤的肌肉中从痛点缓解疼痛（第5章）及对受限的关节进行推拿从而获得更好的功能（第8章）。第7章介绍了挥鞭伤相关头痛的机制及更加传统的治疗方法。挥鞭伤的流行病学调查（第9章）介绍了发病率、危险因素、经济因素及社会因素。第10章重点关注不同治疗方法的安全性及并发症。第11章则讨论了预后良好的相关因素，及可能会导致慢性症状的原因。

本书介绍了挥鞭伤相关疾病的多模式治疗方法，强调首先重视患者的需求，而不是仅关注病理解剖病变的医生以及受利益驱使的医疗保险，这两者并不是总能够从患者的利益出发。

Meridel I Gatterman, MA, DC, Med

目 录

第 1 章	概述	1
第 2 章	颈椎的功能解剖	8
第 3 章	病史和受伤机制	40
第 4 章	体格检查	44
第 5 章	影像学	64
第 6 章	肌肉损伤及肌筋膜疼痛综合征的治疗	79
第 7 章	挥鞭伤头痛概述	111
第 8 章	关节及韧带结构的挥鞭伤相关疾病	130
第 9 章	挥鞭伤的流行病学	144
第 10 章	挥鞭伤常见治疗方法的安全性和有效性	158
第 11 章	挥鞭伤相关疾病的预后	167
	图片来源说明	173
	索引	175

概述

Meridel I. Gatterman

陈秉耀 译

可能没有其他的疾病能像挥鞭伤那样更需要以患者为中心的治疗模式。对与机动车事故相关的颈部挥鞭动作，个体的反应不同，并随之发生争论、更多无谓的伤害，许多情况下还产生不必要的诉讼。这方面的工作包括了那些明显主张患者权益的人所著的书，包括一本由著名的原告代理人作序的书^[1]，以及最后由保险公司提供支持进行的研究^[2]。挥鞭伤的患者经常被误解成是为了得到更多的赔偿而装病^[3]。除了常见的颈部及头部疼痛，还可能会有一些不典型的症状，如视物不清、耳鸣、头晕、恶心、皮肤感觉异常、麻木、背部疼痛等^[4]。在以患者为中心的治疗模式下，理解那些医学知识无法解释的症状就相对容易^[5]。给患者需要的治疗让他们避免不必要的功能障碍，与因为没有有效治疗导致功能障碍而后再去为他们争取物质补偿，这两者有巨大的区别。作为医生，在伦理上有责任通过自己的治疗让患者尽可能恢复到受伤前的状态。

挥鞭概念的提出

1923年，美国骨科医生 Crowe H.E. 使用“挥鞭”（whiplash）一词来形容颈部及上部躯干受到突然加减速后所产生的效果^[6]。到20世纪30年代中期，与机动车追尾事故相关的挥鞭伤逐渐得到认识，因为越来越多的伤者表现为颈部损伤^[7]。1945年，Davis描述了机动车正面相撞后伤者颈部突然强力屈曲然后又反冲式后伸的机制^[7]。到20世纪50年代，挥鞭伤的诊断越来越多。1953年，Gay和Abbott在一篇文章中提出“颈部的挥鞭伤”概念^[9]。1974年，在一项跟踪调查研究中Hohl报告了在机动车事故中影响颈部软组织损伤预后的因素^[10]。

尽管汽车制造商通过持续的努力提高了车祸中机动车的安全性，但乘坐者仍会受伤。这些安全措施包括头枕及高靠背座椅、安全带、能量吸收装置及空气气囊的引入。尽管如此，机动车乘坐者仍会受伤，导致各种各

样的症状，有时可不伴客观的体征。

什么是挥鞭

“挥鞭”一词通常描述颈部像鞭子一样先向一个方向挥出然后又向相反的方向弹回，它既不是一个诊断名称也不能说明在这一过程中哪些结构会受伤。曾有人试图用其他名称代替挥鞭伤，比如“加/减速综合征”^[11]，但挥鞭一词仍沿用至今。对这一类损伤，还有一些其他称谓，如颈椎牵伸扭伤^[7]、挥鞭相关疾病（WADS）^[2]和颈部软组织损伤^[10]等。在本书中，挥鞭一词将统一用于指代受伤机制而不是诊断名称，由其导致的组织及结构损伤将专门定义。放弃这一名称并不会消除围绕其产生的问题，只有直接面对这些问题，才能够解决围绕这一机制导致损伤的很多争论。

