

颈椎短杠微调手法治疗神经根型颈椎病急性发作 20 例

梁瑞歌

(四川省遂宁市中心医院 遂宁 629000)

关键词:神经根型颈椎病;颈椎短杠微调手法;疗效观察

中图分类号:R 681.55

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.01.014

神经根型颈椎病(Cervical spondylotic radiculopathy, CSR)是以颈椎间盘退行性变及其继发性病理改变,导致神经根受压,引起相应节段神经根刺激或功能障碍为临床表现的疾病。该病急性发作时常有较典型的神经功能障碍,表现为肩臂手部难以忍受的过电样、烧灼样剧烈疼痛、麻木^[1]。自 2010 年 7 月~2012 年 2 月,我们采用颈椎短杠微调手法+电针+静滴甘油果糖治疗神经根型颈椎病急性发作 20 例,与采用颈部枕颌带牵引+电针+静滴甘油果糖 20 例作对照,获得了良好的临床疗效。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 符合纳入标准患者 40 例,男性 14 例,女性 26 例,年龄 28~69 岁,平均 42 岁,病程最短半天,最长 7 d。将患者随机分为治疗组 20 例、对照组 20 例,两组年龄、性别比例、病程、治疗前评分均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 参考《中医病证诊断疗效标准》^[2]中神经根型颈椎病的诊断标准。具有较典型的根性症状(麻木、疼痛),单侧多见,表现为一侧上肢及肩胛周围疼痛,疼痛呈烧灼样或刀割样,伴有针刺或过电样串麻感,颈部活动或咳嗽、打喷嚏时症状可加重,放射痛的部位与颈椎病变节段有关。临床症状和体征与影像学所示的压迫部位相一致是诊断的基本要求,同时应除外其他相关疾病。

1.3 疗效标准 采用日本整形外科学会(Japanese Orthopedic Association, JOA)神经根型颈椎病疗效评定标准^[3]对患者疗效进行评价:包括症状与主诉、工作和生活能力、手的功能、体征等四项内容,总分 20 分。计算改善率,改善率=(治前评分-治疗后评分)/(20-治疗前评分)×100%。改善率≥75%为优,50%≤改善率<75%为良,25%≤改善率<50%为可,改善率<25%为差。疼痛积分采用视觉模拟评分(visual analogue scale, VAS),在 VAS 量表上进行临床疼痛评估(0 分为无疼痛,10 分为疼痛最强)。分别记录治疗前后 VAS 评分结果。

1.4 统计学方法 所有数据采用 SPSS17.0 统计分

析软件进行处理,分别行 χ^2 检验、 t 检验及秩和检验,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 治疗方法

2.1 治疗组

2.1.1 短杠微调正骨方法 患者正坐位,医者立于患者后侧。操作步骤:(1)舒筋法:医者用双手拇指,从后枕部开始,沿颈椎棘突、颈部椎旁肌方向,由上向下分别向大椎及双侧肩井穴处施以揉法,手法由轻到重,再由重到轻,反复 10 次。(2)阅片:仔细审阅颈椎 MRI 片,确定颈椎间盘膨出、颈椎曲度反弓、个别椎体后突或前移的节段。(3)触摸:用双手拇指自上而下逐个触摸各个椎体棘突,看有无棘突后突、偏歪或者消失。(4)颈椎短杠微调整复:触摸各个椎体棘突后按照所获信息,分别采用不同手法予以纠正。棘突后突者医者左手拇指固定于后突棘突定位,以右手拇指指腹或肘尖向前、向下缓慢持续用力按压数次使之归之于平;棘突下陷或消失者医者分析片子确定导致椎体前移的责任椎,一般为相邻或相隔椎体,确定后以左手拇指定位责任椎,右手拇指指腹或肘尖向前、向下缓慢持续用力按压数次,利用前纵韧带的牵引力使下陷或消失的棘突回位;棘突偏歪者一般偏歪侧出现肩臂痛,医者以双手拇指固定偏歪棘突向对侧推挤或以左手固定棘突右肘尖向对侧推挤数次,逐渐至偏歪棘突与上位棘突连续。(5)扳法:上述手法结束后,再次以双手拇指触摸各个棘突,最后寻找异常处,在相应部位施以小幅度旋扳法,可闻及弹响或触及手下滑动。(6)理法:医者分别在颈肩部两侧项背部及肩胛部用手掌施用理筋法,反复 3~5 次,使其肌肉舒展。以上操作动作宜轻柔和缓,力度适宜,并严格参照推拿手法治疗的禁忌证。手法治疗每日 1 次,2 周为 1 个疗程。

2.1.2 针灸治疗 采用双侧天柱+完骨、双侧风池+肩中俞+大椎、双侧颈 2~7 夹脊穴 3 组穴位每日选取 1 组交替针刺上电针,2 周为 1 个疗程。

2.1.3 药物治疗 静脉滴注脱水剂 3~5 d,配合服用营养神经药物。

2.2.1 颈部枕颌带牵引 患者端坐在凳子上,套上枕颌带,牵引时应保持颈部轻度屈曲 15~30 度(或根据症状减轻还是加重的自我感受找到合适的头部位置),颈背部肌肉放松。牵引重量 2~5 kg,每次 15~20 min,每日 1 次,15 d 为 1 个疗程。牵引时应该从小重量、短时间开始牵引并结合每个患者的具体情况而定(个体的体型、体重、性别及相关的特殊病症)。

