

果肯定, 联合治疗组显效率均高于其余 2 组, 提示联合治疗可以缩短疗程, 提高疗效, 这与现代皮肤病学提倡的多种治疗方法联合进行相一致^[2]。实验各组不同部位皮损疗效不同, 面部及躯干部位皮损治疗有效率高四肢部皮损。

[参考文献]

- [1] 王侠生, 廖康煌, 杨国亮. 皮肤病学[M]. 上海: 上海科学技术文献出版社, 2005: 653.
- [2] 赵辨. 临床皮肤病学[M]. 南京: 江苏科学技术出版社, 2001: 1046-1049.
- [3] 中国中西医结合皮肤性病学会色素病学组. 白癜风的临床分型及疗效标准(2003 年修订稿)[J]. 中国中西医结合皮肤性病杂志, 2004, 3(1): 65.
- [4] 朱仁康. 中医外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社,

1987: 673.

- [5] 赵炳南, 张志礼. 简明中医皮肤病学[M]. 北京: 中国展望出版社, 1983: 238.
- [6] 贺普仁. 火针的机理及临床应用[J]. 中国中医药, 2004, 10(10): 21-23.
- [7] 陆卫卫, 吴峻. 火针治疗慢性软组织损伤的实验研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2003, 12(21): 2278-2279.
- [8] 周震, 李岩, 倪虹, 等. 火针对脊髓损伤模型大鼠 IL-1 β 、Caspase-3 蛋白表达的影响[J]. 上海针灸杂志, 2010, 29(5): 318-321.
- [9] 杨登科, 汪黔蜀, 叶飞, 等. 复方紫归片治疗白癜风 78 例疗效观察[J]. 云南中医中药杂志, 2011, 32(5): 36.

(责任编辑: 刘淑婷)

卧位牵顿手法配合穴位注射治疗神经根型颈椎病临床研究

郑晓斌, 朱其广, 刘特熹

深圳市中医院, 广东 深圳 518033

[摘要] 目的: 观察卧位牵顿手法配合穴位注射治疗神经根型颈椎病的疗效。方法: 将符合病例纳入标准的 96 例神经根型颈椎病患者随机分为 2 组各 48 例, 治疗组采用卧位牵顿手法配合穴位注射治疗; 对照组以机械牵引配合口服非甾体类抗炎药治疗。运用《颈椎病治疗成绩评分表》及目测类比疼痛分度量表 (VAS) 在治疗前后进行评分, 治疗结束后计算改善率、改善指数、治疗前后 VAS 评分差值、临床疗效。结果: 治疗组的积分、VAS 评分差值、改善指数、改善率等指标均高于对照组, 差异均有非常显著性意义 ($P < 0.01$)。治疗组临床痊愈率和显效率高于对照组, 2 组临床疗效比较, 差异有非常显著性意义 ($P < 0.01$)。结论: 卧位牵顿手法配合穴位注射治疗神经根型颈椎病疗效明显, 值得推广。

[关键词] 神经根型颈椎病; 卧位牵顿法; 穴位注射

[中图分类号] R681.5⁵ **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 08-0169-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.08.078

颈椎病的发病率近年不断上升, 已成为严重影响人类生活质量的常见病及多发病。颈椎病是由于颈椎骨关节病变或(和)颈椎椎管内外软组织病变引起的各种病症。临床上根据表现不同可分为颈型、神经根型、脊髓型、椎动脉型、交感型、混合型等六种类型, 而神经根型颈椎病是颈椎病中最常见的一种类型, 发病率较高, 占颈椎病的 50%~60%。笔者在临床中运用卧位牵顿手法配合穴位注射治疗此病, 疗效满意, 结果报道如下。

[收稿日期] 2013-12-07

[作者简介] 郑晓斌 (1978-), 男, 医学博士, 副主任中医师, 研究方向: 颈椎病, 腰椎间盘突出手法及针灸治疗。

1 临床资料

1.1 诊断标准 根据《中医病证诊断疗效标准》^[1]痹证作为诊断标准。病史: 多见于中老年人, 青壮年人若有损伤史、劳损史、颈部畸形或其他诱因等。多数为缓慢发病。若有颈部创伤史或劳损史, 也可急性发作, 病程较长, 时轻时重, 可反复发作。具有较典型的神经根性症状(疼痛、麻木), 其范围与颈神经支配的区域相一致。臂丛神经牵拉实验阳性。压顶实验阳性。颈椎 X 线摄片显示: 颈椎曲度改变不稳或骨赘形

成,钩椎关节骨质增生,椎管矢状径狭窄。

1.2 排除标准 椎动脉型、交感神经型、脊髓型颈椎病患者;除外胸廓出口综合征、网球肘、腕管综合征、肘管综合征、肩周炎等。非颈椎退行性病变所致的以上肢疼痛为主的疾患,如胸廓出口综合征、网球肘、腕管综合征、肩周炎等;合并心血管、脑血管、肝、肾、造血系统、内分泌系统等严重原发性疾病患者;肿瘤、骨关节结核、骨髓炎、老年性骨质疏松症及精神病患者;妊娠或哺乳期妇女;不愿意接受研究及不能坚持疗程者。