挥鞭伤的流行病学

挥鞭伤的流行病学特征目前研究还不充分，迄今为止的一些研究报告也往往充满分歧（详见第9章）。为了进一步了解该损伤的流行病学，完善的基于人群的包括发生率、危险因素、临床表现及预后等内容研究很有必要^[4]。目前，从交通事故赔偿信息中得到的挥鞭伤人群发生率，不同的国家或地区间存在差异。这种差异可能和交通事故发生率、人口特征、机动车类型、道路密度及驾驶距离有关，也可能由汽车构造、索赔及补偿行政管理法规及司法裁定制度的不同引起^[4]。依照急诊科资料的研究有可能低估挥鞭伤的发生率，因为挥鞭伤相关的体征及症状有可能在伤后一定时间才表现出来^[4]。而如果是主干道长途旅行通过的农村或小镇医院，根据其急诊科数据有可能高估发生率。与个人相关的危险因素包括年龄和性别，20岁前后发生挥鞭伤的概率最高。头部大小差不多的男性颈部肌肉相比女性更有力，损伤的概率会低一些。

以患者为中心的治疗

健康管理模式正在从以疾病或病情为中心的模式向以患者为中心的模式转变^[12]。这种以患者为中心的医疗模式可以追溯到人本主义心理学和心理治疗师 Carl Rogers 发展起来的以患者为中心的疗法^[13]。20世纪80年代，加拿大安大略省西安大略大学家庭医学系从哲学及伦理学角度考虑，将患者为中心的医疗模式转变成家庭医疗模式^[14]。1995年，一种基于传统患者治疗的以患者为中心的模式被确定为整脊教育与研究的最佳范例。2001年，医学研究所卫生保健质量委员会在一份报告中提出，以患者为中心的医疗模式是21世纪卫生保健系统的目标之一。

这种以患者为中心的医疗模式不只限于个别国家^[3,17-19]，也不只涉及单一学科和专业^[14-15]。前述的整脊教育与研究最佳范例与1篇英国文献中介绍的以患者为中心的医疗模式高度相似^[19]（表1-1）。基于患者为中心的多学科治疗方法有助于避免挥鞭伤后不必要的痛苦及功能障碍，也可以降低治疗费用^[20]。

以患者为中心的治疗特征

该模式强调自我治疗、整体治疗和医患关系中的人文关怀。以患者为中心意味着医生要把患者当作主动的合作伙伴，要采用创伤最小、最适宜的治疗方法。医生的治疗要尊重患者的感受和需要，并据此作出调整，要保证整个治疗过程体现患者的意愿^[15]。在该模式中，医生的专业知识、执业范围及经验都是决定性的因素。

强调身体的自我修复能力

医生应向患者强调，他们的身体具有内在的自我愈合的能力，如果懂得调节就会修复身体疾患^[15]。挥鞭伤的患者常常担心自己无法康复到伤前状态，其实只有很少的人才会遗留后遗症，绝大多数患者只要治疗正确

表 1-1

以患者为中心治疗的特点

以患者为中心的医疗模式的特征 [*]	以患者为中心模式的范畴 [†]	整体医学的特征 [‡]
识别并激发患者内在的愈合能力，强调微创治疗	减少对药物的依赖，只有 25% 的患者需要处方药	理解身体愈合的内在机制和补偿与替代医学策略
认识到理想的治疗应将患者作为整体	了解患者的整体状况	强调将患者作为整体
了解并尊重患者的价值观、信念、意愿和健康保健需求	了解疾病的过程及患者对此的感受和想法	治疗过程中重视和注意患者的精神和情感需求
培养主动健康意识，积极鼓励患者为自己的健康负责	健康激励及增进，控制风险，早期发现疾病	教会患者掌握提升健康的方法
在医疗过程中建立合作伙伴式的医患关系	找到共同点（合作），分享治疗权力，建立优先权及治疗的目标	在治疗中将患者作为积极的合作者

^{*} Gatterman MI: A patient-centered paradigm: a model for chiropractic education and research *J Altern Complement Med* 1995; 1:371-386.

[†] Little P, et al: Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study, *BMJ* 2001; 322:1-7, 2001.

[‡] Snyderman R, Weil AT: Integrative medicine: bringing medicine back to its roots, *Arch Intern Med* 2002; 162:395-397, 2002.

