

手法治疗椎动脉型颈椎病即时效应的疗效观察

王睿¹ 郝亚兴² 罗华送^{1△}

[摘要] 目的:观察手法治疗椎动脉型颈椎病的即时效应。方法:选择本院就诊及招募的椎动脉型颈椎病患者118例,随机分为治疗组和对照组,治疗组(64例)运用手法治疗,对照组(54例)行电针治疗。第1疗程中每次手法操作结束后对两组患者眩晕及颈痛症状分别进行VAS即时评分,共3次;2个疗程后则行眩晕症状与功能评分测定。结果:组间患者颈性眩晕症状与功能改善上疗效相同,差异无统计学意义($P>0.05$),但手法组在即时改善CSA颈痛症状,连续3次评价差异均有统计学意义($P<0.05$);眩晕症状即时改善方面,仅第1次评价差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:手法治疗对改善椎动脉型颈椎病症状有一定即时效应。

[关键词] 椎动脉型颈椎病;手法;电针

[中图分类号] R681.5 **[文献标志码]** B **[文章编号]** 1005-0205(2018)05-0052-03

椎动脉型颈椎病(Cervical Spondylopathy of Vertebral Artery, CSA)是手法治疗的优势病种^[1,2],颈项部“筋出槽,骨错缝”所引起的病理变化是CSA发生的核心病机。电针亦是治疗本病的常用疗法^[3,4],但治疗周期相对较长,起效缓慢,以至部分患者无法坚持完成,常出现脱失现象。临床发现,手法因存在干预间歇期,整体疗程较短,且每次治疗均能迅速改善患者症状,提高了其后续治疗的依从性,是防止出现病人失访的关键。故本研究通过开展手法与电针治疗CSA的随机对照研究,观测手法对缓解CSA患者眩晕和颈痛不适症状的缓解是否存在即时效应,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

2015年1月至2017年7月由本院针灸推拿科就诊及主动招募的CSA患者,计算机软件随机分为手法组(64例)和电针组(54例)。

1.2 诊断标准

采用2012年国家中医药管理局发布的《中医骨伤科病症诊断疗效标准》中CSA的诊断标准^[5]。

1.3 纳入标准

1)符合CSA的诊断标准,或以CSA症状为主的

混合型颈椎病患者;2)年龄18~65岁,性别不限;3)自愿加入本研究,签署知情同意书,能配合检查及接受治疗的患者。同时符合以上3项的患者方可纳入。

1.4 排除标准

1)耳源及眼源性、神经官能症等引起的眩晕疾病;2)锁骨下动脉缺血综合征;3)合并有造血系统、心脑血管、肾、肝等原发性疾病及其它严重性疾病;4)无视觉系统相关疾病。凡符合上述任何1条的患者,应予排除。

2 方法

2.1 治疗方法

手法组^[6]:患者取俯卧位,以揉法和按揉法等放松手法在颈肩部操作。后针对患者错位方式不同采取两种手法进行整脊治疗。1)仰头摇正法:用于中上段颈椎左右旋转式错位者。选用复位角度时,先将患者颈椎向前倾至某一特定角度,患者颈椎旋转时力点正好落于需要调整的错位椎体。嘱患者双手垂直放于身体两侧,以保持颈椎前屈角度,术者一手轻拿后颈,拇指按于错位横突隆起处下方作为“定点”,另手托其面颊将头轻轻摇动,当摇至最大角度时,托面颊之手用有限度的“闪动力”,“定点”的拇指同时加力按压,使关节在动中因定点的压力而复位。2)定位旋转扳按法:用于侧弯侧摆式错位者,术者一手虎口扶于患者错位颈椎旁隆起处作“定点”,另一手握患者对侧手腕,徐徐用力向下推,使患者颈部侧屈,然后还原。最后于颈项部施以拿捏、拔伸理筋等整理手法。

电针组^[7]:患者取俯卧位或侧卧位,以不诱发加重头晕等不适为度。选相应疼痛节段颈夹脊穴(双)、风

基金项目:杭州市科技局医疗卫生及重点专科专病科研攻关专项(20140733Q38)

