

·临床报道·

小针刀配合手法治疗神经根型颈椎病 48 例

杜建伟,何发胜*

(厦门市中医院,福建 厦门 361009)

摘要: 目的 观察小针刀配合手法治疗神经根型颈椎病的疗效并探讨其作用机理。方法 选择 2017 年 3 月—2019 年 12 月在我院骨三科门诊及住院部就诊的神经根型颈椎病患者 96 例,按照随机数字表法分为观察组和对照组各 48 例,观察组采用小针刀配合手法治疗,对照组采用针刺配合手法治疗,2 组均每日 1 次,疗程 2 周,比较 2 组疗效及治疗前后疼痛视觉模拟评分(VAS)及颈椎病临床评价量表(CASCS)总积分变化情况。结果 观察组治愈率为 66.67%,优于对照组的 52.1%($P < 0.05$);治疗后 2 组疼痛 VAS 评分均较治疗前明显降低($P < 0.05$),观察组降低程度明显优于对照组($P < 0.05$);治疗后 2 组 CASCS 总积分均较治疗前明显升高($P < 0.05$),观察组升高程度明显优于对照组($P < 0.05$)。结论 小针刀配合手法治疗神经根型颈椎病的临床效果显著。

关键词: 神经根型颈椎病;小针刀;手法;CASCS 总积分;VAS 评分

中图分类号:R681.55 文献标志码:B 文章编号:1000-338X(2020)06-0071-02

DOI:10.13260/j.cnki.jfjtc.012139

神经根型颈椎病在各型颈椎病中发病率最高,且年轻化趋势明显,约占 60%~70%,临床表现为颈肩部疼痛和(或)上肢放射痛、麻木,肌力减退,严重影响患者的正常工作和生活^[1]。本病主要致病因素是增生的骨赘、突出的髓核刺激和(或)压迫神经根。目前该病以保守治疗为主,其方法多种多样,但临床效果不尽理想,病情易反复发作。笔者于 2017 年 3 月—2019 年 12 月采用小针刀配合手法治疗神经根型颈椎病 48 例,取得显著疗效,现总结如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 根据 2015 年颁布的《神经根型颈椎病诊疗规范化的专家共识》^[2]的诊断标准:① 存在定位性神经根压迫表现,颈肩部疼痛和典型根性症状、体征,与病变的颈神经根支配的区域相一致;② 压颈试验或臂丛牵拉试验阳性;③ 影像学检查与临床表现一致。

1.2 纳入标准 ① 年龄 18~60 岁,性别不限;② 愿意接受本研究治疗方案并签署知情同意书。

1.3 排除标准 ① 各种原因导致无法进行数据统计者;② 颈椎外病变如胸廓出口综合征、肩周炎、腕管综合征等;③ 颈椎滑脱、结核、骨质疏松、肿瘤和凝血机制异常等;④ 近 1 个月内曾接受针灸或针刀治疗者;⑤ 糖尿病、心脏病及过敏性体质者,或妊娠期、哺乳期女性。

1.4 一般资料 选择 2017 年 3 月—2019 年 12 月在我院骨三科门诊及住院部就诊的神经根型颈椎病患者 96 例,按照随机数字表法分为观察组和对照组各 48 例。2 组性别、年龄、病程等方面比较,无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性,见表 1。

表 1 2 组一般资料比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	男	女	年龄/岁	病程/月
观察组	48	23	25	36.42 ± 7.62	32.21 ± 16.20
对照组	48	22	26	35.89 ± 7.89	32.56 ± 15.86

2 治疗方法

2.1 观察组 予以小针刀配合手法治疗。① 小针刀治疗:a. 患者取俯卧低头位,充分暴露后颈部,在 C₄、C₅、C₆ 棘突两侧旁开 1.5~2 cm 定点,常规消毒皮肤,严格无菌操作,使用无菌直行小针刀(江苏华友医疗器械有限公司,规格:0.6 mm × 50 mm)操作,刀口线与人体纵轴平行垂直进针,根据针刀四步法进行操作。针体垂直刺入皮肤、皮下组织,经过筋膜层,到达骨面后,纵疏横剥 1~2 下;之后刀口斜向钩椎关节,针体与脊柱纵轴呈 45° 夹角铲剥 1~2 下,范围不超过 0.5 cm;动作宜轻,幅度宜小,棘突两侧先做患侧,再做另一侧。b. 在两侧肩胛骨内上角,保持刀口方向平行于肩胛提肌,垂直刺入,到达肩胛内上角骨面后纵疏横剥 1~2 下。② 手法治疗:术后患者仰卧位,将头部悬垂于床头;医者一手托住患者下颌,另一手放置于患者头枕部,并马步桩立于患者头前,双手向后持续发力进行对抗牵引,持续时间 1 min,并保持颈前屈 15°;再配合脊柱旋转复位法,两手配合向左或向右有限旋转(在颈椎生理活动范围内),轻轻发力,闻及“咔嚓”关节弹响声为佳,无响声亦可;再对颈肩部肌肉以理筋手法推拿 5 min。以上疗法每周 1 次,疗程 2 周。

