

三步正骨法联合刃针治疗神经根型颈椎病的临床疗效

尹帅子¹ 罗华送^{2△} 蔡阁² 吴婷²

[摘要] 目的:观察三步正骨法联合刃针治疗神经根型颈椎病的临床疗效。方法:选取符合神经根型颈椎病诊断标准的患者 60 例,采用三步正骨法联合刃针治疗,比较并评价治疗前后 VAS 评分和《田中靖久症状量化表》评分。结果:比较患者治疗前后的 VAS 评分和《田中靖久症状量化表》评分,差异均有统计学意义($P < 0.01$)。结论:三步正骨法联合刃针治疗神经根型颈椎病临床疗效显著,副作用少,值得临床推广应用。

[关键词] 牵引;正骨;神经根颈椎病;刃针

[中图分类号] R681.5 **[文献标志码]** B **[文章编号]** 1005-0205(2021)10-0062-03

Clinical Efficacy Study on Three-Step Bone-Setting Method Combined with Blade Acupuncture for Spondylotic Radiculopathy

YIN Shuaizi¹ LUO Huasong^{2△} CAI Ge² WU Ting²

¹Dingqiao Hospital of Hangzhou City, Hangzhou 310000, China;

²Hangzhou Hospital of Traditional Chinese Medicine, Hangzhou 310000, China.

Abstract Objective: To observe the clinical efficacy of three-step bone setting combined with blade acupuncture in the treatment of spondylotic radiculopathy. **Methods:** A total of 60 patients who met the diagnostic criteria for cervical spondylotic radiculopathy were selected and treated with three-step bone setting method combined with blade acupuncture. The VAS score and Tanaka Yasuhisa Symptom Quantification Table before and after treatment were compared. **Results:** Comparing the VAS scores and Tanaka Yasuhisa Symptom Quantification Table, they were statistically significant improved after treatment ($P < 0.01$). **Conclusion:** The three-step bone-setting method combined with blade acupuncture has a significant clinical efficacy in the treatment of spondylotic radiculopathy with few side effect. It is worthy of clinical application.

Keywords: traction; bone orthopedics; nerve root cervical spondylopathy; blade acupuncture

神经根型颈椎病(Cervical Spondylotic Radiculopathy, CSR)是因颈椎退变导致神经根受累,而产生相应神经症状的一类临床综合征^[1]。随着生活节奏的加快和工作压力及电子产品使用的增加,颈椎病的发病率正在日益增加,给人们的生活质量造成极大危害。临床上大多数患者不需要手术治疗,保守治疗神经根型颈椎病的方法很多,且经研究可取得很好临床疗效。笔者采用三步正骨法联合刃针治疗神经根型颈椎病取得很好的临床疗效,现报告如下。

基金项目:浙江省基础公益研究计划项目(LGF18H270003)

杭州市医学重点学科建设项目

¹ 杭州市丁桥医院(杭州,310000)

² 杭州市中医院

[△]通信作者 E-mail:1277194844@qq.com

1 临床资料

1.1 一般资料

本研究选取 2018 年 8 月至 2019 年 10 月在杭州市中医院推拿科门诊或住院部就诊,且符合 CSR 诊断标准和纳入标准的患者 60 例。

1.2 诊断标准^[2-3]

- 1)颈肩部疼痛麻伴/或上肢放射性痛麻;
- 2)患侧椎间孔挤压试验阳性/弱阳性,臂丛牵拉试验阳性/弱阳性;
- 3)后期患肢肌腱反射可减弱或消失,皮肤感觉异常,肢体功能障碍;
- 4)颈椎 CT 或 MRI 提示颈椎间盘($C_3 \sim T_1$)向后/后外侧突出(偏向患侧),神经根受压,相应椎间孔狭窄。

