

# 铍针疗法结合前屈位牵引治疗神经根型颈椎病临床观察

林强, 蔡杨庭, 苏国义, 王羽丰

广东省中医院骨二科, 广东 广州 510120

**[摘要]** 目的: 观察铍针疗法结合前屈位牵引治疗神经根型颈椎病的临床疗效。方法: 对 63 例颈肩部患者予以铍针疗法结合前屈位牵引治疗, 2 周后评定疗效, 采用视觉模拟评分法 (VAS)、日本整形外科学会颈椎疾患治疗成绩评分表 (JOA) 评分观察临床疗效。结果: 综合治疗后, 治愈 26 例, 显效 18 例, 有效 14 例, 无效 5 例, 总有效率 92.06%。VAS 评分及 JOA 评分, 治疗后 7 天与治疗前比较, 差异均有显著性意义 ( $P < 0.05$ ); 治疗后 14 天与治疗前 7 天比较, 差异均有显著性意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 铍针疗法结合前屈位牵引治疗神经根型颈椎病疗效明显。

**[关键词]** 神经根型颈椎病; 铍针; 牵引治疗

**[中图分类号]** R681.5\*5 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 08-0155-03

**DOI:** 10.13457/j.cnki.jncm.2014.08.071

随着社会的发展, 电脑的日益普及, 长时间的伏案工作, 颈椎病已经越来越趋于职业化、低龄化, 年轻人群中的发病率逐年上升, 严重困扰着广大患者的身心健康。神经根型颈椎病 (cervical spondylotic radiculopathy, CSR) 是以椎间盘退行性改变及其继发性病理改变, 导致神经根受累 (压迫、牵拉、炎性刺激等) 并出现相应的神经支配区域功能障碍的一类临床综合症。临床中多采用针灸、牵引、外敷膏药等治疗, 本研究用铍针疗法结合前屈位牵引治疗神经根型颈椎病 63 例, 收到较好的疗效, 现报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 观察病例为 2012 年 10 月~2013 年 8 月本院骨科门诊治疗的神经根型颈椎病患者。共 63 例, 男 26 例, 女 37 例; 年龄 33~78 岁, 平均 58.4 岁; 病程 3 天~20 年。年龄特点: 神经根型颈椎病发病年龄以 50~60 岁最多见, 有 34 例, 占总例数 54.0%; 40~49 岁有 13 例, 占总例数 20.6%; 30~39 岁有 7 例, 占总例数 11.1%; 61~70 岁有 6 例, 占总例数 9.5%; 71~80 岁有 3 例, 占总例数 4.8%。诱发因素: 劳累 16 例, 天气变化 14 例, 伏案工作 11 例, 颈部受冷、受风 9 例, 外伤 2 例, 无明显诱因 11 例。颈椎曲度: 变直 28 例, 反曲 15 例, 曲度正常 20 例。钩椎关节增生: C<sub>3/4</sub>: 27%, C<sub>4/5</sub>: 46%, C<sub>5/6</sub>: 34%; 椎间隙变窄: C<sub>3/4</sub>: 13%, C<sub>4/5</sub>: 34%, C<sub>5/6</sub>: 15%; 颈椎不稳: C<sub>4/5</sub>: 3 例, C<sub>5/6</sub>: 4 例。

**1.2 诊断标准** 有明显或无明显诱因起病; 多发于 30 岁以上长期使头颈部处于单一姿势位置的青中年人, 如长期低头

工作者; 颈、肩、背疼痛, 肩胛背部板硬, 上肢有或无麻木; 颈部活动功能受限, 病变颈椎棘突、患侧肩胛骨内上角压痛, 引颈试验、压头试验或臂丛神经牵拉试验三者至少一个阳性; 行常规颈椎前后位、侧位、双侧斜位、前屈后伸位 X 片检查。

**1.3 排除标准** 年龄 >80 岁; 脊髓型颈椎病, 体位改变时出现严重不适症状或既有明显症状加重者; 既往脊柱外伤史、脊髓损伤病史; 合并骨关节结核、骨髓炎及严重老年性骨质疏松症、精神病、恶性肿瘤者。

**1.4 疼痛部位及特点** 疼痛主要发生在颈项部和肩胛骨内上角, 枕部和肩胛骨内侧缘的比例也较高, 其次发生在上臂和肘部的比例则少。各个部位的疼痛程度分布特点不一。肩胛骨内上角和内侧缘的疼痛较为严重, 而颈部、肩部和枕部这些疼痛的疼痛程度相对较轻。疼痛的性质以酸痛和胀痛为主, 占 71.7%, 其中酸痛占 43.8%, 胀痛占 27.9%; 而刺痛占 17.0%; 属于肌肉紧张, 占 11.3%。

