

- 急性上消化道反应的临床研究[J]. 针灸临床杂志, 2012, 28(9): 1-3.
- [6] 曹海青, 李艳红. 针刺在 NP 方案治疗非小细胞肺癌患者中对延迟性恶心呕吐的控制[J]. 中国癌症杂志, 2006, 16(9): 751-752.
- [7] 王晓燕, 吴富东, 王世军, 等. 电针足三里穴对胃肠功能紊乱模型大鼠脏器微循环的影响及穴位脏腑相关性理论探讨[J]. 浙江中医药大学学报, 2011, 35(3): 415-417.
- [8] 王晓燕, 王世军, 吴富东. 电针足三里穴对胃肠功能紊乱大鼠 5-HT 的影响[J]. 针灸临床杂志, 2012, 28(9): 51-53.
- [9] 秦明, 杨琦, 王景杰. 电针足三里穴对糖尿病胃轻瘫大鼠延髓多巴胺能神经元和星形胶质细胞活性的影响[J]. 现代生物医学进展, 2012, 12(6): 1006-1008.
- [10] 林飞. 中医治疗肿瘤化疗所致呕吐的寒热辨治[J]. 中国中医基础医学杂志, 2012, 18(9): 995-996.

(责任编辑: 刘淑婷)

改良推拿手法治疗神经根型颈椎病临床观察

方向明

北京中医药大学东直门医院东区, 北京 101100

[摘要] 目的: 观察改良推拿手法治疗神经根型颈椎病的临床疗效。方法: 将 100 例神经根型颈椎病患者随机分为 2 组各 50 例, 治疗组采用改良推拿手法治疗, 对照组采用《推拿学》中的推拿手法治疗。2 组均隔天治疗 1 次, 2 周后用“颈部神经根症治疗成绩判定基准”和“11 点疼痛程度数字等级量表 (NRS-11)”来评价疗效。结果: 2 组治疗后症状体征积分与治疗前比较均有下降, 差异均有显著性意义 ($P < 0.05$)。2 组治疗前后评分差值组间比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。有效率治疗组为 84.0%, 对照组为 74.0%, 2 组比较, 差异无显著性意义 ($P > 0.05$)。2 组治疗过程中均未出现恶心呕吐、头痛、头晕等不适。结论: 2 组治疗神经根型颈椎病均有效、安全。与《推拿学》手法相比, 改良推拿手法疗效为优, 适合临床推广。

[关键词] 神经根型颈椎病; 推拿疗法; 改良推拿手法; 症状体征积分

[中图分类号] R681.5⁺ **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 01-0146-03

颈椎病(Cervical Spondylosis, CS)是一种常见病、多发病, 随着现代生活和工作方式改变, 颈椎病有迅速增加和年轻化趋势, 给人们带来了躯体、心理和经济等方面的多重负担。笔者应用改良推拿手法治疗神经根型颈椎病, 疗效满意, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参照《第二届颈椎病专题座谈会纪要》^[1]颈椎病的诊断标准: ①颈痛伴上肢放射痛; ②受压神经根皮肤节段分布区感觉减弱, 腱反射异常,

肌萎缩, 肌力减退; ③臂丛神经牵拉试验或椎间孔挤压试验阳性; ④颈椎 X 线摄片可见椎体增生, 钩椎关节增生明显, 椎间隙椎间孔变小; ⑤CT/MRI 可见椎体后赘生物及神经根管变窄。同时具备①④为确切诊断标准, ②③⑤中具备其中 1 项或同时具备为辅助诊断标准。

1.2 纳入标准 ①符合神经根型颈椎病诊断标准; ②年龄 20~70 岁; ③如果已经接受保守治疗, 经过 5 天以上的洗脱期; ④能按本研究要求完成治疗和调查者。

[收稿日期] 2013-07-17

[作者简介] 方向明 (1973-), 男, 副主任医师, 主要从事针灸推拿工作。

1.3 排除标准 ①合并颈椎肿瘤、结核、骨髓炎及严重骨质疏松症者；②颈椎外病变(胸廓出口综合征、网球肘、腕管综合征、肘管综合征、肩周炎、肱二头肌长头腱鞘炎等)所致的疼痛；③可疑脊柱损伤伴脊髓损伤者；④发育性椎管狭窄者(椎管比值 = 椎管矢状径 / 椎体矢状径 < 0.75)；⑤患严重的心、肺、脑及血液系统疾病者；⑥肝肾功能不全，消化道溃疡者；⑦上肢肌力 ≤ 3 级；⑧治疗部位有严重皮肤损伤或皮肤病者；⑨神经根型颈椎病以外其他类型颈椎病；⑩曾经接受颈椎手术治疗和颈椎先天畸形者；⑪怀孕或哺乳期、月经期妇女；⑫不能按本研究要求完成治疗和调查者。

