

苍龟探穴针刺法联合旋提手法治疗神经根型颈椎病

符运喜

(河南省信阳市中心医院康复医学科 信阳 464000)

摘要:目的:探讨苍龟探穴针刺法联合旋提手法治疗神经根型颈椎病的疗效。方法:选取 2019 年 8 月至 2020 年 6 月治疗的神经根型颈椎病患者 104 例作为研究对象,按随机数字表法分观察组和对照组,各 52 例。对照组采用常规针刺治疗,观察组采用苍龟探穴针刺法联合旋提手法治疗。比较两组临床疗效,治疗前后颈椎活动度、血清炎症介质水平、颈椎功能(NDI 评分)及疼痛程度(VAS 评分)。结果:观察组治疗总有效率为 94.23%,高于对照组的 78.85% ($P<0.05$);治疗后观察组颈椎活动度大于对照组,血清白介素-1 β 、白介素-6 水平平均低于对照组($P<0.05$);治疗后,研究组 NDI、VAS 评分均低于对照组($P<0.05$)。结论:苍龟探穴针刺法联合旋提手法治疗神经根型颈椎病效果显著,能有效增加患者颈椎活动度,减轻炎症反应及疼痛程度,提高患者颈椎功能。

关键词:神经根型颈椎病;苍龟探穴针刺法;旋提手法

中图分类号:R683.5

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2022.07.019

神经根型颈椎病(Cervical Spondylotic Radiculopathy, CSR)为颈椎间盘退行性改变,占各类型颈椎病的 60%~71%。且近年来随着人们生活及工作压力的增加,CSR 发病率呈逐年增加趋势^[1]。CSR 归属于中医学“项痹、痹痿”范畴,主要病因为正气偏衰、肝肾亏虚,患者自身防御能力不足导致风、寒、湿侵入关节和筋脉,气血不畅,难以滋养关节,治宜行气活血、柔顺筋脉。针刺、推拿均为中医治疗颈椎病的重要方式。相关研究指出,苍龟探穴针刺法联合旋提手法治疗混合型颈椎病能有效减轻患者疼痛症状^[2],但关于应用于 CSR 患者的效果临床尚缺乏相关报道。本研究探讨从颈椎活动度、炎症介质变化等方面分析苍龟探穴针刺法与旋提手法联合应用治疗 CSR 的效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取医院 2019 年 8 月至 2020 年 6 月治疗的 CSR 患者 104 例作为研究对象,按随机数字表法分观察组和对照组,各 52 例。观察组男 24 例,女 28 例;年龄 26~58 岁,平均(43.61 $\pm$ 6.49)岁;病程 1~5 年,平均(3.12 $\pm$ 0.64)年;累及部位:C₃~C₄ 间隙 4 例,C₄~C₅ 间隙 9 例,C₅~C₆ 间隙 28 例,C₆~C₇ 间隙 11 例; 体质指数 18.9~28.1 kg/m², 平均(23.64 $\pm$ 2.21) kg/m²;合并症:高血压 5 例,糖尿病 3 例,高脂血症 2 例。对照组男 25 例,女 27 例;年龄

25~59 岁,平均年龄(45.02 $\pm$ 5.92)岁;病程 1~5 年,平均(3.01 $\pm$ 0.70)年;累及部位:C₃~C₄ 间隙 5 例,C₄~C₅ 间隙 10 例,C₅~C₆ 间隙 29 例,C₆~C₇ 间隙 8 例;体质指数 19.1~27.8 kg/m²,平均(23.30 $\pm$ 2.18) kg/m²;合并症:高血压 4 例,糖尿病 2 例,高脂血症 3 例。两组基础资料(性别、年龄、病程、累及部位、体质指数、合并症)比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。本研究经医院医学伦理委员会审批通过(批号:KY2021-07-002)。

1.2 纳入及排除标准 (1)纳入标准:符合 CSR 诊断标准^[3];入组前 1 周末接受相关治疗;对本研究内容知情并签署知情同意书。(2)排除标准:其他类型颈椎病;颈椎肿瘤;脊髓损伤;严重骨质疏松症;严重心、肝、肾功能障碍;病变部位存在手术史。

