

推拿整脊配合针刺通臂穴治疗神经根型颈椎病 临床疗效及对血浆P物质的影响

张军, 王占勇, 杨硕

贵阳中医学院, 贵州 贵阳 550002

[摘要] 目的: 观察推拿整脊配合针刺通臂穴治疗神经根型颈椎病的临床疗效。方法: 将60例患者分为推拿整脊配合针刺通臂穴组(治疗组)与推拿整脊配合针刺肩三针组(对照组)各30例, 观察2组患者治疗前、治疗1疗程后田中靖久神经根型颈椎病临床症状部分(颈肩部疼痛与麻木感、上肢部疼痛与麻木感、手指疼痛与麻木感)评分。以及各治疗时间点田中靖久量表总评分、治疗2疗程后2组周围血液中P物质浓度变化情况。结果: 2组组内各观察时间点田中靖久量表评分分别与治疗前比较, 差异均有统计学意义($P < 0.01$)。治疗1疗程后, 2组评分组间比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 随访后, 2组评分组间比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗1疗程后, 2组颈肩部疼痛麻木感、上肢疼痛或麻木感、手指疼痛与麻木感评分分别与治疗前比较, 差异均有统计学意义($P < 0.01, P < 0.05$); 2组组间比较, 差异均有统计学意义($P < 0.01$)。治疗2疗程后, 2组组内P物质浓度比较, 差异有统计学意义($P < 0.01$)。结论: 推拿整脊配合针刺通臂穴能更好地改善颈椎内外平衡, 缓解神经根卡压症状, 疗效可靠, 值得临床推广。

[关键词] 神经根型颈椎病; 推拿整脊; 通臂穴; P物质

[中图分类号] R681.5*5 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 01-0083-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.01.038

神经根型颈椎病是颈椎病中最常见的一种类型, 约占颈椎病发病的60%~70%^[1], 主要表现为局部疼痛麻木和相应上肢部位或手掌部位的疼痛麻木、无力等症。研究表明, 颈椎病患病率呈现年轻化趋势, 临床需要一种能较快改善疾病症状, 且具有良好长期效应的疗法^[2]。笔者结合临床经验, 以推拿整脊放松后结合针刺通臂穴治疗, 观察临床效应及患者外周血浆P物质的含量, 结果报道如下。

1 临床资料

观察病例为2014年4—11月贵阳中医学院二附院推拿科门诊及针灸门诊神经根型颈椎病患者, 共60例。男14例, 女46例; 年龄23~65岁; 病程2月~12年。符合《中医病证诊断疗效标准》^[3]和《实用康复医学》^[4]中神经根型颈椎病临床的诊断标准及排除标准。根据随机数字表法将60例患者按照1:1的比例分为2组各30例。2组患者治疗前年龄、性别、病程、症状评分、P物质浓度等比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 治疗组 采用推拿整脊放松后结合针刺通臂穴治疗。①

整脊放松推拿方法: 用揉法、擦法、拿捏法、拔伸法、牵抖法、拍打法, 先按揉局部穴位风池、风府、缺盆各30s, 在患者颈肩、上背部和上肢部做擦法, 感肌肉放松后, 拿捏或拨动颈项两旁的组织2min, 结束后配合颈项部拔伸, 可用掌托及肘托拔伸法把颈椎牵开, 边牵引边使头颈部前屈后伸和左右转动, 提拿患者两侧肩井并拿揉患肢, 多指横拨腋丛神经分支, 使患者手指有串麻感为宜, 最后拍打肩背部和上肢部。整脊治疗操作方法: 采用颈椎旋转定位扳法^[5]。②针刺通臂穴方法: 定位: 位于C₆横突后关节突与斜方肌外缘相交处内侧0.5cm处。方法: 用0.30mm×50mm的全球牌针灸针垂直于皮肤进针, 进针后针尖稍向前下方斜刺1.0~1.5寸(实际以胖瘦为准), 使针刺到中斜角肌进而影响到臂丛神经, 使患肢产生一种温和的麻胀感。留针30min, 中途不施任何行针手法。

2.2 对照组 采用推拿整脊及普通针刺方法治疗。①推拿整脊操作方法同治疗组; ②普通针刺方法: 肩髃、肩髃、肩贞常规针刺留针30min, 中途不施任何行针手法。治疗疗程同前。

2组均每天治疗1次, 治疗10次为1疗程, 中间休息2

[收稿日期] 2015-08-12

[基金项目] 贵阳市科技计划项目 ([2013103] 39号)

[作者简介] 张军 (1968-), 男, 教授, 硕士研究生导师, 主要从事针灸推拿治疗脊柱相关疾病研究。

天,共2疗程。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①田中靖久20分量表评分^[6];②量表症状部分评分包括颈肩部疼痛与麻木感、上肢部疼痛与麻木感、手指疼痛与麻木感。③外周血液中致痛因子P物质浓度检测:2组患者治疗前及治疗后均抽取外周血液离心,取上清将标本放于-80℃冰箱保存,采用酶联免疫吸附试验(ELISA)检测P物质含量。

