

间歇牵引配合温针疗法治疗神经根型颈椎病疗效观察

倪春初, 姚丽梅, 沈志方, 颜玉琴
嘉兴市中医医院, 浙江 314001, 中国

【摘要】 目的: 观察间歇牵引配合温针疗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按随机数字表随机分为两组。观察组患者予间歇牵引配合温针治疗, 对照组患者予单纯温针治疗。治疗 20 天后进行疗效观察。**结果:** 观察组患者总显效率 90.0%, 对照组总显效率 78.0%, 两组疗效比较差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 间歇牵引配合温针治疗神经根型颈椎病疗效显著, 操作方便, 安全有效, 值得临床推广、应用。

【关键词】 牵引; 温针疗法; 针刺疗法; 灸法; 颈痛; 椎关节强硬

神经根型颈椎病是颈椎病中较为多见的一种类型, 约占颈椎病的 50%~60%, 常见于 30~50 岁的中青年。本病是由突出的颈椎间盘、增生的小关节及钩椎关节压迫或刺激神经根引起, 可累及一根或多根神经根, 单侧多见, 亦可为双侧。麻木、疼痛是神经根型颈椎病的典型症状, 麻木、疼痛的范围与颈神经根支配的区域一致, 颈肩部多伴有疼痛, 但痛点封闭治疗无效^[1]。目前神经根型颈椎病的治疗方法较多, 为了选择较好的治疗方案, 笔者于 2012 年 6 月至 2013 年 2 月采用间歇牵引配合温针治疗神经根型颈椎病, 现将结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

具有典型的根性症状(麻木、疼痛), 且范围与颈脊神经支配区域相一致; 压顶试验、臂丛牵拉试验以及椎间孔分离试验均为阳性; 影像学检查: X 线检查示颈椎生理弯曲减小, 变直或反张, 受累节段钩椎关节、椎后关节增生, 骨赘形成; 项韧带钙化、椎间隙变窄; MRI 显示受累椎间盘变性、髓核突出, 神经根受压迫; CT 显示钩椎关节、后关节突部增生, 椎间孔前后径狭窄, 所见与临床表现相符合; 电生理检查显示受累神经活动异常。

1.2 纳入标准

符合上述诊断标准且在此治疗前未用过同类中药西药及相关治疗手段的患者; 年龄 19~60 岁; 病程≤5 年; 本人了解且愿意采用本方案治疗者。

1.3 排除标准

颈椎外病变(如胸廓出口综合征、腕管综合征、肩周炎); 疑有或已确诊的颈椎及椎管内肿瘤者或脑部肿瘤者; 有出血倾向的血液病患者; 或伴有严重的心、肺、脑疾病者; 哺乳、妊娠或准备妊娠的妇女; 诊断不明的脊柱损伤伴脊髓损伤症状者; 不符合纳入标准、不能配合医生治疗或资料不全者。

1.4 统计方法

采用 SPSS 17.0 统计软件进行统计分析。率的比较采用卡方检验。计量资料采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示, 采用 t 检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

1.5 一般资料

共选择符合上述纳入标准的神经根型颈椎病患者 100 例, 均为本院针灸科门诊患者。按随机数字表法分为观察组和对照组, 每组 50 例, 两组患者性别、年龄及病程等一般资料经统计学处理, 差异无统计学意义(均 $P>0.05$), 说明两组具有可比性(表 1)。

表 1. 两组一般资料比较

组别	n	性别(例数)		年龄 ($\bar{x} \pm s$, 岁)	病程 ($\bar{x} \pm s$, 年)
		男	女		
观察组	50	28	22	36.0±1.2	0.8±0.12
对照组	50	23	27	38.0±1.4	0.9±0.11

2 治疗方法

2.1 观察组

2.1.1 间歇牵引

采用 PH-T3021FRA 型双人智能温热牵引系统(厂家: 日本由企画医疗(中国)集团)颈椎电动牵引器, 进行牵引治疗。按照正确方法佩戴

好颈椎固定枕部内外两个粘扣,根据病情及 X 线表现调节颈托前、后角度、垂直距离及左右倾角度,牵引重量一般从 6~8 kg 开始,如患者无不适反应,可适当增加重量(每次增加不超过 1 kg),以患者能耐受为度,但牵引最大重量不能超过 20 kg。牵引 30 秒,间歇 10 秒,每次 30 min,每日 1 次,20 次为 1 疗程。

