

# 仰卧拔伸牵引配合手法治疗神经根型颈椎病 120 例疗效观察

金英杰, 李雪珍

青田县中医院针推科, 浙江 青田 323900

**[摘要]** 目的: 观察仰卧拔伸牵引配合推拿手法与坐位颌枕牵引配合推拿手法治疗神经根型颈椎病的临床疗效。方法: 将 230 例神经根型颈椎病患者随机分为 2 组。观察组 120 例采用仰卧拔伸牵引配合五区五线十三穴推拿手法治疗。对照组 110 例采用坐位颈椎颌枕牵引配合五区五线十三穴推拿手法治疗。比较 2 组治疗 2 疗程后的临床疗效。结果: 观察组总有效率和愈显率分别为 93.3%、79.2%, 高于对照组的 90.0%、60.0%, 2 组愈显率比较, 差异有显著性意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 仰卧拔伸牵引配合推拿手法治疗神经根型颈椎病患者患者的愈显率较好, 优于坐位颌枕牵引配合推拿手法治疗。

**[关键词]** 神经根型颈椎病; 仰卧拔伸牵引; 坐位颌枕牵引; 五区五线十三穴

**[中图分类号]** R681.5+5 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 03-0161-03

颈椎病好发于中老年人, 近年来, 随着人们工作与生活习惯的改变, 如电脑的普及等, 不但发病率逐年上升, 且出现发病年龄年轻化、发病人群多元化的趋势。临床上以神经根型较常见。患者表现为以颈项部僵硬, 肩背酸胀沉滞, 或上肢放射性酸麻疼痛, 甚至手指麻木为特点。笔者采用仰卧拔伸牵引配合手法治疗神经根型颈椎病, 结果报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 诊断标准** 参照《中医病证诊断疗效标准》<sup>[1]</sup>进行诊断。神经根型颈椎病: 颈痛伴上肢放射痛, 颈后伸时加重, 受压神经根皮肤节段感觉减退。腱反射异常, 肌力减退, 颈部活动受限, 臂丛牵拉试验阳性。

**1.2 纳入标准** ①年龄 20~60 岁; ②具有典型颈椎病的症状, 符合神经根型颈椎病的诊断标准, 病变部位定位在颈椎下段; ③有完整的临床资料, 包括颈椎的正侧位双斜位片, 经 X 线或 MRI 检查确诊, 病程 7 天~6 年。

**1.3 排除标准** ①年龄 20 岁以下, 60 岁以上; ②非神经根型颈椎病; ③肩关节周围炎、强直性脊柱炎、腕管综合征、胸廓出口综合征或颈部畸形、肿瘤、结核、外伤骨折脱位等疾患; ④合并有心、脑、

肝、肾和造血系统等严重原发性疾病, 精神病患者, 妊娠期及哺乳期妇女, 血压控制不良及明显骨质疏松者。

**1.4 一般资料** 观察病例为 2010 年 3 月~2013 年 3 月本院针灸推拿科门诊诊治的神经根型颈椎病患者, 共 230 例。采用 Doll's 临床病例随机表法分为 2 组, 观察组 120 例, 男 71 例, 女 49 例; 平均年龄  $(44.7 \pm 7.4)$  岁; 平均病程  $(3.1 \pm 2.4)$  年。对照组 110 例, 男 69 例, 女 41 例; 平均年龄  $(44.5 \pm 7.9)$  岁; 平均病程  $(3.4 \pm 2.2)$  年。2 组性别、年龄、病程等经统计学处理, 差异均无显著性意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

## 2 治疗方法

**2.1 观察组** 采用仰卧拔伸牵引配合五区五线十三穴推拿手法治疗, 每天 1 次。①仰卧拔伸牵引: 仪器采用杭州康森医疗器械公司生产的颈椎弧度牵引治疗仪(HKM-2100-1), 它由升降式颈托理疗带与额带构成, 颈托高度 8~10 cm, 颈托牵引力 50~60 N, 额带 15 N, 理疗带的磁热温度 35~39℃, 患者仰卧, 颈托理疗带置于患者颈部, 患者双耳尖略高于颈托理疗带上缘, 额带下缘与患者双眉弓齐平。牵引时