1.3 纳入标准

- 1)符合上述诊断标准,或以神经症状为主的颈椎

- 病患者；
- 2) 年龄 20~65 岁, 性别不限；
 - 3) 无严重内科疾病, 且配合检查及接受治疗的受试对象；
 - 4) 已签署知情同意书者。
- 必须同时符合以上 4 项, 方可纳入。

1.4 排除标准

- 1) 颈椎肿瘤、胸廓出口综合征、腕管综合征等可继发引起类似神经根型颈椎病的疾病；
 - 2) 椎管狭窄严重者(椎管比值=椎管矢状径/椎体矢状径<0.75)；
 - 3) 混合型颈椎病神经症状不明显者；
 - 4) 病情严重, 不宜保守治疗者；
 - 5) 孕妇及哺乳期妇女；
 - 6) 合并其他严重内科疾患或不能坚持完成研究者。
- 凡符合上述任何一条者, 均不予纳入。

2 方法

2.1 治疗方法

三步正骨法联合刃针治疗: 患者每周一、三、五各治疗 1 次, 共治疗 2 周。

1) 第一步推拿放松: 患者俯卧于治疗床, 术者立于患者患侧以一指禅推法、揉法和按揉法等放松手法在颈后线、颈旁线、椎旁线及肩胛区有阳性体征处和患肢上操作 10~15 min, 解除局部粘连, 促进气血循环, 充分放松颈肩部肌肉^[4-5], 达到“筋柔”之效。

2) 第二步持续静力下牵引: 患者骑坐在 QY-7 型牵引椅上, 面向牵引柱, 嘱患者端坐位头前倾 20°~30°, 牵引力取体质量的 25%~30%, 保持持续静力牵引 15~20 min^[6], 充分松动各颈椎小关节, 创造颈椎“失稳”状态, 为下一步正骨打下基础。

3) 第三步正骨: 据颈椎正侧位片显示的小关节紊乱节段, 医师施术于颈后/颈旁线区, 术者一手大拇指放于小关节紊乱节段, 嘱患者颈椎向前倾至相应特定角度, 以术者拇指感觉小关节松动为度; 嘱患者双手自然垂直放于身体两侧, 继续保持颈椎前屈角度, 将按于错位横突隆起处下的拇指作为“定点”, 术者另一上肢用肘关节放于患者下颌处并固定牢固, 向对侧缓慢扭动颈椎, 当移动至最大角度时, 固定下颌处的上肢轻快地与“定点”的拇指形成反向扭力, 使关节复位^[7], 纠正“骨错缝”, 达到“骨正”状态。

4) 刃针治疗^[8]: 采用规格为 0.5 mm×40.0 mm 刃针; 使患者胸前垫软枕俯卧于治疗床, 双手可叠放于前额, 充分暴露颈肩部; 结合患者体征及影像, 沿颈旁线、椎旁线及肩胛区可触及的压痛点或结节点即为针刺部位; 定位明确后, 皮肤常规消毒, 戴手套, 左手拇指

按压各压痛点或结节点, 右手持针快速刺入, 刀口方向与身体纵轴平行切割松解, 再旋转 90°横行切割几下, 各方向大致切割 2~3 下^[9-10]。出针后用真空罐迅速在针刺部位吸罐, 留罐 3~5 min 后可吸出局部瘀血, 后取罐清理局部瘀血^[11]。

2.2 疗效评定方法

1) 疼痛程度评估: 采用 VAS 量表评估, 以 0~10 的 11 级评价疼痛, 数值越小表示疼痛越轻, 数值越大表示疼痛越重。

2) 症状体征改善情况: 采用《田中靖久症状量表》, 包括临床症状、工作生活能力、体征、手的功能四大部分, 能较全面地反映疾病严重程度。总分为 20 分, 得分越低表示病情越严重, 得分越高说明病情相对较轻。

3) 疗效标准: 治愈为颈肩部及上肢放射性痛麻完全消失; 显效为颈肩部疼痛消失, 上肢末端偶有麻木感; 有效为颈肩部疼痛略减轻; 无效为症状和体征均无明显改善。优良率=[(痊愈例数+显效例数)/总例数]×100%。