2.2 对照组 予以针刺配合手法治疗。① 针刺:以颈部夹脊穴 C₂₋₇ 为主(根据病位选择 3~4 个穴位),配合风池、大椎、肩井、曲池、合谷、阿是穴。患者俯卧位,常规消毒,颈夹脊两侧取穴,结合配穴,尽量使患者针感向肩部、手臂传导,以酸麻胀重为好,诸穴均行平补平泻手法。以上各穴每隔 10 min 行针 1 次,留针 30 min。每日 1 次,疗程 2 周。② 手法治

收稿日期:2020-08-18

作者简介:杜建伟(1982—),男,医学硕士,主治医师,主要从事中医骨伤病临床研究。

通信作者:何发胜(1971—),男,主任医师。E-mail:xmhfs@163.com

疗:针刺后手法治疗同观察组。

2.3 观察指标

2.3.1 疼痛程度 采用国际公认的简化 McGill 疼痛询问量表中的视觉模拟评分法(VAS)^[3]评定,即画 1 条 10 cm 长的标尺,分 10 个相等节段。左端为 0 分,代表无痛;右端为 10 分,代表剧痛。让受试者根据自己感觉的疼痛程度在标尺标出具体位置,为其分值。

2.3.2 颈椎功能状态 采用颈椎病临床评价量表(CASCS)评定^[4]。CASCS 由临床症状积分(18 分)、临床体征积分(73 分)和生活工作和社会适应能力积分(9 分)构成,总分 100 分。CASCS 总积分越高说明颈椎功能状态越好。CASCS 将患者主观感受与客观体征相结合,其信度、效度和敏感度较为可靠,是临床评价颈椎病的一种客观、有效的方法^[5]。

2.4 疗效判定标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[6]判定。治愈:颈肩部及上肢疼痛、麻木症状与体征消失,不影响生活及工作;显效:颈肩部及上肢疼痛、麻木症状与体征明显好转,不影响日常生活;有效:颈肩部及上肢疼痛、麻木症状与体征减轻;无效:症状、体征无明显变化或加重。

2.5 统计学方法 采用 SPSS 25.0 统计软件进行数据分析。计量资料属正态分布的以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料采用 χ^2 检验。

3 治疗结果

3.1 2 组疗效比较 见表 2。

表 2 2 组疗效比较

组别	<i>n</i>	治愈	显效	有效	无效	治愈率/%	总有效率/%
观察组	48	32	9	4	3	66.67 ¹⁾	93.75
对照组	48	25	11	6	6	52.10	87.50

注:与对照组比较,1) $P < 0.05$ 。

3.2 2 组治疗前后疼痛 VAS 评分比较 见表 3。

表 3 2 组治疗前后疼痛 VAS 评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后
观察组	48	7.42 ± 1.69	3.00 ± 0.76 ¹⁾²⁾
对照组	48	7.38 ± 1.58	4.80 ± 1.12 ¹⁾

注:与治疗前比较,1) $P < 0.05$;与对照组比较,2) $P < 0.05$ 。

3.3 2 组治疗前后 CASCS 总积分变化比较 见表 4。

表 4 2 组治疗前后 CASCS 总积分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后
观察组	48	63.52 ± 8.96	90.65 ± 12.82 ¹⁾²⁾
对照组	48	62.49 ± 9.06	78.16 ± 10.23 ¹⁾

注:与治疗前比较,1) $P < 0.05$;与对照组比较,2) $P < 0.05$ 。

4 讨论

神经根型颈椎病属中医“痹症”范畴。中医学认为本病为本虚标实,起病缓慢而病程较长。针刀医学认为颈椎病发病的主要原因是颈椎生物力学稳

定的失衡,“动力失衡为先,静力失衡为主”是颈椎病的发病机制^[7]。《医宗金鉴》曰:“面仰头不能重,或筋长骨错。”《素问·痿论》曰:“宗筋主束骨而利关节也。”《素问·五脏生成》曰:“诸筋者皆属于节。”长期低头伏案劳作,易引起斜方肌、头夹肌、肩胛提肌、胸锁乳突肌的粘连、瘢痕、挛缩,造成动力性失衡。