[收稿日期] 2013-10-20

[作者简介] 金英杰 (1977-), 男, 主治中医师, 主要从事针灸推拿临床工作。

间为 20 min。②五区五线十三穴推拿法<sup>[2]</sup>：五区：肩胛区：冈上肌区域，左右各一区。肩胛背区：冈下肌区域，左右各一区。肩胛间区：两肩胛骨内侧缘区域。五线：督脉线：自风府穴至大椎穴连线。颈夹脊线：自天柱穴至颈根穴(大椎旁开 1 寸)连线，左右各一线。颈旁线：自风池穴至颈臂穴(缺盆穴内 1 寸)连线，左右各一线。十三穴：风府、风池(双)、颈根(双)、颈臂(双)、肩井(双)、肩外俞(双)、天宗(双)。基本操作：首先运用一指禅推法、按揉法、拿法沿五条线上下往返操作 5~7 遍，累计 6~7 min；再运用擦法、按揉法、擦法沿肌肉分布在五区操作，累计 5 min；再用一指禅推法、点按法、弹拨法及拿法治疗十三穴，以患侧为重点，累计操作 5 min，最后使用摇法、按揉法、拍法等理顺手法结束治疗，手法力度以患者耐受为原则，总治疗时间 20 min。

2.2 对照组 采用坐位颈椎颌枕牵引法，使颈椎保持向前轻度前屈 15° 体位，牵引重量为 6~8 kg，牵引 20 min，配合五区五线十三穴推拿法治疗(参照观察组)，每天 1 次。

2 组均每天治疗 1 次，治疗 5 次为 1 疗程，疗程间休息 2 天。2 疗程结束后统计临床疗效。

### 3 统计学方法

使用 SPSS 统计学软件包进行数据处理。计数资料用  $\chi^2$  检验。

### 4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》<sup>[1]</sup>，临床治愈：临床症状消失，阳性体征转阴，肌力正常，颈及肢体功能恢复正常，能参加正常劳动和工作。显效：症状和阳性体征基本消失，基本能参加劳动和轻工作。有效：颈肩背疼痛减轻，颈及肢体功能改善，但未能完全缓解。无效：症状和阳性体征无变化。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。2 组临床疗效总有效率比较， $\chi^2=0.851$ ，差异无显著性意义( $P>0.05$ )；2 组愈显率比较， $\chi^2=10.028$ ，差异有显著性意义( $P<0.05$ )。

表 1 2 组临床疗效比较 例

组别	n	临床治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)	愈显率(%)
观察组	120	52	43	17	8	93.3	79.2 <sup>①</sup>
对照组	110	32	34	33	11	90.0	60.0

与对照组比较，<sup>①</sup> $P<0.05$

### 5 讨论

神经根型颈椎病系因颈椎退行性改变导致脊神经根受压而引起的以颈肩肢疼痛、麻木为突出表现的病症，为颈椎病的常见类型。神经根型颈椎病的发病机制较为复杂，多因素共同作用导致神经根发生充血、水肿、炎性反应及传导特性损害。这些因素包括神经压迫、椎体失稳、神经刺激、体液因子刺激等，其中大多数因素是可逆的，这就为非手术治疗治疗颈椎病提供了可行性<sup>[3]</sup>。

颈椎病五区五线十三穴推拿治疗法是浙江中医药大学范炳华教授治疗神经根型颈椎病的常用方法之一。根据颈椎病的病理特点和临床症状，结合中医经络学说理论，按照中医学“经络所过，主治所及”原则，结合颈椎的解剖结构、生理功能、经络分布以及所累及的经络、关节、神经、血管和软组织，建立了点、线、面结合的症因推拿法<sup>[4]</sup>。该方法采用点、线、面结合，选穴合理，针对性强，具有操作规范，手法简便，临床疗效显著等优点，可促进局部血液循环，缓解颈肌或血管痉挛，松解局部软组织粘连，有效改善神经根型颈椎病的临床症状。

保守疗法在神经根型颈椎病的治疗中发挥着重要的作用。牵引被公认为基本治疗方法。传统的坐位颈椎颌枕牵引法，需要较大的力量克服肌肉张力才能达到椎体分离的目的。应用颌枕牵引带时还可能会诱发颞颌关节疼痛，这不仅可使牵引治疗中断，而且对老年患者而言，还有可能造成不可逆的关节损伤<sup>[5]</sup>。而仰卧拔伸牵引，患者体位更加放松，仅需较小的力量就可以克服肌肉张力，还不会诱发颞颌关节疼痛。患者的依从性更好，更容易接受这种牵引疗法。而且其枕托带有磁热作用，兼有磁疗与热疗的作用，促进了局部组织的血液循环，改善了局部肌肉等组织的缺血，缺氧状态，能更好地改善临床症状。