2.1.2 温针治疗

主穴:颈夹脊(C₃₋₇)、大椎、天柱、风池、后溪。

配穴:肩外俞、曲垣、秉风、天宗、肩髃、手三里。

操作:用 75% 乙醇棉球常规消毒穴区皮肤后,采用直径 0.30 mm,长 40 mm 毫针直刺上述穴位。待医者针下有沉涩、紧滞感,患者针刺局部有酸、麻、胀、重感后,将长 1.5 cm 的艾柱套在针柄上,点燃施灸。每次选大椎、风池、天宗、肩髃进行温针灸,每穴 2 壮。每次留针 30 min,隔日 1 次,10 次为 1 疗程。

2.2 对照组

对照组患者予温针治疗,取穴、操作方法及疗程均与观察组相同。

3 疗效评定

3.1 疗效标准

采用日本骨科学会(Japanese Orthopaedic Association, JOA)制定的 JOA(17 分)法评估患者的神经功能状况,分别于治疗前、治疗后进行 JOA 评分,根据评分计算治疗后改善率。

治疗后改善率=(治疗后评分-治疗前评分)÷(17-治疗前评分)×100%。

优:JOA 治疗后改善率 ≥75%。

良:JOA 治疗后改善率 ≥50%,但 <75%。

可:JOA 治疗后改善率 ≥25%,但 <50%。

差:JOA 治疗后改善率 <25%。

其中优秀率为改善率为优的例数所占比例;总显效率为改善率为优+良的总例数所占比例。

3.2 治疗结果

治疗 1 个疗程后,观察组的优秀率、总有效率均高于对照组,差异均有统计学意义(均 $P<0.05$), (表 2)。

表 2. 两组疗效比较(例)

组别	n	优	良	可	差	优秀率 (%)	总有效率(%)
观察组	50	28	17	3	2	56.0 ¹⁾	90.0 ¹⁾
对照组	50	18	21	5	6	36.0	78.0

注:与对照组比较,1) $P<0.05$

4 讨论

中医学认为本病属“项痹”范畴。针灸能通过激发经气,疏通经络,通调气血,平抑阴阳失衡,减轻炎症水肿,调整肌肉、韧带状态,减轻神经根刺激症状,并提高患者的痛阈。风池穴是足少阳胆经与阳维脉交会穴,阳维可维系诸阳经经脉,大椎为督脉与手足三阳经的交会穴,可振奋阳气,鼓舞正气,并具有双向调节作用,针刺风池、大椎意在调整阴阳、活血化瘀、祛邪通络、生发阳经气血。天柱穴位于枕后,与枕动脉分支,枕大神经干密切相关,早就被古人认为是治疗项强痛的要穴。针刺天柱穴可通调督脉和膀胱经之气,祛邪通瘀,健脑活络,从而达到清利头目之功。后溪穴为手太阳小肠经之输穴,“输主体重

节痛”,常被用于治疗疼痛性病症。后溪穴又为八脉交会穴,通督脉。督脉为“阳脉之海”总督一身阳气,而阳气具有温煦止痛的功能。夹脊穴位于颈背部,夹督脉伴足太阳经而行。在解剖学上每穴都有相应椎骨下方发出的脊神经后支及相应的动脉、静脉丛。因此依据“经脉所过、主治所及”理论,针刺颈部夹脊穴治疗颈椎病能使针感直达病所,疏通经络气血,同时能通过调节脊神经和交感神经,促进机体内能改善,使交感神经释放缓激肽、5-羟色胺、乙酰胆碱等化学介质,从而调整血流速度和血容量,使局部血液循环加快^[2]。针、灸并用,能够温通经络、行气活血、祛湿逐寒,可调节交感神经功能,缓解血管和颈部肌群痉挛,改善脑部循环,促进局部炎症消除而使症状减轻^[3-5]。