都能完全康复。信心和对疾病的理解是内在的和重要的自我治疗^[18]。创伤不仅导致身体的疼痛和其他相关症状，也伴随情绪及精神方面的表现^[16]。以患者为中心的治疗应关注患者伴随创伤产生的焦虑及由此带来的迷茫和对疼痛、残疾及毁容等的恐惧情绪^[16]。挥鞭伤的患者会表现得脆弱，他们总是担心颈椎受伤会导致永久的残疾。这时候，要让患者理解身体的生命力和适应性会让自己康复^[21]。当生活习惯和环境因素被提出时，强调自我治疗的以患者为中心的治疗方法提升了患者的依从性^[17]

对患者的整体治疗

人是复杂的有机体，挥鞭伤往往不单单是简单的颈部屈曲与牵伸。整体治疗就是要认识到机体的不同部分是相联系的，任何部分的损伤或功能障碍都不应该脱离整个身体而孤立看待，单一部位的功能障碍可能会扩展到其他部位。医生要把患者作为一个整体

进行治疗，有时候还要和患者互动。以患者为中心的模式已经脱离了治疗单一身体部分的狭窄视野。即便是专科医生也不能不把患者作为一个整体来治疗，专科医师并不意味着就可以只管“治病”而不管疾病会给患者的生活带来什么影响^[17]。

将患者作为整体看待有助于医生理解为什么有时候患者的伤情和表现出的痛苦不一致，而有的患者没能按设想的时间康复^[15]。关心患者全部的需求就要求医生应考虑患者因病情而引起的所有问题，这不仅包括传统的生理障碍，也包括心理及社会问题。这种疗法还强调患者家人及朋友的参与，这有助于患者病情及心理状态的恢复^[14]。

以人为本的态度

医护人员了解和尊重患者的价值观、信念及期望是很重要的。与患者的身体接触有助于缓解其恐惧、增加舒适感并建立治疗的纽带。在现实的和希望的方法之间找到某种

联系非常重要^[15]。以患者为中心就应该对其需求和想法给予真正的关心和同情，并切实予以解决^[14]。高度个体化及结合文化能力使得患者看到希望，常常是更为宽泛的概念模式的一部分。这种概念模式是通过患者了解他们自身的情况来实现的^[21]。但需要强调的是，如果患者的症状和行为可以用很明确的生理或心理问题来解释，就不要再归因于患者的“文化”^[22]。

以患者为中心要求治疗者和患者交流时能充分付出真诚和给予尊重，并设身处地的为其着想^[15]。赞同患者对自己病情的感受有助于了解发病过程并使患者有安全感和受重视^[2,23]。Cassell 提出为什么科技思想一定要和人文主义并驾齐驱（事实上前者往往压倒后者）呢^[24]？他强调二者应该相互包容^[24]。

把患者当作伙伴

以患者为中心的医疗模式最重视的是医患关系，可以说合理的医患关系是该模式的基础。与传统的医患关系不同，这一模式强调医患双方应分享治疗决定权^[17]。患者有机会对针对自己的治疗决策行使选择权。医生应包容患者意愿的差异性，并鼓励其参与医疗决策，而不是让其被动接受^[17]。这需要医生学会倾听，并用一种商量的态度和患者沟通。患者想知道他们到底得了什么病（诊断）？这将会对自己有哪些影响（预后）？应该如何去治疗？他们需要医生用通俗的语言告诉他们答案^[24]。医生的病情说明不仅要保证专业上的正确性，还必须考虑到患者受伤后的感受^[24]。

就医学伦理而言，患者有权知道各种治疗选择各有哪些益处和危险，以及各自涉及的医疗费用^[25]。以患者为中心的医患沟通不仅是伦理学要求，也会带来更好的治疗效果^[25, 26]和更低的医疗费用^[20]。找到共同点并增进医患联系是医疗活动要优先考虑

的问题，应努力形成以人为本、日趋良好的医患关系^[27]。

患者参与医疗决策

以患者为中心的医疗模式的目的是推行针对每个患者特定需求和具体情况的个体化医疗——让治疗适应患者，而不是患者适应治疗^[16]。让患者参与医疗决策会增加其依从性及满意度。在这一模式下，医生更愿意采用保守治疗^[15]。不是所有的患者都愿意使用处方药^[19]，虽然在挥鞭伤急性期应用非甾体类抗炎药（NSAIDs）对缓解疼痛和功能恢复是有效的^[28]，但其副作用使部分患者更愿意应用手法治疗^[29]。在挥鞭伤急性期早期活动^[30]和手法治疗^[2,31]被证明是有效的，但对其风险必须和治疗的获益一起进行评估。无论如何，患者最关心的是如何以最小的风险尽早恢复功能性活动。在以患者为中心的医疗模式下，挥鞭伤的治疗更重视那些安全、有效、经济、符合循证医学的方法。