1.3 治疗方法 对照组采用常规针刺治疗。取穴双侧外关、曲池、夹脊、中渚、臂臑、肩贞,常规消毒,采用毫针(0.30 mm $\times$ 40 mm)以平补平泻法针刺,得气后留针 30 min,1 次/d。观察组采用苍龟探穴针刺法联合旋提手法治疗。(1)旋提手法:取坐位,放松颈项部肌肉,以按、捻、揉等方法放松颈部痉挛僵硬肌肉 10 min;嘱患者头部水平旋转至最大角度,以肘部托住患者下颌,缓慢牵引拔伸 3~5 s;放松肌肉,肘部用力快速向上牵引,出现一声或多声弹响时提示操作成功;再次放松颈肩部肌肉。15~20 min/次,1 次/d,

每隔 1 日进行 1 次,10 次为一个疗程。(2)苍龟探穴针刺法:取穴双侧天宗、曲池、颈夹脊、外关、臂臑、中渚、肩贞,直刺天宗穴,得气后,毫针退至浅层皮下,根据先左后右、从上至下的顺序斜刺进针,并更换方向,自浅至深缓缓进针,发现新针感时毫针退至浅层皮下,重复进针,各方向进针后按压出针,其他穴位针刺方法同对照组。1 次/d,10 次为一个疗程。两组共治疗 2 个疗程。

1.4 观察指标 (1)比较两组临床疗效。评估标准:从颈部功能活动、手臂麻木、颈臂疼痛、椎间孔挤压试验、颈椎病节段棘突或棘突旁压痛 5 个方面评价患者症状,严重症状记 3 分,中度症状记 2 分,轻度症状记 1 分,正常记 0 分。症状消失,治疗后症状积分减少率 $\geq 70\%$ 为显效;症状缓解,积分减少率 $30\%\sim 69\%$ 为好转;症状无明显好转甚至加重,积分减少率 $<30\%$ 为无效。好转、显效计入总有效。(2)比较两组治疗前后颈椎活动度,采用头盔式颈椎活动测量仪测定。(3)比较两组治疗前后血清炎症介质[白介素-1 β (IL-1 β)、白介素-6(IL-6)]水平。检测方法:空腹抽取 3 ml 静脉血,离心,取血清,采用双抗

体夹心酶联免疫吸附试剂盒测定。(4)比较两组治疗前后颈椎功能、疼痛程度,颈椎功能采用颈椎功能障碍指数(Neck Disability Index, NDI)^[4]评估,NDI 分值范围 0~50 分,得分=(受试对象完成的项目数 $\times 5/50$) $\times 100\%$,得分越高表示颈椎功能越差。采用视觉模拟评分法(Visual Analogue Scales, VAS)^[5]评估疼痛程度,分值范围 0~10 分,得分越高表示疼痛感越重。

1.5 统计学处理 采用 SPSS21.0 统计学软件处理数据。符合正态分布的计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,两组间比较采用 t 检验;计数资料以率表示,两组间比较采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效对比 观察组显效 30 例,好转 19 例,无效 3 例;对照组显效 20 例,好转 21 例,无效 11 例。观察组总有效率 94.23%(49/52),高于对照组的 78.85%(41/52) ($\chi^2=5.283, P=0.022$)。

2.2 两组颈椎活动度对比 治疗前,两组颈椎活动度比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,观察组颈椎活动度大于对照组($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组颈椎活动度对比(°, $\bar{x} \pm s$)								
时间	组别	<i>n</i>	左旋	右旋	左屈	右屈	前屈	后伸
治疗前	观察组	52	56.94 $\pm$ 9.08	57.48 $\pm$ 8.85	31.76 $\pm$ 4.63	31.28 $\pm$ 5.04	38.06 $\pm$ 7.25	40.02 $\pm$ 7.81
	对照组	52	58.31 $\pm$ 8.79	55.61 $\pm$ 9.38	30.64 $\pm$ 5.16	32.94 $\pm$ 4.71	37.11 $\pm$ 8.02	38.69 $\pm$ 8.10
	<i>t</i>		0.782	1.046	1.165	1.735	0.634	0.852
	<i>P</i>		0.436	0.298	0.247	0.086	0.528	0.396
治疗后	观察组	52	76.39 $\pm$ 10.52*	75.49 $\pm$ 9.67*	43.06 $\pm$ 6.45*	44.26 $\pm$ 5.84*	45.96 $\pm$ 7.35*	48.35 $\pm$ 6.64*
	对照组	52	70.30 $\pm$ 11.52*	68.49 $\pm$ 10.04*	37.95 $\pm$ 5.76*	38.01 $\pm$ 6.05*	40.02 $\pm$ 6.96*	41.27 $\pm$ 7.49*
	<i>t</i>		2.815	3.621	4.261	5.360	4.232	5.101
	<i>P</i>		0.006	0.001	0.000	0.000	0.000	0.000