西医认为神经根型颈椎病是由于颈椎生理弧度丧失甚至反张、颈椎间盘突出、椎体滑脱失稳、钩椎关节骨质增生等因素引起周围组织弥漫性无菌性炎症水肿进而压迫神经根所致^[6]。颈椎退行性变是神经根型颈椎病发病的重要病理基础,郭银丰等的研究证实颈椎牵引治疗本病疗效确切^[7],可通过缓解颈部肌肉痉挛、增加椎间隙,降低椎间盘内压力,促进突出的髓核回纳,纠正椎旁小关节紊乱、增强颈椎的稳定性,使松弛的黄韧带紧张变薄,扩大椎间孔,从而改善脊髓、血管和神经根等组织的受压迫状态而缓解症状。颈曲异变在颈椎病发病过程中起选择性加速或减慢作用,因此颈曲重建在治疗中有重要作用^[8-10]。由于颈椎病常累及多个椎体,所以要根据患者病情和影像学检查给予适当调节。伍忠东等的研究表明,当牵引角度小时,颈椎最大应力位置靠近上段,但随着牵引角度逐渐增大,颈椎最大应力的位置逐渐下移^[11]。韩长伶等建议对伴有小关节病变的颈椎病患者应考虑轻度后伸位牵引^[12],杨利学等也提倡根据患者病变关节选择合适的着力点及牵拉方向^[13]。

本组研究表明,采用间歇牵引配合温针治疗神经根型颈椎病疗效显著,治疗安全、可靠,患者乐于接受,值得临床应用。

参考文献

- [1] 关骅.临床康复学.华夏出版社, 2005: 279-280.
- [2] Zhuang CJ, Ruan CL, Huang CY. Observation on the therapeutic effect of acupuncture at cervical Jiaji (EX-B 2) on vertebrobasilar ischemia syndrome. Zhongguo Zhenjiu, 2002, 22(1): 23-24.
- [3] Shen LH, Luo KT, Gao F, Li YW, Yao Q. Clinical observation on warm needling plus dimensional-dynamic electric treatment for cervical spondylosis of nerve-root type. Shanghai Zhenjiu Zazhi, 2011, 30(12): 841-842.
- [4] Hu HJ. Observation of clinical effect of acupuncture by warming Governor Vessel and dredging yang for 50 cases of cervical spondylopathy. J Acupunct Tuina Sci, 2007, 5(6): 351-354.
- [5] Tang F, Jiang XP, Zhou X, Lü WB. Clinical observations on the efficacy of warm needling plus lateral stretching and rotating manipulation in treating cervical spondylosis. Shanghai Zhenjiu Zazhi, 2011, 30(10): 688-689.
- [6] Du WP, Tan LH, Ma C, Kuang F, Situ WJ, Mai ML, He Z. Study on MR imaging of cervical radiculopathy. Yixue Linchuang Yanjiu, 2009, 26(4): 585-587.
- [7] 郭银丰, 罗华送. 牵引治疗颈椎病的临床应用近况. 甘肃中医, 2009, 22(2): 79-81.
- [8] Fang M, Yan JT, Jiang SY, SunWQ, Liu YC. Role of cervical soft tissue lesion in cervical spondylosis and tuina intervention. J Acupunct Tuina Sci, 2008, 6(2): 75-78.
- [9] Sun WQ, Xie XF, Wang JQ, Zhong C, Shen GQ, Fang M, Zhu GM, Gong L, Zhang J, Zhang XL, Zhu LQ. Clinical observation of the therapeutic effect of spine fine adjusting in treating cervical spondylotic radiculopathy and the conversion of cervical curvature. Zhonghua Zhongyiyao Zazhi, 2010, 25(9): 1526-1528.
- [10] Zhang JF, Lin Q, Yuan J. Therapeutic efficacy observation on tuina therapy for cervical spondylotic radiculopathy in adolescence: a randomized controlled trial. J Acupunct Tuina Sci, 2011, 9(4): 249-252.
- [11] Wu ZD, Zhang X, Li SY. Treat cervical spondylosis 200 cases with traction under different angles of cervical flexure. Zhejiang Zhongyiyao Daxue Xuebao, 2007, 31(1): 90-93.
- [12] Han CL, Tian DH, Zhang FQ. Experimental study on the effect of cervical traction with different forces and lasting time on cervical biomechanics. Zhongguo Kangfu Yixue Zazhi, 2005, 20(5): 331-332.
- [13] Yang LX, Jiu T, Liu ZB, Tan LW, Sun ZP, Li ZB. Clinical observation of traction time and weight on the effects of nerve root cervical spondylosis. Xiandai Zhongyiyao, 2009, 29(3): 5-7.

作者简介: 倪春初, 学士, 康复治疗师.
E-mail: nichunchu@126.com