两种牵引方式结合推拿手法治疗神经根型颈椎病都取得了较好的疗效，但在临床治愈显效上，采用仰卧拔伸牵引结合推拿手法治疗的观察组优于采用坐位颌枕牵引结合推拿手法治疗的对照组。这或许是因为仰卧拔伸牵引时，患者颈部更加放松，而且颈椎弧度治疗仪更能有效地恢复颈椎正常的生理曲度，缓解神经根的压迫症状，其具体的作用机理，还有待进一步研究。

[参考文献]

- [1] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 186.
- [2] 范炳华. 推拿学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2008: 135.
- [3] 周建伟, 胡玲香, 李宁, 等. 针刺推拿综合方案治疗椎动脉型颈椎病的多中心随机对照研究[J]. 中国针灸, 2006, 26(8): 542-543.
- [4] 范炳华, 王鹏, 徐泉珍. 颈椎病病因推拿思维的建立与应用[C]//2010年浙江省推拿学术年会论文集, 2010: 19.
- [5] 陆廷仁. 骨科康复学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 355-356.

(责任编辑: 刘淑婷)

## 针刺配合中药穴位热敷治疗中风后尿失禁疗效观察

刘国力<sup>1</sup>, 陈鹏典<sup>2</sup>

1. 信宜市中医院, 广东 信宜 525300; 2. 广州中医药大学 2011 级博士研究生, 广东 广州 510405

[摘要] 目的: 观察针刺配合中药穴位热敷治疗中风后尿失禁的临床疗效。方法: 将 72 例患者随机分为 2 组, 治疗组采用针刺配合中药穴位热敷, 对照组采用口服汤剂缩泉丸加减治疗。观察比较 2 组治疗前后临床疗效。结果: 治疗组愈显率和总有效率分别为 80.6%和 97.2%, 对照组 27.8%和 47.2%, 2 组愈显率、总有效率分别比较, 差异均有非常显著性意义 ( $P < 0.01$ )。结论: 针刺配合中药穴位热敷治疗中风后尿失禁具有良好疗效, 值得临床推广与应用。

[关键词] 尿失禁; 中风后; 针刺; 中药热敷

[中图分类号] R694+.54 [文献标识码] A [文章编号] 0256-7415 (2013) 03-0163-02

尿失禁是中风后常见并发症, 在住院卒中患者中约 50% 发生过尿失禁, 出院时为 25%, 1 年后仍有 15%<sup>[1~2]</sup>。因此, 如何有效治疗中风后尿失禁, 改善尿失禁症状和提高生活质量成为医务工作者面临的一个重要问题。笔者在近年临床实践中发现, 采用针刺配合中药穴位热敷治疗中风后尿失禁, 有良好疗效, 结果报道如下。

### 1 临床资料

1.1 纳入标准 参照《各类脑血管疾病诊断要点》<sup>[3]</sup> 中的相关标准, 并经颅脑 CT 或 MRI 扫描证实。①由脑血管病引起的大脑双侧锥体束病变, 急性期过后病情稳定。②随意起始排尿功能存在, 但抑制排尿功能减弱。

1.2 排除标准 参照相关文献<sup>[4]</sup>排除: ①意识不清

者; ②合并心、肝、造血系统等严重原发疾病及精神病患者; ③尿路结石, 肿瘤, 泌尿系感染, 急、慢性肾功能衰竭而致的尿急、尿频、尿失禁; ④未按规定进行计划治疗以致资料不全或无法判定疗效而影响疗效判定者。

1.3 一般资料 观察病例为 2012 年 3 月~2013 年 2 月信宜市中医院脑病科病区患者, 共 72 例。分为 2 组各 36 例, 治疗组男 16 例, 女 20 例; 年龄 40~78 岁; 病程 6 天~1 月; 其中脑梗死 26 例, 脑出血 10 例。对照组男 17 例, 女 19 例; 年龄 42~76 岁; 病程 7 天~1 月; 其中脑梗死 25 例, 脑出血 11 例。2 组性别、年龄、病程、中风类型等经统计学处理, 差异均无显著性意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

[收稿日期] 2013-10-17

[作者简介] 刘国力 (1978-), 男, 主治医师, 主要从事中西医结合治疗脑科疾病的临床工作。