2.2.2 针灸治疗 采用双侧天柱+完骨、双侧风池+肩中俞+大椎、双侧颈 2~7 夹脊穴 3 组穴位每日选取 1 组交替针刺上电针,2 周为 1 个疗程。

2.2.3 药物治疗 静脉滴注脱水剂 3~5 d, 配合服用营养神经药物。

3 结果

1 个疗程结束后,治疗组与对照组结果比较,差异有统计学意义,治疗组疗效优于对照组。见表 1、表 2。

表 1 两组临床疗效比较					
组别	n	优	良	可	差
治疗组	20	10	6	2	2
对照组	20	3	6	4	7

注:两组优良率比较, $P<0.05$ 。

表 2 两组治疗前后 VAS 疼痛评分比较 ($\bar{X} \pm S$) 分				
组别	n	治疗前	治疗后	改善积分值
治疗组	20	8.25± 1.15	2.55± 1.26*	5.70± 0.98 [△]
对照组	20	7.85± 1.29	3.58± 1.36*	4.27± 1.25

注:与本组治疗前比较, * $P<0.01$; 与对照组比较, [△] $P<0.05$ 。

4 讨论

神经根型颈椎病占颈椎病总发病 60%~70%, 一般认为绝大多数神经根型颈椎病可经非手术治疗痊愈或缓解。而急性发作的以难以忍受的剧烈疼痛、麻木为主要表现的神经根型颈椎病,颈椎 MRI 显示存在较明确突出的椎间盘或增生的骨刺压迫神经根,则一般认为保守治疗效果较差,需采用手术治疗方式。临床上有相当一部分患者因经济原因或是惧怕手术而选择保守治疗。故临床医师们如何选择有效保守治疗方法, 尽快缓解患者痛苦症状,就成了需要进一步研究的课题。据笔者观察此种类型颈椎间盘突出者占多数,病因推测为椎间盘纤维环破裂,髓核组织从破裂处突出(或脱出)压迫神经根鞘膜外组织,从而使其产生变性,出现水肿、充血、粘连等变化,故我们主要从减轻神经根压迫、刺激来考虑治疗方法。目前神经根型颈椎病的保守治疗方法颇多,单一的治疗方法力量有限,本研究设计的治疗组、对照组均采用甘油果糖脱水减轻神经

实用中西医结合临床 2013 年 1 月第 13 卷第 1 期
根水肿,口服营养神经药物,头颈部分组配穴电针治疗疏通经络,减轻局部肌肉痉挛而止痛。

本研究采用颈椎短杠微调手法以及颈椎牵引治疗神经根型颈椎病急性发作,结果表明,两组患者治疗后 VAS 评分较治疗前下降,疼痛明显改善($P<0.01$),但手法组 VAS 评分更低,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$),两组治疗后优良率手法组较对照组高,两组差异有统计学意义($P<0.05$)。说明颈椎短杠微调手法疗效较好,对比颈椎牵引组,有明显的优势。临床上有多种正骨手法治疗神经根型颈椎病,我们采用的颈椎短杠微调手法,注重个体化治疗,紧密结合患者颈椎 MRI,施以揉法舒筋,推、顶、挤、扳手法正骨,很多患者可收到立竿见影的效果,症状基本缓解大概在 2~3 周。此种手法的应力直接作用于致病颈椎棘突,通过棘突杠杆的力推动椎体循序渐进、逐步纠正偏歪、后突、前移的椎体,使突出的髓核变位或变形,从而使神经根管内和小关节的粘连获得松解,解除压迫,恢复神经根管和(或)椎管内外的血液循环,最终达到消肿减压,间接松动上、下关节突,纠正小关节紊乱,调节颈椎内外平衡。

颈椎牵引是治疗神经根型颈椎病的传统方法,它可增大椎间隙,解除神经、血管和脊髓所受的压迫,或刺激使椎间孔间扭曲的神经根得以伸展,改善血液循环,并可解除肌肉痉挛,牵开被嵌顿的小关节囊,调整小关节错位和椎体滑脱等^[4-5],但由于颈椎牵引治疗对于病变椎体关节没有针对性,因此治疗无效的病例较多。

通过解读西医发病理论,运用中医正骨理筋、电针治疗、药物内治治疗神经根型颈椎病,符合内外兼治、筋骨并重的中医治疗原则,可收到快速缓解临床症状、标本兼治的效果,可作为临床治疗神经根型颈椎病的有效方法,鉴于本研究样本量偏小,还有待扩大样本量继续进行临床观察。

参考文献

[1]关骅,张光铂.中国骨科康复学[M].北京:人民军医出版社,2011.361
[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,1994.186
[3]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
[4]朱格材,熊冠宁.颈椎牵引和针灸治疗椎动脉型颈椎病 237 例的疗效观察[J].颈腰痛杂志,2006,27(2):2
[5]汤仲杰.牵引推拿加敏感压痛点电针治疗神经根型颈椎病 132 例[J].实用中西医结合临床,2009,9(1):53-54

(收稿日期: 2012-09-03)