¹ 杭州市中医院(杭州,310007)

² 浙江中医药大学

[△]通信作者 E-mail:llsong1971@sina.com

池(双)、足三里(双)、百会等穴。针刺手法均采用提插捻转平补平泻法,使患者感觉针刺膻穴有酸麻重胀等得气感。两侧颈夹脊穴各接入一组电针,余穴不接电针。电针频率均设置为 5 Hz,电流强度以患者舒适为度,波形选择连续波。每次治疗 20 min。

以上治疗连续 5 d 为 1 个疗程,手法操作隔天 1 次,电针每天 1 次,休息 2 d 后进行下一疗程,共 2 个疗程。

2.2 疗效评定方法

1)眩晕及颈痛症状即时 VAS 评分^[8]:使用标尺数值 10 分为患者所能感受到最严重的眩晕或颈痛症状评分,0 分为无症状。第 1 疗程行手法治疗后,对两组患者眩晕及颈痛症状分别进行即时评分,共 3 次。2)颈性眩晕症状与功能评分^[9]:包括眩晕(眩晕程度、频度、持续时间)、颈肩痛、头痛、日常生活及工作和心理及社会适应 5 项内容,全表共 30 分,症状严重程度与分值高低成反比。治疗前和疗程全部结束后,对两组患者进行整体评分。

2.3 统计学方法

采用 SPSS 19.0 建立数据库。计量资料比较采用

χ^2 检验;计数资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,数据因不符合正态分布,选择秩和检验比较。 $P < 0.05$ 差异有统计学意义。

3 结果

3.1 一般资料

剔除脱落病例后,最终纳入患者 118 例。两组患者性别、年龄比较具有可比性,见表 1。

表 1 基线资料

| 组别 | 例数 | 性别比 (男/女) | 年龄(岁) ($\bar{x} \pm s$) |
|----------|------------------|--------------|------------------------------|
| 手法组 | 64 | 26/38 | 39.61±13.69 |
| 电针组 | 54 | 22/32 | 41.65±12.18 |
| 检验统计量 | $\chi^2 = 0.000$ | | $Z = -1.291$ |
| <i>P</i> | 0.990 | | 0.197 |

3.2 眩晕及颈痛症状即时 VAS 评分

第 1 次即时评分时,手法组在缓解 CSA 患者眩晕情况上优于电针组,差异有统计学意义($P < 0.05$);第 2 及第 3 次评分,组间差异均无统计学意义($P > 0.05$)。手法改善颈痛不适症状的即时疗效更明显,3 次评分均优于电针组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

表 2 眩晕及颈痛症状即时 VAS 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

| 组别 | 例数 | 眩晕 | | | 颈痛 | | |
|----------|----|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| | | 第 1 次 | 第 2 次 | 第 3 次 | 第 1 次 | 第 2 次 | 第 3 次 |
| 手法组 | 64 | 3.81±0.54 ¹⁾ | 3.55±0.42 ²⁾ | 3.48±0.55 ²⁾ | 3.09±0.84 ¹⁾ | 2.72±0.75 ¹⁾ | 2.13±0.36 ¹⁾ |
| 电针组 | 54 | 4.33±0.75 | 3.81±0.64 | 3.72±0.47 | 3.54±0.76 | 3.20±0.97 | 2.67±0.56 |
| <i>Z</i> | | -2.443 | -1.361 | -1.059 | -2.274 | -2.029 | -2.555 |
| <i>P</i> | | 0.015 | 0.173 | 0.289 | 0.023 | 0.042 | 0.011 |

注:组间比较,1) $P < 0.05$,2) $P > 0.05$ 。

3.3 颈性眩晕症状与功能评分

治疗前后组间颈性眩晕症状与功能评分比较,手法组均等同于电针组,差异无统计学意义($P > 0.05$),见表 3。

表 3 颈性眩晕症状与功能评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

| 组别 | 例数 | 治疗前 | 治疗后 |
|----------|----|------------|------------|
| 手法组 | 64 | 11.00±1.95 | 23.28±2.81 |
| 电针组 | 54 | 10.46±2.43 | 22.75±2.51 |
| <i>Z</i> | | -1.917 | -1.953 |
| <i>P</i> | | 0.055 | 0.051 |