## 2 治疗方法

**2.1 铍针疗法** 采用铍针 (北京华夏针刀医疗器械厂 HZ 系列针刀) 在肩胛提肌附着点、枕外隆突、菱形肌、大圆肌、小圆肌、颈椎、棘突两侧选择明显压痛点。压痛点常规消毒后, 医者一手拇、示指捏住针柄, 另一拇、示指用无菌干棉球捏住针体, 针尖对准压痛点中心, 双手骤然向下用力, 使铍针快速穿过皮肤, 至深筋膜层后, 行多点式或线式松解。完成松解后, 用持针棉球压住进针点, 快速出针, 持续按压进针点 5 min, 用医用胶布固定棉球, 24 h 内保持进针点干燥清洁。

**[收稿日期]** 2014-03-12

**[作者简介]** 林强 (1972-), 男, 医学博士, 副主任医师, 主要从事骨科临床工作。

铍针疗法每周1次,2次为1疗程。

2.2 牵引 由经过培训的专业骨科专人行前屈位牵引(广州一康医疗设备有限公司生产的YK-6000智能温热牵引系统):患者取前屈位,用枕颌牵引带固定患者头部,首先用手法进行牵引,估算最佳的牵引的角度和重量,然后依此用牵引装置牵引采用前屈位0~40°牵引;牵引的重量从3~5 kg开始,可逐增加至8~10 kg,以病颈后着力感强,牵引处无特别不适感为宜,每次20 min,每天2次。连续治疗2周后统计疗效。

### 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 视觉模拟评分法(VAS),一条10 cm长的直线,两端分别代表无痛和剧痛,患者在其中标出疼痛程度。记录患者治疗过程中出现的不良反应,肌力变化、神经损伤是否加重。日本整形外科学会颈椎疾患治疗成绩评分表(JOA)。治疗前,治疗后7天、14天分别评价疗效。

3.2 统计学方法 应用SPSS13.0软件包,对疼痛VAS评分、JOA评分行 $t$ 检验。

### 4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 疾病的转归及依据:通过治疗前后评分,积分改善率=(治疗后评分-治疗前评分)/治疗后评分 $\times$ 100%。治愈:积分改善率 $\geq$ 95%;显效:70% $\leq$ 积分改善率 $<$ 95%;有效:30% $\leq$ 积分改善率 $<$ 70%;无效:积分改善率 $<$ 30%。

4.2 临床疗效 综合治疗后,治愈26例,显效18例,有效14例,无效5例,总有效率92.06%。

4.3 治疗前后VAS评分及JOA评分改善情况比较 见表1。治疗后7天2项评分与治疗前比较,差异均有显著性意义( $P < 0.05$ );治疗后14天2项评分与治疗前7天比较,差异均有显著性意义( $P < 0.05$ )。

表1 治疗前后VAS评分及JOA评分改善情况比较( $\bar{x} \pm s$ )分

指标	$n$	治疗前	治疗后7天	治疗后14天
VAS	63	7.1 $\pm$ 1.5	2.4 $\pm$ 1.7	1.8 $\pm$ 1.9
JOA	63	10.6 $\pm$ 2.9	15.3 $\pm$ 1.8	17.2 $\pm$ 2.4

与治疗前比较,① $P < 0.01$ ;与治疗后7天比较,② $P < 0.05$

4.4 安全性评价 治疗过程中未发现神经损伤加重情况,无肌力下降等情况,但有3例患者因牵引出现颈后肌群酸痛不适。

4.5 半年随访结果 通过电话随访以及门诊复诊查体,共有51例患者得到随访。结果分析:半年内再次发病需要住院治疗4例,半年间再次发病需要门诊治疗21例;无发病24例;住院接受手术治疗2例。