3.2 统计学方法 采用SPSS17.0统计软件进行统计分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,符合正态分布的组内比较采用配对t检验,组间比较采用t检验,不符合正态分布的采用非参数检验。

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》^[8]中有关疗效标准进行拟定。治愈:原有麻木、疼痛、不适等症状消失,症状体征积分改善≥90%。显效:原有麻木、疼痛、不适等症状部分消失,60%≤症状体征积分改善<90%。有效:较原有麻木、疼痛、不适等症状稍减轻,30%≤症状体征积分改善<60%。无效:症状、体征无好转,症状、体征积分改善<30%。

4.2 2组各时间点田中靖久量表总评分情况比较 见表1。治疗前总评分经两个独立样本的非参数检验,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。治疗组组内各观察时间点总评分分别

与治疗前比较,均用两个相关样本的非参数检验,差异均有统计学意义($P<0.01$)。对照组各观察时间点总评分分别与治疗前比较,均用两个相关样本的非参数检验,差异均有统计学意义($P<0.01$)。治疗1疗程后,2组总评分组间比较,采用两个独立样本的非参数检验,差异有统计学意义($P<0.05$);随访后,2组总评分组间比较,采用两个独立样本的非参数检验,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表1 2组各时间点田中靖久量表总评分情况比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	n	治疗前	治疗1疗程后	治疗2疗程后	随访后
治疗组	30	7.40±1.79	13.57±3.30 ^②	16.60±3.08 ^①	14.93±3.35 ^{①②}
对照组	30	8.30±1.80	12.23±2.45 ^①	16.57±3.21 ^①	13.47±3.37 ^①

与治疗前比较,① $P<0.01$;与对照组同期比较,② $P<0.05$

4.3 2组田中靖久量表症状部分评分比较 见表2。治疗前2组颈肩部疼痛麻木感、上肢疼痛或麻木感、手指疼痛与麻木感评分组间比较,采用两个独立样本的非参数检验,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。治疗1疗程后,2组各项症状评分分别与治疗前比较,均经两个相关样本的非参数检验,差异均有统计学意义($P<0.01, P<0.05$);治疗1疗程后,2组组间比较,经两个独立样本的非参数检验,差异均有统计学意义($P<0.01$)。

表2 2组田中靖久量表症状部分评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	治疗前			治疗后		
	颈肩部疼痛麻木感	上肢疼痛或麻木感	手指疼痛与麻木感	颈肩部疼痛麻木感	上肢疼痛或麻木感	手指疼痛与麻木感
治疗组	0.37±0.49	0.83±0.70	1.27±0.45	1.40±0.67 ^{②③}	2.13±0.86 ^{①③}	2.23±0.67 ^{②③}
对照组	0.60±0.56	1.10±0.66	1.17±0.53	0.87±0.57 ^②	1.33±0.71 ^②	1.63±0.61

与治疗前比较,① $P<0.05$,② $P<0.01$;与对照组治疗后比较,③ $P<0.01$

4.4 2组治疗前后P物质浓度比较 见表3。治疗前2组间比较,采用两个独立样本的非参数检验,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。治疗2疗程后,2组组内P物质浓度比较,采用两个相关样本的非参数检验,差异均有统计学意义($P<0.01$)。

表3 2组治疗前后P物质浓度比较($\bar{x} \pm s$) pg/mL

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	30	94.50±20.80	84.66±20.87 ^①
对照组	30	94.30±20.10	84.52±20.16 ^①

与治疗前比较,① $P<0.01$

4.5 2组随访后总有效率情况比较 见表4。随访后总有效率治疗组83.3%,对照组80.0%,差异无统计学意义($P>0.05$)。愈率率治疗组73.3%,对照组30.0%,差异有统计学意义($P<0.01$)。

表4 2组随访后总有效率情况比较 例

组别	n	治愈	显效	有效	无效	愈率率(%)	总有效率(%)
治疗组	30	1	21	3	5	73.3 ^①	83.3
对照组	30	0	9	15	6	30.0	80.0

与对照组比较,① $P<0.01$

5 讨论

神经根型颈椎病属中医学痹证范畴,中医学从内因、外因、不内外因三个方面阐述颈椎病的发病原因。其病因在内主要因气血虚弱、肝肾不足等。《素问·逆调论》曰:“荣气虚则不仁,卫气虚则不用,荣卫偶虚则不仁且不用,肉如故也”;在外不外乎风、寒、湿等邪气的侵袭。《素问·痹论》曰:“黄帝问曰:痹之安生?岐伯对曰:风、寒、湿三气杂至,合而为痹也”;不内外因不外乎扑、跌、扭、挫等外伤致病。《仙授理伤续断秘方》提出“筋骨差交,举动不能”和“骨挫缝,筋移位”。这些致病因素均导致经络瘀阻,不通则痛。