本研究选取 C₄、C₅、C₆ 棘突两侧旁开 1.5~2 cm 定点,为斜方肌、头夹肌常见压痛点所在部位,通过小针刀直达病变组织深处,松解病变软组织的粘连、瘢痕、挛缩;之后刀口斜向钩椎关节,扩大周围病变软组织的松解,减轻其机械性压迫,释放局部组织压力,改善周围微循环,促进周围神经组织修复和炎症水肿吸收,重建病变软组织的代谢过程,从而改善临床症状^[8-9]。但小针刀操作过程中,铲剥范围不超过 0.5 cm,动作宜轻,幅度宜小,尽量避免重复操作,当遇到阻力后突破,如弦断感觉即到位,避免损伤周围神经血管;肩胛提肌起自 C₁~C₄ 横突,止于肩胛骨内上角,根据弓弦力学解剖系统,肩胛骨内上角为应力集中点,通过小针刀松解此处的粘连、瘢痕、挛缩,重新构建颈椎的动态平衡系统。

小针刀可恢复颈椎的动态平稳及颈椎骨关节的力学平衡而达到治疗目的^[10]。其一,发挥针刀的作用,可准确直达病灶,松解粘连、解除痉挛、切割瘢痕、纠正挛缩、疏通堵塞,调整颈椎力学平衡,使其恢复颈部软组织的动态平衡^[11],解除对神经、血管的刺激或压迫;其次,发挥针刺的作用,可激发经气,疏通经络,使气血畅达,达到“松则不痛”的效果,针刺可产生强烈的类针刺样针感,使体内发生一系列生化反应^[12-13],加快炎症物质吸收,恢复病变部位的生态平衡,缓解对脊神经根的刺激压迫。再配合手法理筋治疗,调筋骨、利关节,稳定颈椎椎间关节,使气血畅通、经络通达,恢复颈椎内外平衡,调整脊神经根与突出的髓核或骨赘的位置关系,减轻对脊神经根的刺激或压迫^[14-15]。本研究结果显示:小针刀配合手法治疗神经根型颈椎病疗效显著,颈椎功能状态恢复良好,且操作简单,不良反应较少,患者接受度高,值得临床推广。

参考文献

- [1] BONO C M, GHISELLI G, GILBERT T J, et al. An evidence-based clinical guideline for the diagnosis and treatment of cervical radiculopathy from degenerative disorders [M]. Spine J, 2011, 1(1): 64-72.
- [2] 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.
- [3] SNOW S, KIRWAN J R. Visual analogue scales: a source of error [J]. Ann Rheum Dis, 1988, 47(6): 526-527.
- [4] 张鸣生, 许伟成, 林仲民. 颈椎病临床评价量表的信度与效度研究[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2003, 25(3): 151-154.
- [5] 刘颖, 林锐, 胡幼平. 量表在颈椎病临床疗效评价中的应用[J].

(下转第 79 页)

数据处理。计量资料属正态分布的以($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料采用 χ^2 检验;等级资料采用秩和检验。

3 结果

见表2、表3。

表2 2组治疗前后PSQI评分、ESS评分比较($\bar{x}\pm s$)分

组别	n	时间	PSQI评分	ESS评分
治疗组	30	治疗前	15.72±2.87	8.70±1.81
		治疗后	8.43±3.12 ¹⁾²⁾	4.50±0.98 ¹⁾²⁾
对照组	30	治疗前	14.25±3.08	9.00±1.75
		治疗后	10.15±3.33 ¹⁾	6.70±1.31 ¹⁾

注:与治疗前比较,1) $P<0.05$;与对照组比较,2) $P<0.05$ 。

表3 2组疗效比较

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率/%
治疗组	30	2	9	15	4	86.67 ¹⁾
对照组	30	1	4	15	10	66.67

注:与对照组比较,1) $P<0.05$ 。

4 讨论

失眠起初多用中成药治疗,但中成药服用粒数及频次多,使患者依从性下降,疗效不确切。多数医生会改用精神麻醉类药物,睡前服用1次,效果明显,但此类药物毒副作用大,远期疗效不佳,且易产生不良反应及依赖性,尤其是老年患者可能存在跌倒和认知障碍等不良事件^[11]。研究表明老年人如果长期使用安眠药,其发生死亡风险高于正常人(50%)^[12]。可见以上疗法存在不少的缺陷。

失眠大多是由于阳气过于亢盛导致阴气衰弱,阴阳失交,故以阳证为多^[13]。子母补泻法是依据“虚则补其母,实则泻其子”的原则制定的一种针刺疗法。肝郁化火属于实证,依据“实则泻其子”的原则,应取本经行间穴施以泻法。因行间为“荣火”,火为木之子;肝经的子经为心经,实证当泻子经,该经脉的荣穴为少府,故可泻少府以泻心火。二者结合,可清心泻肝火、镇静安神,配合丹枢逍遥散口服,共起清肝泻火、清心安神的功效。本研究采用子母补泻针刺法配合丹枢逍遥散加减治疗肝郁化火型失眠,疗效优于单纯口服丹枢逍遥散加减,且具有以下特点:子母补泻法比常规针刺法穴精效优;针刺配合药物治疗,则针刺的频次减少;药物配合针刺治疗,