### 5 讨论

颈椎病属中医学痹证、头痛、项强、颈肩痛、眩晕等范畴,多因外伤、劳损或感受风寒湿邪,经络气血运行受阻,脉

络不通而致,即“不通则痛”;或素体肝肾亏虚,筋骨失养,髓海失充而致,即“不荣则痛”。《灵枢·五邪》云:“邪在肾,则病骨痛阴痹。”《济生方·痹》亦云:“皆因体虚,腠理空虚,受风寒湿气而成痹也。”中老年人多肝肾亏虚,而肝主藏血,在体合筋,肾主骨生髓,肝肾亏虚,则筋骨失养,髓海不足,故而发病。针对其病因病机,笔者以活血化瘀、疏筋行气为治疗原则,以铍针结合前屈位牵引治疗颈肩痛。铍针源于《灵枢·九针》,现代铍针经过改良。首先使用铍针切割皮下组织、筋膜、筋结,使局部筋膜腔内压力减低,筋膜表面张力降低,从而消除感觉神经末梢所受的刺激和压迫,缓解疼痛<sup>[1]</sup>;其次,对局部软组织减张减压,可改变病变部位的血液循环,加快炎症代谢产物的吸收,从而从根本上消除引起神经炎性损害和疼痛的病理基础<sup>[2]</sup>;此外,铍针也具有针灸样疏通调整络作用。

除铍针疗法外,对患者行前屈位牵引治疗,前屈位牵引不同于以往的常规中立位牵引,它更注重牵引的角度、重量、时间的研究。林定坤等<sup>[3]</sup>在临床上观察到调整前屈角度可以明显缓解患者根性痛症状,文献报道也证实了前屈位牵引治疗神经根型颈椎病的有效性<sup>[4-6]</sup>。另一方面,Wong AM等<sup>[7]</sup>的研究指出,中立位卧位牵引时,椎间后隙的高度改变不明显,而前屈位坐位牵引可以同时明显地增加椎间前后隙的高度,这样可以缓解颈部肌肉痉挛和疼痛,增大椎间隙和椎间孔,改善和恢复钩椎关节与神经根的位置关系,缓解对脊髓及椎动脉的压迫和刺激,恢复颈椎正常生理曲度,调整小关节紊乱,伸展扭曲的椎动脉,改善脑部的血液循环。此外,前屈位牵引治疗前应注重先徒手牵牵,根据患者的个体差异,调整牵引方向、重量和牵引时间,满足个性化的要求,避免因牵引导致的颈后肌群的酸痛不适,从而影响疗效。

虽然铍针结合前屈位牵引治疗神经根型颈椎病的临床疗效明显,但是在半年内的随访中发现有52.9%(27/51)的患者需要再次来医院治疗,主要是中老年患者,易复发,常缠绵难愈。随着医学科学技术的飞速发展,医学模式的推陈出新,健康教育在治疗和巩固临床疾病方面的疗效越发明显。要“注重宣教”,对颈椎合理运动的建议以及对颈椎医疗保健知识的宣教,做到“医患合作”,从而减少颈部的劳损,保障颈部肌力平衡,真正起到预防和减少复发的作用。

### [参考文献]

- [1] 董福慧. 皮神经卡压综合征的治疗[J]. 中国骨伤, 2003, 16(5): 308-312.
- [2] 张蒂男, 董福慧, 张卓男, 等. 单纯减压对皮神经卡压作用的实验研究[J]. 中国骨伤, 2007, 20(5): 289-291.
- [3] 林定坤, 宁飞鹏, 潘锰, 等. 大角度前屈位牵引法治疗中老年神经根型颈椎病的临床研究[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2008, 11(25): 263-265.

- [4] 詹红生, 牛守国, 吴健康, 等. 仰卧位拔伸整复手法治疗神经根型颈椎病的随机、对照、多中心临床研究[J]. 中国骨伤, 2006, 19(5): 257-260.
- [5] 张希利, 李秀清. 颈椎病不同角度牵引的疗效观察[J]. 中华理疗杂志, 1994, 17(1): 31-32.
- [6] 邵建萍. 颈椎病牵引体位初探[J]. 中国中医骨伤科杂志, 1989, 5(6): 54-56.
- [7] Wong AM, Leong CP, Chen CM. The traction angle and cervical intervertebral separation [J]. Spine, 1992, 17(2): 136-138.