注:与同组治疗前对比,* $P<0.05$ 。

2.3 两组炎症介质水平对比 治疗前,两组血清 IL-1 β 、IL-6 水平比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,观察组血清 IL-1 β 、IL-6 水平均低于对照组($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组炎症介质水平对比(ng/L, $\bar{x} \pm s$)					
组别	<i>n</i>	IL-6		IL-1 β	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	52	45.01 $\pm$ 6.47	16.49 $\pm$ 3.05*	6.72 $\pm$ 1.17	1.34 $\pm$ 0.35*
对照组	52	43.38 $\pm$ 7.01	27.46 $\pm$ 3.61*	6.54 $\pm$ 1.21	2.37 $\pm$ 0.40*
<i>t</i>		1.232	16.739	0.771	13.974
<i>P</i>		0.221	0.000	0.442	0.000

注:与同组治疗前对比,* $P<0.05$ 。

2.4 两组治疗前后颈椎功能、疼痛程度对比 治疗前,两组 NDI、VAS 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,观察组 NDI、VAS 评分均低于对照组($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组治疗前后颈椎功能、疼痛程度对比(分, $\bar{x} \pm s$)					
组别	<i>n</i>	NDI		VAS	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	52	39.04 $\pm$ 4.61	18.16 $\pm$ 3.01*	5.72 $\pm$ 1.84	2.28 $\pm$ 0.72*
对照组	52	38.85 $\pm$ 4.39	22.57 $\pm$ 3.28*	5.60 $\pm$ 1.79	3.15 $\pm$ 0.96*
<i>t</i>		0.215	7.143	0.337	5.228
<i>P</i>		0.830	0.000	0.737	0.000

注:与同组治疗前对比,* $P<0.05$ 。

3 讨论

CSR 发病机制复杂,相关研究发现,与慢性劳损、骨质增生、急性外伤等多种因素有关,主要表现为相应神经分布区疼痛、颈椎活动受限,严重影响患者日常生活及工作^[6-7]。因此,应以缓解疼痛、恢复颈椎活动度为治疗目标。

中医学认为,CSR 患者颈部肌肉劳损、气血不达,应以活血、通络为主要治疗原则^[8]。《金针赋》中有曰:“苍龟探穴,如入土之象,一退三进,钻剔四方”,此法可行经运气、通利关节、通经接气,能有效改善 CSR 患者临床症状。相关研究表明,推拿应用于颈椎病患者,可对神经生理、生化两个环节进行调节,发挥活血理气、疏通经络等效果^[9]。旋提手法是一种手法推拿,治疗关键在于适当把握旋提力度、角度,从上至下旋转,并逐渐增加颈椎位移,轻微加大上提力度,前屈位旋转,可增加椎管截面积、椎管内空间,有利于促进颈椎生物力线恢复,缓解神经根压迫^[10]。本研究将苍龟探穴针刺法联合旋提手法用于 CSR 患者,结果发现,观察组总有效率 94.23%,高于对照组 78.85%。治疗后观察组颈椎活动度大于对照组 ($P<0.05$)。苍龟探穴针刺法在穴位探刺时诱导经气进入受损部位筋脉,以补经脉之虚,驱深部之邪;旋提手法可解除肌肉痉挛,纠正小关节错位,松解粘连软组织,解除滑膜嵌顿,进而调整颈椎应力分布,改善局部活动功能。两者联合从不同途径发挥作用,因此,可进一步减轻患者症状,促进颈椎活动度恢复,提高治疗效果。

炎症介质广泛参与 CSR 病情加重各环节,其中 IL-1 β 为 CSR 病变始动因素,可对其他炎症介质的释放进行调节,进而发挥促炎作用。研究表明,IL-1 β 水平升高会加重椎体关节炎性损伤,同时会刺激 IL-6 合成及分泌,而 IL-6 可调节炎症细胞分化,其

血清水平与颈椎病患者疼痛程度密切相关^[11-12]。治疗后观察组血清 IL-1 β 、IL-6 水平均低于对照组 ($P<0.05$),可见苍龟探穴针刺法联合旋提手法可减轻 CSR 患者的炎症反应,但具体作用过程仍需进一步深入探究。本研究还发现,苍龟探穴针刺法联合旋提手法能更有效改善 CSR 患者颈椎功能,减轻疼痛程度,进一步证实本研究治疗方案具有较高有效性及可行性。综上可知,苍龟探穴针刺法联合旋提手法治疗 CSR 效果显著,能有效增加颈椎活动度,减轻炎症反应及疼痛程度,改善患者颈椎功能,具有较高推广应用价值。