1.4 一般资料 观察病例为 2011 年 1 月~2012 年 6 月本院推拿科门诊患者，共 100 例，按就诊顺序随机分为 2 组各 50 例。治疗组男 20 例，女 30 例；平均年龄(50.53 ± 5.70)岁；平均病程(25.89 ± 14.81)月。对照组男 23 例，女 27 例；平均年龄(52.32 ± 6.83)岁；平均病程(20.91 ± 12.98)月。2 组一般资料经统计学处理，差异均无显著性意义($P > 0.05$)，具有可比性。

2 治疗方法

2.1 治疗组 ①患者坐位，在颈项及肩部做轻柔的揉法、拿法，使之逐渐放松。②在患侧颈臂穴做一指禅推法，或做中指勾揉法 1~2 min，患者局部有明显酸胀感，且向上臂，甚至是前臂或手放射，手法刺激强度由轻到重，以患者能忍受为限。③逐渐向下用力按压缺盆穴，把臂丛与锁骨下动脉压于拇指与第一肋骨之间，按压 1 min；然后向内侧按压，把交感神经星状节按压于拇指与第 1 胸椎体之间，按压 1 min，患者拇、食、中三指有麻木感，当手指放松后，患者觉有热流向上肢放射。④术者一手持患腕之背侧，外展高举，向上牵引，另一手四指放在患侧肩顶部，拇指按压极泉，逐渐用力，患者感拇、食、中三指完全麻木。然后患肢放于旋后位，掌心向上，徐徐下落至约 30° 外展位，继续按压极泉穴 1 min，随之逐渐放松拇指，患者立感有热流通过上肢，有舒畅、麻木之感。⑤由于钩椎关节增生或颈椎间盘退变突出的节段不同，受损神经根不同，有选择地在下列胸穴按揉 1~2 min。C₅ 神经根受损：臂臑；C₆、C₇ 神经根受损：曲池、曲泽、合谷、落枕；C₈ 神经根受损：小海、后溪。同时相应地牵引，旋转，屈伸肩、肘、腕

关节。⑥旋提手法^[2]。操作方法：患者端坐位，颈部自然放松，让患者的头部水平旋转至极限角度，最大屈曲，达到有固定感；医生在其背后，以肘窝部托患者下颌，手则扶住其枕部(向右扳则用右手，向左扳则用左手)，另一手扶住颈肩部，轻轻向上牵引 3~5 s；嘱其放松肌肉，肘部用短力快速向上提拉。操作成功可以听到一声或多声弹响。⑦揉，擦肩井、天宗、风门、阿是穴等，以轻柔的手法结束治疗。

2.2 对照组 参照《推拿学》^[3]中的推拿手法。患者正坐，医者分别按揉风池、肩井、肩中俞、曲池、手三里、合谷、小海、外关等穴。医者立于患者背后，用擦法放松颈肩部，上背部及上肢的肌肉约 5~10 min。拿揉颈肩部并配合推桥弓，推肩颈部。颈项部拔伸法。提拿两侧肩井。搓患肩至前臂反复几次。

2 组均隔天治疗 1 次，每次约 20 min，疗程均为 2 周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 症状体征积分。参照田中靖久“颈部神经根症治疗成绩判定基准”^[4]和“11 点疼痛程度数字等级量表(NRS-11)”^[5]制定神经根型颈椎病症状体征积分表：①颈肩疼痛。0 分：无疼痛。1~3 分：轻度疼痛，但仍可从事正常活动。4~6 分：中度疼痛，影响工作，但能生活自理。7~9 分：严重疼痛，生活不能自理。10 分：剧烈疼痛，无法忍受。②颈部压痛。0 分：无压痛。3 分：轻度压痛，压之述痛。6 分：中度压痛，压之疼痛伴有痛苦表情(皱眉)。9 分：重度压痛，压之疼痛伴有关节退缩(躲闪)。③上肢麻木。0 分：无麻木。1 分：偶有麻木，很快缓解。2 分：麻木间断，多在睡眠或晨起出现，能缓解。3 分：感觉麻木，持续不减，不缓解。④颈椎活动度。0 分：颈侧屈、前屈、后仰 ≥ 40°，侧转 ≥ 75°。1 分：颈侧屈、前屈、后仰 30°~39°，侧转 60°~74°。2 分：颈侧屈、前屈、后仰 20°~29°，侧转 45°~59°。3 分：颈侧屈、前屈、后仰 < 20°，侧转 < 45°。⑤上肢感觉障碍。0 分：无。1 分：轻度减退。2 分：明显减退。⑥上肢肌力：0 分：无(肌力 级)。1 分：轻度减弱(肌力 级)。2 分：明显减弱(肌力 0~ 级)。⑦腱反射：0 分：无明显异常。1 分：减弱。2 分：消失。⑧臂丛神经牵拉试验：0 分：阴性。2 分：阳性。⑨椎间孔挤压试验：0 分：阴性。2 分：阳性。症状体征总积分 35 分。

3.2 统计学方法 采用 SPSS13.0 软件进行处理。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,比较采用 t 检验;计数资料比较采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 根据治疗前后症状体征积分计算拟定。疗效指数 = [(治疗前总分 - 治疗后总分) / 治疗前总分] × 100%。优: 疗效指数 > 80%; 良: 60% < 疗效指数 ≤ 80%; 可: 40% < 疗效指数 ≤ 60%; 差: 疗效指数 ≤ 40%。疗效优、良、可者为有效,差为无效。