现代医学研究表明,神经根型颈椎病主要症状为根性痛^[1],围绕产生根性痛的机制主要有三种学说:机械压迫学说、化学性神经根炎学说和自身免疫学说。其产生疼痛和麻木的原因主要有两方面,一是关节外软组织无菌性炎症、肌肉痉挛、紧张、软组织外伤导致组织缺氧、破坏、粘连,使机体的力学平衡破坏。二是骨质增生或者椎体破坏直接影响神经根。现代神经根型颈椎病的发病率不断上升,主要原因在于工作劳累以及现代设备的普遍应用,尤其是电脑、手机等设备的普及,工作时,身体前倾,头始终向前,静力时间长,长期如此使颈部产生应力积累,颈部肌肉会持续性收缩,进而关节突关节固定,关节功能障碍,韧带粘连,颈部肌肉平衡失稳,产生颈部及上肢的疼痛与麻木。通过推拿作用于外源性动力活动系统调整外部平衡,颈椎定位旋转扳法作用于内源性静力支持系统调节内部平衡,从而达到整体调节颈椎失稳症状,释放神经根压迫,改善CSR的临床症状。而针灸能够快速缓解肌肉紧张、痉挛,调动机体免疫机制,刺激机体神经肽类物质的释放(如P物质)^[2],减轻疼痛程度。传统针刺穴位的选择有颈臂穴、肩三针(肩髃、肩髃、肩贞)、小海、后溪、少泽、关冲、阿是穴、颈夹脊其中以肩三针为主。取穴多,患者多有恐惧心理。且颈臂穴位于颈前中斜角肌和前斜角肌中间处,其下解剖有锁骨上动脉,初学者不宜操作。而针刺通臂穴有两点优势:一是通臂穴位于颈后C₆横突后关节突与斜方肌相交处内侧0.5cm处,其下解剖避开动脉和静脉,安全、易操作;二是针刺通臂穴对斜方肌、肩胛提肌的痉挛和紧张有很好的缓解作用,同时通过刺激中斜角肌引起其收缩,进而影响到臂丛神经,使气至会所。从而达到活血止痛、止麻的治疗效果。加刺通臂穴,一

方面更好地放松局部肌肉,另一方面针刺影响到受损的臂丛神经,可能诱发电位改变,促进受损神经功能恢复。

推拿配合针刺来调整颈椎外部平衡,整脊来调节颈椎内部平衡,使颈部内外力量达到平衡,从而更好地保持疗效。推拿整脊配合针刺通臂穴更好地改善颈椎内外平衡,缓解神经根卡压症状,疗效可靠,值得临床推广。

[参考文献]

- [1] 朱立国,于杰.关于神经根型颈椎病的临床治疗评述[J].医学信息:外科版,2009,22(1):3-6.
- [2] 王拥军.颈椎病发病因素的流行病学研究概况[J].中医正骨,1999(3):41-43.
- [3] 国家中医药管理局.ZY/T001.1-94 中医病证诊断疗效标准[S].北京:中国医药科技出版社,2012:8-48.
- [4] 周士枋.范振华.实用康复医学[M].南京:东南大学出版社,1998:646-647.
- [5] 赵毅,王诗忠.推拿手法学[M].上海:上海科学技术出版社,2009:83-84.
- [6] 姜宏,施杞.介绍一种神经根型颈椎病的疗效评定方法[J].中华骨科杂志,1998,18(6):381.
- [7] 张军,尚秀兰,孙树椿.神经根型颈椎病根性痛的解剖学基础和发病机理的研究[J].中国中医骨伤科杂志,1999,7(1):49-51.
- [8] 赵飞跃,朱丽霞.电针对逆向刺激所致神经性炎症的效应[J].针刺研究,1992(3):207-210.

(责任编辑:刘淑婷)

动气法针刺天皇副穴为主治疗漏肩风临床研究

胡静,黄民君,周愚

重庆北碚区中医院,重庆 北碚 400700

[摘要] 目的:观察采取董氏奇穴之动气法针刺天皇副穴为主治疗漏肩风的临床疗效。方法:采用临床随机对照试验的研究方法将60例患者随机分为董氏针刺组、常规针刺组各30例,董氏针刺组主穴取健侧(患肩对侧)之天皇副穴为主穴的董氏奇穴针刺方案;常规针刺组按照《针灸治疗学》关于肩周炎的针刺方案;每天1次,2组疗程均为3周。结果:2组患者治疗后简式McGill疼痛问卷(MPQ)评分、肩关节活动度评分、Constant-Murley肩关节综合功能评分分别与治疗前比较,差异均有统计学意义($P < 0.01$);治疗后,2组间MPQ评分、肩关节活动度评分、Constant-Murley肩关节综合功能评分分别比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$, $P < 0.01$)。总有效率董氏针刺组100%,常规针刺组96.40%,2组临床疗效比较,差异有统计学意义($P < 0.01$)。

[收稿日期] 2015-06-29

[作者简介] 胡静(1971-),女,副主任中医师,主要从事中医针灸及中医治未病临床工作。