参考文献

[1]张林子,吴立群,陈睿哲,等.基于数据挖掘的针刺治疗神经根型颈椎病选穴规律分析[J].中国针灸,2020,40(11):1259-1262.
[2]朱永峰,张婷,程俊.苍龟探穴针刺法联合旋提手法对混合型颈椎病患者疼痛程度改善情况及生活质量的影响[J].当代医学,2019,25(30):151-152.
[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]宣守松,宋银花,罗永宝,等.柔性筋骨调衡术治疗颈型颈椎病临床疗效及对患者视觉模拟评分、颈椎功能障碍指数量表评分的影响[J].河北中医,2017,39(11):1719-1722.
[5]Chiarotto A,Maxwell LJ,Ostelo RW,et al.Measurement properties of visual analogue scale, numeric rating scale, and pain severity subscale of the brief pain inventory in patients with low back pain: a systematic review[J].J Pain,2019,20(3):245-263.
[6]张兆剑,刘建航,韦贵康,等.交感神经型颈椎病的发病机制及中医治疗研究进展[J].广西医学,2020,42(14):1891-1893.
[7]王永亮,吴建丽,公维志,等.短刺夹脊穴配合芒针治疗神经根型颈椎病的随机临床对照试验[J].针灸临床杂志,2021,37(8):43-48.
[8]李远栋,王平,刘爱峰,等.旋转类手法治疗神经根型颈椎病的生物力学研究进展[J].国际生物医学工程杂志,2018,41(4):359-364.
[9]冯天笑,霍路遥,符碧峰,等.旋提手法治疗颈型颈椎病疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2021,30(25):2754-2758,2768.
[10]王海兴,况君,郑魁.颈椎荣通方联合旋提手法治疗神经根型(气滞血瘀型)颈椎病的临床疗效观察[J].实用中西医结合临床,2021,21(3):115-118.
[11]Shi H,Huang Q,Yao WP,et al.Randomized controlled trial on cervical spondylotic radiculopathy of wind-cold-damp type treated with acupuncture and thunder-fire moxibustion [J].Acupuncture Research ,2021,46(12):1036-1042.
[12]潘胜莲,郑士立,周夏慧,等.针刺联合颈痛颗粒治疗神经根型颈椎病及对患者 IL-6、TNF- α 、IL-1 β 和血液流变学指标的影响[J].中国针灸,2019,39(12):1274-1278.

(收稿日期: 2021-12-08)

(上接第 51 页)report [J].Ann Palliat Med, 2021,10 (10): 11209-11215.
[9]张玲丽,孙婷,张小华.腹膜腔口服液联合氨溴特罗对咳嗽变异性哮喘患儿疗效、Eos 及 FeNO 的影响[J].湖南师范大学学报(医学版), 2019,16(3):119-121.
[10]张晓蕊,石志敏,李雪青.隔姜温和灸治疗小儿咳嗽变异性哮喘的疗效及对机体免疫功能的影响[J].针灸临床杂志,2020,36(3):33-36.
[11]刘冬岩,孙方舟,姚国华.小儿消积止咳口服液联合丙卡特罗治疗小儿咳嗽变异性哮喘的临床研究[J].现代药物与临床,2019,34(7): 2064-2068.
[12]范爱红,代育中,陈翔,等.清肺止咳片联合孟鲁司特钠治疗小儿咳嗽变异性哮喘对呼气峰流速及诱导痰炎症因子的影响[J].世界中

西医结合杂志,2021,16(8):1500-1505,1510.
[13]章玲,张专名,武煦峰.千金麦门冬汤加减对肺阴虚证老年咳嗽变异性哮喘患者气道功能、炎症状态的影响[J].现代中西医结合杂志,2020,29(2):143-147.
[14]吕建兴,韩旭东,殷红琴,等.沙参麦门冬汤合定喘汤加味治疗老年咳嗽变异性哮喘肺阴虚证[J].中医学报,2020,35(3):657-661.
[15]周春焕,张飞燕,谭淑文.中医捏脊治疗小儿咳嗽变异性哮喘肺脾气虚证临床研究[J].国际中医中药杂志,2021,43(6):558-562.
[16]王雪茹,程思益,吕天宜,等.益气疏风降胃法治疗咳嗽变异性哮喘气虚风动、肺胃气逆证的临床观察[J].中华中医药杂志,2020,35(6): 3217-3220.

(收稿日期: 2021-12-13)