(责任编辑: 马力)

## 针刺联合刺络放血治疗颈椎病颈痛 40 例临床观察

李健敏, 陈秀华

广东省中医院, 广东 广州 510120

**[摘要]** 目的: 观察针刺联合刺络放血治疗颈椎病颈痛的临床疗效。方法: 将 80 例颈椎病有明显颈痛症状的患者随机分为 2 组各 40 例。治疗组予针刺联合刺络放血治疗, 对照组予单纯针刺治疗, 治疗 1 周后比较 2 组 NPQ 颈痛量表评分及临床疗效。结果: 治疗后, 2 组 NPQ 颈痛量表评分均较治疗前下降, 差异均有非常显著性意义 ( $P < 0.01$ ), 治疗后治疗组 NPQ 百分比与对照组比较, 差异有非常显著性意义 ( $P < 0.01$ )。临床疗效总有效率治疗组 90.00%, 对照组 67.50%, 2 组比较, 差异有显著性意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 针刺联合刺络放血治疗颈椎病颈痛有疗效, 能减轻临床症状, 与单纯针刺治疗比较, 无增加不良反应, 可考虑临床应用。

**[关键词]** 颈痛; 颈椎病; 针刺; 刺络放血; NPQ 颈痛量表

**[中图分类号]** R681.5\*5; R441.1

**[文献标识码]** A

**[文章编号]** 0256-7415 (2014) 08-0157-02

**DOI:** 10.13457/j.cnki.jncm.2014.08.072

颈椎病属中医学项痹范畴, 多因劳倦体虚、风寒湿邪侵袭颈部, 经络阻滞不通所致。现代医学认为, 是颈椎退行性改变压迫刺激颈部软组织、神经、血管、脊髓而产生的综合征<sup>[1]</sup>。颈椎病早期多以颈痛为主症<sup>[2]</sup>, 40 岁以上中老年人有 51% 患病<sup>[3]</sup>, 且发病年龄逐渐年轻化, 39.24% 中学生患有颈椎病<sup>[4]</sup>。中医传统疗法在治疗颈椎病颈痛方面具有简、便、廉、验等优势。笔者采用针刺联合刺络放血治疗颈椎病颈痛, 并与单纯针刺治疗进行对照比较, 结果报道如下。

### 1 临床资料

**1.1 纳入标准** 参照《中医病证诊断疗效标准》<sup>[5]</sup>, 并结合《第二届颈椎病专题座谈会纪要》<sup>[6]</sup>中颈椎病的诊断标准: 颈部疼痛, 颈肌僵硬, 甚至整个肩背疼痛发僵。伴有颈部活动度少于正常范围。病变颈椎棘突及关节囊常有相应压痛点, 颈椎附近肌肉也可有压痛。颈椎病变处可触及条索状硬结, 可有上肢肌力减弱或肌肉萎缩。压颈试验阳性。X 线摄片示: 颈椎呈退行性改变。符合上述标准, 同意接受针刺

及刺络放血治疗者。

**1.2 排除标准** 合并严重疾病、恶性肿瘤或传染病者。

妊娠、哺乳期妇女。具有针刺及刺络放血禁忌症者。依从性差及不能主动配合治疗或不能配合完成量表计分者。

**1.3 一般资料** 观察病例为 2012 年 9 月~2013 年 9 月本院针灸门诊就诊的颈椎病有明显颈痛症状患者, 共 80 例。男 22 例, 女 58 例; 年龄 11~83 岁; 病程 2 天~20 年。按照 1:1 的比例随机分成 2 组各 40 例。2 组 NPQ 颈痛量表计分等情况比较, 差异无显著性意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

### 2 治疗方法

**2.1 治疗组** 予针刺联合刺络放血治疗。针刺处方: 百会、印堂、风池、百劳、大椎、肩中俞、肩井、曲池、外关、中渚、血海、阳陵泉、绝骨、阿是穴等, 每次 10 穴, 交替选穴治疗。刺络放血处方: 百劳、大椎、肩中俞、阿是穴, 每次 2 穴, 交替选穴治疗。

**2.2 对照组** 予针刺治疗。针刺处方: 百会、印堂、风池、

**[收稿日期]** 2014-02-11

**[作者简介]** 李健敏 (1985-), 女, 医学硕士, 住院医师, 主要从事针灸治疗颈肩腰腿痛、针灸治疗中风病等临床工作。