3 讨论

经筋是中医对人体认识的一个重要生理结构,《素问·痿论》指出经筋的生理功能为“宗筋主束骨而利机关”,其功能囊括了肌膜、肌腱、筋膜、韧带及关节等多种结缔组织的肌肉系统^[10],临床针对骨关节疾病多从“经筋理论”论治,取得良好疗效^[11,12]。所以 CSA 虽以眩晕为主症,但实属于中医经筋病范畴,筋骨不利见颈椎活动受限、僵硬不舒,不通则痛;气血行于筋骨间,筋骨不畅则血运受阻,清窍失养,产生眩晕^[13]。故《医

宗金鉴·正骨心法要旨》中指出:“其中或有筋急而转摇不甚便利,或有其筋纵而运用不甚自如,又或有骨节间微有错落不合缝者,唯宜推拿以通气血也”。

本研究以颈椎手法操作为核心手段,参考龙层花的颈椎病分型诊治经验^[14],对 CSA 临床常见的中上段颈椎左右旋转式错位及侧弯侧摆式错位两种不同错缝方式进行分型治疗,目的是纠正椎间失稳引起的小关节紊乱,缓解颈部肌肉的痉挛,恢复正常关节应力及正常生理曲度和颈椎间稳定性,以纠正颈项部经筋“筋出槽,骨错缝”^[15]。配伍放松和理筋手法的运用,体现出整脊手法治疗脊柱源性疾病辨证论治、筋骨并重、气血并重、结构功能并重的整体观念。

有别于本研究会采取免费治疗、专人随访等措施,在临床实践中,如何保证患者接受手法治疗的依从性,对最终的疗效至关重要。病人经短期治疗后,症状无明显改善,因而对治疗缺乏信心,是不依从性出现的主要原因之一。所以不仅需向病人耐心解释病因、治疗方案和复诊时间,初期治疗能否能有即时疗效,可明显增强患者治疗持续性。

本组研究结果显示,虽然手法组和电针组在疗程结束后对 CSA 患者颈性眩晕症状与功能的改善上疗效相同,但手法在即时改善 CSA 症状,尤其是颈痛不适方面较电针组存在明显优势,为患者后续坚持治疗提供了信心,提高了整体依从性。

参考文献

- [1] 展嘉文,詹红生,张开勇,等.定位仰卧拔伸手法治疗椎动脉型颈椎病的疗效观察[J].中国中医骨伤科杂志,2014,22(7):9-12.
- [2] 郑玉文,周明浩,彭育新,等.针刀配合中医正骨治疗椎动脉型颈椎病临床观察[J].中国中医骨伤科杂志,2014,22(2):55-56.
- [3] 胡幼平,刘颖,张镭潇,等.电针不同波形治疗椎动脉型颈椎病的临床随机对照研究[J].中华中医药杂志,2015,30(11):4192-4194.
- [4] 武文鹏,谷栩萌,孙兴华,等.电针治疗椎动脉型颈椎病的临床疗效及对经颅多普勒的影响[J].针灸临床杂志,2016,32(2):34-36.
- [5] 国家中医药管理局.中医骨伤科病症诊断疗效标准 2012 版[S].北京:中国医药科技出版社,2012:44-46.
- [6] 王睿,温伯平,罗华送.经筋针刺配合正骨推拿治疗椎动脉型颈椎病的临床报道[J].中国中医骨伤科杂志,2015,

23(8):49-51.