则减少服药的剂数。

治疗体会:①传统治疗失眠的常用穴位是神门、内关、百会、安眠,再随证加减,缺点是取穴多,针刺痛苦大,采用子母补泻可精简取穴数;②子母补泻法融入中医的五行相生理论,能针对不同的证型而补虚泻实;③针刺配合中药口服可以通过肠道吸收及经络感传两条途径起效,相辅相成,而达到事半功倍的治疗效果;④本研究选取的2个穴位均位于四肢末端,针感较强,针刺时应手法轻巧,以减少患者恐惧心理;⑤个别患者合并颈椎病、腰痛的,可以根据实际情况先予背部走罐、刮痧或拔罐等,再于针刺治疗的同时在颈部或腰部行生物陶瓷热敷;⑥若患者伴有夜间下肢抽搐,且舌质较红,舌苔黄燥的,考虑肝阳化风,可予加大白芍用量以增强平肝柔肝的效果。注意事项:治疗时间最好选择下午或傍晚;针刺过程若患者有头晕、胸闷、心慌等情况出现,应及时起针,按晕针处理。

参考文献

- [1] 贾建平. 神经病学[M]. 2版. 北京:人民卫生出版社,2012:409-410.
- [2] 吴添沐,王志福. 阳心安眠汤治疗肝郁化火型失眠症40例[J]. 福建中医药,2015,46(6):58-60.
- [3] 王琦,张晓林,朱颖,等. 百乐眠胶囊联合黛力新治疗焦虑性失眠40例[J]. 南京中医药大学学报,2016,32(5):495-497.
- [4] 吴宝金,陈魁. 归脾汤加减治疗心脾两虚型失眠40例临床观察[J]. 福建中医药,2014,45(6):47-48.
- [5] 中国睡眠研究会. 中国失眠症诊断和治疗指南[J]. 中华医学杂志,2017,97(24):1844-1856.
- [6] 中华中医药学会. 中医内科常见病诊疗指南[M]. 北京:中国中医药出版社,2008:50-52.
- [7] 路桃影. 匹兹堡睡眠质量表的测量特性及其最小重要差值的研究[D]. 广州:广州中医药大学,2012:1-74.
- [8] 路桃影,李艳,夏萍,等. 匹兹堡睡眠质量指数的信度及效度分析[J]. 重庆医学,2014,43(3):260-263.
- [9] JOHN M W. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale [J]. Sleep, 1991, 14(6):540-454.
- [10] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京:人民卫生出版社,2002:186-187.
- [11] 陈美华,林琴,金菲. 通督安神法推拿走罐治疗心脾两虚型失眠症35例[J]. 福建中医药,2016,47(2):49-50.
- [12] 王声萍,王声勇. 参松养心胶囊和佐匹克隆联用治疗老年慢性失眠的临床疗效[J]. 中国老年学杂志,2014,34(18):5036-5038.
- [13] 苏全贵,李灿东,甘慧娟,等. 基于中医整体医学模式的失眠患者健康状态辨识[J]. 医学信息,2012,25(2):185-186.

(上接第72页)

针灸临床杂志,2011,27(8):63-65.

- [6] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京:南京大学出版社,1994:201-202.
- [7] 施杞,郝永强,彭宝淦,等. 动静力平衡失调与颈椎病临床疗效观察[J]. 上海中医药大学学报,1999,13(1):52-56.
- [8] 马梦果. 旋转正骨手法结合针刀治疗神经根型颈椎病的临床疗效观察[D]. 北京:北京中医药大学,2016:37-40.
- [9] 杨义靖,曾丽嘉. 针刀为主治疗神经根型颈椎病疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志,2011,20(28):3552-3553.
- [10] 吴绪平,张天明. 针刀临床治疗学[M]. 北京:中国医药科技出版社,2007:181-202.

- [11] 朱汉章. 针刀学原理[M]. 北京:人民卫生出版社,2002:104-118.
- [12] 阚丽丽,王海东,刘安国. 针刀疗法治疗颈椎病的Meta分析[J]. 中国骨伤,2013,26(11):935-939.
- [13] 张欣,李殿宁,李开平,等. 针刀干预型颈椎病兔实验研究[J]. 辽宁中医药大学学报,2015,17(6):93-97.
- [14] 王艳国,郭秀琴,张琪,等. 手法治疗神经根型颈椎病的系统评价[J]. 中华中医药杂志,2013,28(2):499-503.
- [15] 张中义,张建福,李帅磊,等. 针刀结合手法治疗神经根型颈椎病临床研究[J]. 中医学报,2012,27(12):1677-1678.