2.3 统计学方法

本研究运用统计学软件 SPSS20.0 进行数据分析, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用 t 检验; 计数资料采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 差异有统计学意义。

3 结果

本研究治疗后疗效评估中, 治愈 11 例, 显效 46 例, 有效 3 例, 优良率达 95%, 患者治疗前后的 VAS 评分和《田中靖久症状量表》评分比较见表 1。

表 1 患者治疗前后评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

时间	VAS 评分	田中靖久症状量表评分
治疗前	7.58±1.46	6.92±3.85
治疗后	1.70±1.20	17.40±2.78
t	31.93	19.19
P	<0.01	<0.01

4 讨论

神经根型颈椎病归属中医“项痹病”范畴。中医认为足太阳经筋通过对关节、骨骼的联缀和约束, 使颈椎能够保持稳定的形态和姿势。当风寒湿等外邪客于颈肩部经筋导致局部气血失和; 或低头久坐致足太阳经气不行, 局部关节、韧带、肌肉、肌腱等损伤^[12], 日久瘀血寒湿痹阻, 经络瘀滞, 不通则痛; 筋脉失养, 不荣则痛; 最后造成“筋出槽, 骨错缝”, 产生一系列临床症状^[13-14]。三步正骨法联合刃针治疗, 通过推拿改善局部气血循环, 通则不痛; 再予牵引联合正骨纠正筋骨失衡状态, 达到“筋柔骨正”; 后予刃针松解局部软组织痉挛, 解除局部神经血管压迫, 恢复颈部生理力学平衡。

三步正骨法先沿经络循行或“病损”部位用一指禅

推法、揉法和按揉法等放松手法充分放松颈肩部肌肉,解除粘连,改善局部血液循环,促进无菌性炎症物质吸收,消除局部“瘀堵”,达到“通而不痛”的临床效果,减轻患者病痛;再据患者症状体征及个体差异等辨证施治,选择合适的牵引体位、质量及时间等,给患者持续静力下牵引,缓慢扩大椎间隙,逐渐松动各椎间小关节,为突出椎间盘的回纳创造条件,为下一步正骨创造出一个“失稳”状态^[15];后用脊柱定点旋转复位纠正“骨错缝”,改变神经根与突出椎间盘的相对位置,达到“筋柔骨正”的临床效果,使颈椎的力学平衡趋于稳定。刃针治疗是中国传统针刺疗法与现代肌肉解剖学等相结合产生的一种新型绿色治疗方法,疗效优于传统针刺疗法^[16-17],它直接作用于病变部位,能够直接解除肌肉筋膜等过大的牵拉挤压应力,缓解神经压迫,恢复正常的力学平衡;还可以促进生物信息传递,使能量和物质得以输送和利用,病变软组织能够重建和调整,恢复动态平衡^[18-19]。

本研究结果表明患者治疗前后的 VAS 评分和《田中靖久症状量表》评分比较,差异均有统计学意义($P < 0.01$),说明三步正骨法联合刃针治疗神经根型颈椎病具有显著的临床疗效。

参考文献

- [1] 王英杰,贾连顺.神经根型颈椎病治疗现状与进展[J].中国矫形外科杂志,2014,22(9):812-814.
- [2] 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.
- [3] 神经根型颈椎病诊疗规范化研究专家组.神经根型颈椎病诊疗规范化的专家共识[J].中华外科杂志,2015,53(11):812-814.
- [4] 王鹏,范炳华,丛德毓,等.五线五区十三穴推拿法治疗颈僵型项痹病 105 例临床疗效验证观察[J].浙江中医药大学学报,2013,37(11):1275-1278.
- [5] 贺石生.个性化最适角度颈椎牵引治疗[J].上海医药,

2018,39(22):3-5.