整体治疗

整体治疗是一种新的医疗模式，通常是指将主流医学（对抗疗法）和补充及替代医学（complementary and alternative medicine, CAM）中的最佳方法进行融合^[32]。它强调医患双方的互动^[33]。在字典中，“integrate”的词条解释是“联合别的事物”，而“integration”的意思是“对等的个体合并入社会”^[34]。然而，毫无疑问，主流医学和 CAM 医学在融合的过程中各自的影响力和受重视的程度是不一样的。具有政治优势的强大一方（指西方社会的传统医学）会将自己的价值、文化和概念框架施加给弱小一方（CAM 医学）以同化对方，一旦某种 CAM 疗法被证实是有效的（通过生物学方法），就可以并入目前的主流疗法^[32]。但在目前占优势地位的建

立在药物医学基础上的主流医疗模式是无法同化建立在其他理论基础上的 CAM 疗法的。

范式概念

科学在一种能够提供学科基质,即能够将学科整合在一定的范式内进行^[35]。对于学科实践中解决问题来说,范式与研究这门学科同样重要。它提供了一种认识实证调查结果的框架或方法。范式提供了一种基于习惯及信仰的观察世界的手段。

冲突的范式

目前医学模式的争论主要来自简化论及整体论的冲突^[15]。这种冲突最早可追溯到古希腊时代,那是希波克拉底领导的 Coan 学派坚持整体观,将患者看作一个整体;相反, Cnidian 学派认为疾病只是局部器官或者系统的问题^[36]。Coan 派认为疾病有一个自然基础,是机体内部机能失衡的结果。其治疗原则以人为出发点,强调结构和功能的统一。提倡通过饮食、锻炼和规律的生活来提升健康。而 Cnidian 派将疾病看作区别于机体的独立存在^[36]。目前由专科医生主导的生物医学模式是 Cnidian 学派的延续^[37]。以患者为中心的认识论来自希波克拉底 Coan 学派,对挥鞭伤的治疗是最合适的。

主流认识论的影响是巨大的,而健康观与固有的世界观相关。今天的医学研究和治疗实践被简化论所主导,这限制了对整体论模式的认识和推广。占统治地位的简化论医学观无法包容以患者为中心的认识论中的整体观。

每种认识论都提供一系列科学和形而上学的定理和一个科学理论可以被检验、评价和应用的理论框架。

什么是整体治疗

整体治疗代表一种更高顺序的医疗系统,

强调整个人的健康和良好状态的恢复(生物-心理-社会-精神四位一体)。整体治疗模式由 Snyderman 和 Weil 提出,其基本特征与患者为中心治疗及患者为中心范畴模式相同^[38](见表 1-1)。他们强调在整体治疗中医生不能只接受医学培训,同时还要具有开放思维及相关知识以能认识到人体健康的本质。他们特别提出有必要重新恢复将患者看做一个有机整体的理念并将积极有效的医患沟通放在首要地位。他们同时强调应将患者作为治疗过程的积极参与者,指出单纯的科学和技术并不能形成理想的医学实践。

以患者为中心的整体治疗将患者的需求和意愿放到优先考虑的地位,保证患者的价值观指导所有的治疗决策^[15]。它强调平等地将替代、补充疗法和主流医学结合起来。以患者为中心的治疗在形成和实施治疗计划时依赖患者的积极参与。接受功能性整体治疗的患者可以获得至少一名治疗团队成员的支持性治疗帮助,而节约其他团队成员的时间,从而获得更加有效的及实际的治疗。

合乎伦理的整体治疗应满足:

- 对可供选择的治疗方法的安全性和有效性收集可靠的循证医学信息
- 做出医疗决定时应用常识判断风险和收益
- 在衡量风险和收益时强调综合考虑多种因素,包括患者的信仰、文化价值观、习惯、该疗法的目的和患者受伤的类型及严重程度
- 符合伦理原则:自主(授权)、不伤害(不引起损害)、有益(促进患者权益)及公平(平等、公正的治疗)
- 向患者提供与治疗决定相关的任何信息