- [7] 高树中,杨骏.针灸治疗学[M].上海:上海科学技术出版社,2015:32.
- [8] 王睿,罗华送,温伯平.针刀改善椎动脉型颈椎病眩晕症状临床观察[J].浙江中西医结合杂志,2017,27(2):125-128.
- [9] 王楚怀,卓大宏.颈性眩晕患者症状与功能评估的初步研究[J].中国康复医学杂志,1998,13(6):245-247.
- [10] 魏子耿,李丽肖,刘永强,等.《灵枢·经筋》“十二经筋”组织解剖结构浅析[J].河北中医,2016,38(2):272-274.
- [11] 李辉,邱卫东.经筋理论指导针刀治疗膝关节关节炎研究进展[J].中国中医骨伤科杂志,2015,23(11):77-80.
- [12] 何海军,王荣田,谢斌,等.基于“经筋理论”针刀治疗髋骨外侧高压综合征的临床研究[J].中国中医骨伤科杂志,2016,24(8):1-4.
- [13] 范大鹏,孙波,金哲峰.椎动脉型颈椎病发病机制研究进展[J].中国中医骨伤科杂志,2012,20(10):76-78.
- [14] 孙建峰,丁晓虹,段俊峰,等.颈椎病的分型与诊断[J].颈腰痛杂志,2014,35(2):108-111.
- [15] 郑玉莲,赵善萍,陈光林,等.痰瘀合剂联合正骨推拿内外分治椎动脉型颈椎病[J].中国中医骨伤科杂志,2013,21(12):52-53.

(收稿日期:2017-10-07)

(上接第 51 页)

上对肩胛骨周围的肩胛提肌、菱形肌、斜方肌、背阔肌进行牵伸,矫正周围组织对肩胛骨的张力,使肩胛骨回复至相对正常的位置,改善肱骨头与肩胛盂的不匹配关系,也在一定程度上起到缓解疼痛、松解粘连的作用^[12]。

本治疗方法是整合了手法对冻结肩形成因素的松解、牵引松动肌肉关节囊等组织、旋转肩胛骨等多种操作方式,达到了对肩关节的全面彻底松解,以松解来释放粘连、缓解疼痛,以牵引旋转纠正肩关节周围结构位置关系,最终改善肩关节功能。通过临床观察发现,对抗牵引松动联合肩胛骨旋转法治疗冻结肩疗效显著,可有效缓解患者疼痛及活动受限的临床症状和体征。限于研究的局限性,本研究观察样本量偏小,也未能进行长期随访,因此需要进一步扩大样本、延长观察疗程,以验证该手法的有效性。

参考文献

- [1] 孙树椿,孙之镛.中医筋伤学[M].2版.北京:人民卫生出版社,2005:72.
- [2] Hand C,Clipsham K,Rees JL,et al. Long term outcome of frozen shoulder[J]. J Shoulder Elbow Surg,2008(17):231-236.

- [3] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994:186-187.
- [4] 杨明宇,郑晓风,王洪兴.肩周炎发病机制的功能解剖基础[J].中国现代医药杂志,2009,11(11):131-132.
- [5] Goldberg B,Scarlat MM,Harryrnan DT. Management of the stiff shoulder[J]. J Othop Sci,1999(4):462-471.
- [6] 陆军,王宸.冻结肩的诊疗进展[J].中华关节外科杂志:电子版,2015,9(4):527-530.
- [7] 朱以明,姜春岩,王满宜.肩关节相关生物力学介绍[J].中华创伤骨科杂志,2005,7(9):56-59.
- [8] 张素英,吴建.浅析肩胛骨与冻结肩[J].实用中医药杂志,2010,26(4):273.
- [9] 魏智钧,李华,李雪.关节松动术联合冰敷治疗冻结肩的临床研究[J].中国康复,2011,26(4):271-272.
- [10] 李伟.陈念祖论治肩周炎的学术经验[J].中国中医骨伤科杂志,2017,25(10):65-66.
- [11] 孟晓东,范肃,张振宇.关节松动术结合推拿手法治疗 82 例冻结肩临床观察[J].中国中医基础医学杂志,2013,19(8):975-979.
- [12] 毛慧燕,车世钦.肩胛骨松解法治疗慢性肩周炎的康复疗效[J].中国康复,2006,21(5):321-322.

(收稿日期:2017-11-07)