- [6] 陈小婷,章瑛,尹伦辉,等.三维曲面牵引治疗神经根型颈椎病的临床研究[J].按摩与康复医学,2019,10(13):29-31.
- [7] 龙层花.脊椎病因治疗学[M].广州:世界国术出版社,2007.
- [8] 贺广权,张军,苏文莉,等.针刀结合推拿治疗神经根型颈椎病的 Meta 分析[J].中国中医骨伤科杂志,2019,27(9):37-41.
- [9] 杨鹏.刃针联合美式脊椎矫正疗法治疗颈性眩晕临床观察[J].亚太传统医药,2020,16(4):126-129.
- [10] 田纪钧.刃针疗法(3)——刃针疗法的适应证、禁忌证及操作要领[J].中国针灸,2005,25(4):285-286.
- [11] 谢丽娜,李坤.刃针对颈椎病的临床疗效观察[J].中外医学研究,2019,17(4):18-19.
- [12] 孙永章,韦以宗,韦春德,等.颈椎病因探讨——颈曲与胸椎关系 X 线片测量分析[J].中华中医药杂志,2005,20(2):118-120.
- [13] 张明才,石印玉,黄仕荣,等.“骨错缝筋出槽”与颈椎病发病关系的临床研究[J].中国骨伤,2013,26(7):557-560.
- [14] 黄学成,叶林强,伍子贤,等.基于“筋出槽、骨错缝”理论探讨神经根型颈椎病的 CT 特征[J].中华中医药杂志,2019,34(8):3483-3487.
- [15] 彭巍.推拿手法配合牵引治疗对神经根型颈椎病的临床疗效[J].当代医学,2019,25(11):126-127.
- [16] 许云飞.刃针治疗神经根型颈椎病患者的临床效果[J].医疗装备,2018,31(23):114-115.
- [17] 乔春林,姚啸生.刃针治疗神经根型颈椎病的研究进展[J].中国民族民间医药,2020,29(11):50-53.
- [18] 王永宏,陈智能,姚新苗.针刀结合牵引治疗神经根型颈椎病临床研究[J].中国中医骨伤科杂志,2021,29(3):27-29.
- [19] 田纪钧.刃针疗法(2)——刃针疗法的理论基础及作用机理[J].中国针灸,2005,25(3):57-58.

(收稿日期:2021-04-13)

(上接第 61 页)

- [5] 刘锦涛,戴宇祥,姜宏,等.吴门正骨手法复位加小夹板外固定联合骨折合剂内服治疗老年桡骨远端骨折的临床观察[J].中国中医骨伤科杂志,2020,28(12):30-35.
- [6] NEER C S, WATSON K C, STANTON F J. Recent experience in total shoulder replacement[J]. J Bone Joint Surg Am, 1982, 64(3):319-337.
- [7] 何东.老年肱骨近端骨折的保守治疗效果[J].黑龙江中医药,2020,49(4):99-100.
- [8] 郭家良,王海立,董维冲,等.老年肱骨近端骨折的治疗与康复研究进展[J].中华老年骨科与康复电子杂志,2019,5(4):233-237.

- [9] 蒙敏峰,陈茂峰,王玉乐,等.老年肱骨近端骨折分型和治疗的研究进展[J].中医正骨,2020,32(11):33-36.
- [10] 陈苑妮,黎清斌,张兆华,等.手法复位小夹板外固定治疗老年 Neer III 型肱骨近端骨折 36 例[J].中国中医骨伤科杂志,2017,25(6):19-22.
- [11] 袁荣霞,虞亚明,陈启仪,等.郑氏正骨手法复位小夹板外固定治疗肱骨近端三部分骨折[J].中医正骨,2012,24(10):56-58.
- [12] 陈建海.肱骨近端骨折:重视肩袖结构的完整[J].中华肩肘外科电子杂志,2021,9(1):93.

(收稿日期:2021-04-16)