当通盘考虑后,患者会强烈选择能综合考虑他们需求的以患者为中心的治疗。

循证医学

将研究导入疾病的病理生理基础的简化

范式, 无法充分认识挥鞭伤时以患者为中心的治疗方案^[15]。当范式模式决定方法论时, 必须应用承认不同世界观的方法^[39]。观察研究方法内在性地包含了患者为中心的实践及在治疗过程中注重精神 - 情绪 - 心理变化的多因素研究的发展及适应的多因素本质。补充和替代医学的整体体系研究超越了随机对照试验的局限和不足^[40]。整体体系是复杂的, 因而单一方法不足以搞清这些干预手段的含义、过程和疗效^[40]。循证医学只接受随机对照研究结果, 不重视患者的个体特征, 将临床实践的焦点由单个人转向人群, 使可靠的临床判断的复杂性受到忽视^[41]。虽然随机对照研究可以通过增强的固有效力提供可靠的因果关系, 但它牺牲了普遍性^[32]。对整体治疗的结果评价应包括整个干预措施^[32], 相关人员的偏好和观念会影响对评价指标及其权重的选择。

整体治疗和以患者为中心的医疗都坚持将患者置于最受关注的地位。和主流的医疗体系比, 患者享有更高的优先权^[32]。Sackett 指出, 在对患者个体作出治疗选择时, 循证医学考虑使用现有的最好证据, 是将医生的临床经验和通过系统研究得出的证据进行结合^[42]。以患者为中心的治疗在评估患者的具体病情和意愿后, 选择最有效的干预措施, 使其身体状态和生活质量能恢复到最大程度^[42]。如果按照 Sackett 构成证据的最初概念, 循证医学和以患者为中心的治疗没有冲突。但当把证据严格定义在随机对照研究的基础上时, 二者的冲突便产生了。以患者为中心的认识论基础上的循证医学使本书能提供按患者利益治疗挥鞭伤的最好方法。

参考文献

1. Frigard LT: *847.0: The whiplash injury*, Richmond Hill, NY, 1970, Richmond Hall.
2. Spitzer WO, et al: Scientific monograph of the Quebec Task Force on Whiplash-Associated

- Disorders: redefining "whiplash" and its management, *Spine* 20(8S):1S-73S, 1995.
3. Ferrari R: *The whiplash encyclopedia: the facts and myths of whiplash*, Gaithersburg, MA, 1999, Aspen Pub.
4. Skovron ML: Epidemiology of whiplash. In Gunzburg R, Szpalski M, editors: *Whiplash injuries: current concepts in prevention, diagnosis, and treatment of the cervical whiplash syndrome*, Baltimore, 1998, Lippincott Williams & Wilkins, pp 175-181.
5. Malterud K: Understanding the patient with medically unexplained disorders—a patient-centered approach, *New Zealand Fam Pract* 29(06):374-379, 2002.
6. Crowe H: *Injuries to the cervical spine*. Paper presented at the meeting of the Western Orthopaedic Association, San Francisco, 1928.
7. Jackson R: *The cervical syndrome*, ed 4, Springfield, IL, 1977, Charles C Thomas.
8. Davis AG: Injuries of the cervical spine, *JAMA* 127:149-156, 936, 1945.
9. Gay JR, Abbott KH: Common whiplash injuries of the neck, *J Am Med Assoc* 152:1698-1704, 1953.
10. Hohl M: Soft-tissue injuries of the neck in automobile accidents: factors influencing prognosis, *J Bone Joint Surg Am* 56A:1675-1682, 1974.
11. Foreman SM, Croft AC: *Whiplash injuries: the cervical acceleration/deceleration syndrome*, ed 3, Baltimore, 2002, Lippincott Williams & Wilkins.
12. Expanding Patient-centered care to empower patients and assist providers, AHRQ Publication No. 02-0024, May, 2002, U.S. Department of Health and Human Services. <http://www.ahrq.gov/qual/ptcareie.htm>
13. Meador B, Rogers CR: Person-centered therapy. In Corsini RJ, editor: *Current psychotherapies*, ed 2, Itasca, IL, 1979, FE Peacock Pub, pp 131-184.
14. McCracken EC, et al: Patient-centred care: the family practice model, *Can Fam Physician* 29: 2313-2316, 1983.
15. Gatterman MI: A patient-centered paradigm: a model for chiropractic education and research, *J Altern Complement Med* 1:371-386, 1995.
16. Committee on Quality of Health Care, Institute of Medicine: *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*, Washington, DC, 2001, National Academy Press.
17. Stewart M, et al: *Patient-centered medicine: transforming the clinical method*, London, 1995, Sage.
18. Meland E: *Patient centered method and self directed behaviour change*, Universitetet i Bergen Institutt for samfunnsmedisinske fag. <http://www.uib.no/isf/people/paticent.htm>. Accessed March 26, 2006.
19. Little P, et al: Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study, *BMJ* 322:1-7, 2001.