1.3 一般资料 观察病例为2011年8月~2012年10月(完成观察)深圳市中医院推拿科门诊的神经根型颈椎病患者,共96例。男30例,女66例,年龄22~65周岁,平均(51.0±10.4)岁。病程2月~14年。用随机数字表法随机分成2组各48例,治疗组男14例,女34例;对照组男17例,女31例;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 基础治疗 所有病例先以传统推拿手法进行肌肉放松治疗:患者取坐位。拿法:用大拇指和其余四指作相对用力,在颈部棘突两旁进行节律性的提捏。按揉法:用单掌或双掌紧贴肩部,由轻而重对双侧肩背部肌群进行按压。点穴:用右手拇食二指点按双侧风池穴,然后沿颈胸夹脊穴自上而下点至第7胸椎处,再从第7胸椎始沿膀胱经循行自下而上点至平第1胸椎处。揉法:从第5胸椎处始,沿双侧膀胱经和督脉循行线向上揉动至哑门穴。摇法:用右手扶住患者头顶后部,左手托住下颌,缓慢作环转摇动。叩法:用叩击法在患者颈项和肩部进行叩击。最后以提拿双侧肩井,并叩大椎结束肌肉放松手法治疗。

2.2 治疗组 予卧位牵顿法配合穴位注射。卧位牵顿法:患者低枕仰卧,头身平直,双手平放置于体侧,全身放松。术者立于床头,让一助手按压患者双小腿固定患者身体。医者一手掌(下称“定手”)托于患者头枕部,手指顶托颈椎;另一手(下称“牵手”)托住下颌并稍后仰,与顶托颈椎之“定手”手指维持颈椎于稍后伸状态,双手协调将患者头沿纵轴向上牵引,术者腰背部发力,以患者的身体微微牵动为度并持续约30s再沿纵轴方向瞬间发力一顿(此操作中有时可听到关节复位的弹响“咯得”声),然后缓慢放松牵引力,使患者颈部慢慢回缩。患者卧位牵顿手法后行颈夹脊穴注射:患者坐或俯伏坐位,取双侧C₅、C₆夹脊穴,常规消毒后用5mL注射器抽取复方当归注射液4mL,垂直刺入1.5cm,回抽无血,缓慢推进或上下提插,待出现酸胀感(若针感向肩、臂、肘、指传导则更佳)再将药液缓慢推入,每穴1mL。

2.3 对照组 予机械牵引治疗。患者采取坐位,颈前屈15°~30°,重量约为体重的10%~15%,时间20~30min,其中牵引40~60s,间歇放松10~20s。口服非甾体类抗炎药

清芬(右旋布洛芬片,江西汇仁药业有限公司,国药准字H20020155),每次2粒,每天3次。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 (1)颈椎病症状体征积分指标:参照《颈椎病治疗成绩评分表》^[2]进行积分评价。运用《颈椎病治疗成绩评分表》在治疗前及疗程结束后对患者进行评分,计算改善指数及改善率。计算公式如下:改善指数=(治疗后评分-治疗前评分)/治疗后评分;改善率=(治疗后评分-治疗前评分)/(正常评分-治疗前评分)×100%。(2)目测类比疼痛分量表(VAS)^[3]:采用VAS进行主体评价。制作10cm长的直线形“疼痛分级刻度尺”,以0为起点,表示无疼痛,以10为终点,表示极痛,在治疗前及疗程结束后对患者进行疼痛评分,以治疗后疼痛分值减去治疗前疼痛分值,取其绝对值作为疼痛减轻程度,得出2组计量资料,进行统计分析。

3.2 统计学方法 采用统计学软件包SPSS13.0进行数据处理。计量资料采用两独立样本的 t 检验;计数资料采用 χ^2 检验,等级资料采用两样本的Ridit分析。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 临床症状体征分级疗效评价:参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[4]中颈椎病疗效标准进行分级评价。参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[4]中颈椎病疗效标准,将疗效分为临床痊愈、显效、有效、无效4个等级。

4.2 纳入统计病例 本研究入选96例患者,由于各种原因剔除9例,完成87例。其中治疗组45例,对照组42例,均不少于样本量估算公式算出的样本量42例,有统计学意义,遂以此87例作疗效分析。

4.3 2组颈椎病症状体征积分比较 见表1。2组颈椎病症状体征积分较治疗前有不同程度的提高,2组组内治疗前后比较,差异均有非常显著性意义($P<0.01$);治疗后2组间比较,差异有非常显著性意义($P<0.01$),治疗组积分提高幅度大于对照组。