4.2 2组治疗前后症状体征积分情况比较 见表1。2组治疗后症状体征积分与治疗前比较均有下降,差异均有显著性意义($P < 0.05$)。提示2组经治疗均有疗效。2组治疗前后评分差值组间比较,差异有显著性意义($P < 0.05$),提示治疗组疗效优于对照组。

表1 2组治疗前后症状体征积分情况比较 $(\bar{x} \pm s)$ 分

组别	n	治疗前	治疗后	治疗前后评分差值
治疗组	50	17.56 ± 4.35	6.33 ± 3.24 ^①	11.03 ± 5.72 ^②
对照组	50	16.56 ± 3.52	9.94 ± 2.44 ^①	6.62 ± 2.68

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

4.3 2组有效率比较 治疗组优10例,良25例,可7例,差8例,有效率为84.0%;对照组优6例,良20例,可11例,差13例,有效率为74.0%。2组有效率比较,经 χ^2 检验,差异无显著性意义($P > 0.05$)。

4.4 安全性 2组治疗过程中均未出现恶心呕吐、头痛、头晕等不适。

5 讨论

神经根型颈椎病是引起颈肩臂痛的常见病,据统计,其占颈椎病的60%~70%^[6]。从经脉在体表的分布规律上来看,分布在颈、肩、臂部位的是手三阴经、手三阳经、足三阳经及督脉等。遵循“经脉所过,主治所及”的原则,笔者着重在上述经脉进行治疗。中医推拿是以经络、腧穴为基础,临床中笔者根据受损颈神经根不同,临床表现的差异,有选择地推拿相关腧穴。如 C_7 、 T_1 节段病变,累及 C_8 神经根,表现为环指、小指、手及前臂尺侧麻痛。以上部位正是手太阳小肠、手少阴心、手厥阴心包等经脉的体表分布,治疗时侧重推拿该经的小海、后溪、曲泽、天宗、极泉等穴;再如 C_5 、 C_6 节段病变,累及 C_6 神经根,出现颈肩、上臂外侧、前臂背侧疼痛,拇指、食

指感觉减退。以上部位正是手阳明大肠、足阳明胃等经脉的体表分布,治疗时侧重推拿该经的曲池、合谷、缺盆等穴。

治疗中所选用腧穴多为颈、肩、臂重要神经、血管的分布区。如极泉穴,其下布有腋动脉,尺神经及正中神经;颈臂穴其下布有臂丛神经,颈外侧动、静脉之分支;落枕穴其下布有掌背动脉及桡神经分支。结合解剖知识,这样才能取得良好疗效。

姜宏等^[7]根据现代医学研究进展,概述手法治疗颈椎病的作用途径之一在于调整神经生理、神经生化2个主要环节,从而达到消炎止痛疗效。手法治疗的关键是旋提的角度和力度。朱定军等^[8]通过旋转颈椎时的X线摄片发现,旋转时从下至上颈椎位移逐渐增大且相差十分悬殊,此时手法如果采用稍加大上提力度、前屈位旋转,可使此段椎管矢状径和椎管截面积增大,椎管内空间增加,利于梳理松解此段的某些粘连,包括解除神经根袖处的粘连,减轻这些因素对神经根的刺激,同时有利于手法安全。古籍中对手法治疗此病亦有论述,《医宗金鉴》云:“气血瘀滞,为肿为痛,宜用按摩法。按其经络,以通郁闭之,摩其壅聚,以散瘀结之肿,其患可愈。”又如《内经》云:“按之则气血散,故按之痛止也”。所以推拿可以疏通经络,活血理气,使瘀滞肿胀得到吸收消散而达到治疗目的。

[参考文献]

- [1] 孙宇,陈琪福. 第二届颈椎病专题座谈会纪要[J]. 中华外科杂志, 1993, 31(8): 472-476.
- [2] 朱立国,张清,高景华,等. 旋转手法治疗神经根型颈椎病的临床观察[J]. 中国骨伤, 2005, 18(8): 489-490.
- [3] 俞大方. 推拿学[M]. 上海:上海科学技术出版社, 1992.
- [4] 姜宏,施杞. 颈椎病疗效评定的研讨[J]. 中国中医骨伤科杂志, 1996, 4(4): 47-50.
- [5] 庄心良,曾因明,陈伯奎. 现代麻醉学[M]. 3版. 北京:人民卫生出版社, 2003: 2547.
- [6] 周秉文. 颈肩痛[M]. 北京:人民卫生出版社, 1998: 233.
- [7] 姜宏,杨志良. 手法治疗颈肩腰腿痛的神经生理学基础[J]. 上海中医药杂志, 1991, 25(12): 32-35.
- [8] 朱定军,李义凯. 颈椎旋转时的X线片对比观测[J]. 中国中医骨伤科杂志, 1997, 5(4): 36-37.

(责任编辑:刘淑婷)