组别	n	改善率	t 值	P
治疗组	45	86.12±12.18	15.214	<0.01
对照组	42	39.24±14.68		

与治疗前比较,① $P<0.01$;与对照组治疗后比较,② $P<0.01$

4.4 2组积分改善指数和改善率比较 见表2、表3。治疗组改善指数和改善率均高于对照组,2组比较,差异均有非常显著性意义($P<0.01$)。提示治疗组在改善神经根型颈椎病患者的症状及体征方面优于对照组。

4.5 2组治疗前后VAS评分差值比较 见表4。2组治疗前后VAS评分差值比较,差异有非常显著性意义($P<0.01$)。提示治疗组减轻患者疼痛效果优于对照组。

4.6 2组临床疗效比较 从表5。2组总有效率比较,差异无显著性意义($P > 0.05$);但临床痊愈率、显效率治疗组高于对照组,2组临床疗效比较,经 Ridit 分析, $U=6.1423$, 差异有非常显著性意义($P < 0.01$)。

表2 2组改善指数比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	45	16.11 ± 2.54	28.19 ± 2.15
对照组	42	17.56 ± 2.61	23.32 ± 2.54

表3 2组改善率比较($\bar{x} \pm s$) %

组别	n	改善指数	t 值	P
治疗组	45	0.413 2 ± 0.113 6	9.011	< 0.01
对照组	42	0.196 2 ± 0.103 8		

表4 2组治疗前后 VAS评分差值比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	n	差值	t 值	P
治疗组	45	7.615 2 ± 1.331 4	14.085	< 0.01
对照组	42	2.792 1 ± 1.726 8		

表5 2组临床疗效比较 例(%)

组别	n	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	45	9(20.0)	32(71.1)	4(8.9)	0	100
对照组	42	0	8(19.0)	33(78.6)	1(2.4)	97.6

5 讨论

神经根型颈椎病属颈椎病中最好发的亚型之一。原因主要是在后侧方突出的椎间盘、骨唇、钩椎关节增生及变窄的椎间孔等骨性因素基础上,加之神经根周围软组织(神经根袖、神经根周围脂肪结缔组织等)病变,刺激或压迫脊神经而引起,有时无骨性因素,仅单纯神经根周围软组织病变也可引起对神经根的刺激或压迫而产生症状。临床表现多以 $C_4 \sim T_1$ 之神经根受损症状为主,包括头痛、颈项痛、手麻、臂麻、指麻等等。因此,治疗神经根型颈椎病的根本就是要解除神经根压迫症状。传统推拿手法可以解除颈部肌肉痉挛,促进椎-基底动脉的供血,改善脑内血液循环,使扭曲的椎动脉得以伸张,松解神经根的粘连,使受压的神经根得以缓解,恢复颈椎的正

常生理功能。卧位牵顿手法是在患者仰卧位进行的包含手法牵引及手法复位在内的一种复合手法。该手法结合“动力失衡为先,静力失衡为主”的病机理论,在以软组织松解手法明显改善颈椎病患者颈部周围肌群力学性能,改善甚至消除颈椎病患者颈部疼痛等症状的基础上,通过一牵一顿,重点纠正颈椎矢状面移位和失稳,改善脊神经根管的空间大小和颈椎生理弧度,使病变节段前后柱应力分布得以重新分配,减少前柱压缩负荷,从而使颈椎间盘突出得以减少,重建颈椎静力平衡,恢复颈椎内源性稳定;通过矫正颈椎反屈,使头颅重力距减小,相应降低颈椎伸肌群的持续收缩,降低颈椎负荷,改善颈椎伸肌群的劳损,巩固颈椎外源性稳定。因颈椎静力平衡得以重建,神经根高张力、神经、脊髓的血供也得以改善,间接达到缓解神经根周围压迫和促进其局部血液循环、减轻炎症反应、促进炎症因子吸收的目的,从而缓解症状或达到临床治愈。颈夹脊穴为经外腧穴,是督脉和足太阳膀胱经经气重迭覆盖之处,具有联络、沟通和调控督脉及足太阳经二脉的重要作用;此外颈夹脊穴可影响脊神经的后支,还可涉及前支,而前支又与交感神经相联系,调节脏腑气血,针刺颈夹脊穴能改善颈部的微循环和缺血缺氧状态^[6]。本研究穴位注射 C_5 、 C_6 除具有针刺的作用外,当归能补血活血和止痛,通过穴位药物可以直达病所,使局部症状迅速减轻或消失,故疗效显著。两者配合,在临床中值得推广。

[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] 王晓红,何成奇,丁明甫,等. 颈椎病治疗成绩评分表[J]. 华西医学,2005,20(2):232-233.
- [3] 宋文阁,付志俭. 临床疼痛学[M]. 济南:山东科学技术出版社,2004:120.
- [4] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002.
- [5] 颜少敏. 颈夹脊穴温针隔姜灸治疗椎动脉乙型颈椎病 89 例[J]. 中医药通报,2006,5(5):49-51.

(责任编辑:刘淑婷)

欢迎邮购 2012 年、2013 年《新中医》合订本
每年 230 元,两年 460 元