

常规推拿结合“寸劲”端提法治疗神经根型颈椎病 59例临床观察

周国富

(常州市第三人民医院,江苏常州213003)

摘要 目的:观察常规推拿结合“寸劲”端提法治疗神经根型颈椎病的临床疗效。方法:将118例患者随机分为治疗组和对照组各59例,治疗组采用常规推拿和“寸劲”端提法治疗,对照组仅采用常规推拿治疗。结果:治疗组临床效优于对照组($P<0.05$)。结论:常规推拿结合“寸劲”端提法治疗神经根型颈椎病疗效较好,安全性高,值得临床推广。

关键词 颈椎病 推拿疗法 “寸劲”端提法

中图分类号 R681.550.5

文献标志码 A

文章编号 1672-397X(2018)02-0063-02

颈椎病又称颈椎综合征,该病是由于颈椎、颈椎间盘及其周围软组织退变,如颈椎间盘髓核突出、颈椎骨质增生、韧带增厚、钙化、肌腱增粗、囊肿和颈部劳损、损伤等多种因素引起内外平衡失调,脊柱排列异常,刺激或者压迫颈椎周围神经根、椎动脉、颈段脊髓以及颈周交感神经等组织,从而引起一系列病情复杂影响广泛的临床症状,如头晕、头痛、肩臂疼痛、麻木、心慌胸闷及上肢不适等,故常称“颈椎综合征”^[1]。本病临床分为多型,其中尤以神经根型最为多见。该病属于中医学“项痹”“眩晕”“痿证”“头痛”等范畴。近年来,笔者运用常规推拿结合“寸劲”端提法治疗神经根型颈椎病取得较好疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2015年3月至2017年3月于常州市第三人民医院针伤科门诊就诊的本病患者118例,采用随机数字表法分为治疗组和对照组。治疗组59例:男28例,女31例;年龄23~86岁,平均年龄(42.01 ± 12.12)岁;病程5d~9年,平均病程2.4年。对照组59例:男30例,女29例;年龄25~83岁,平均年龄(40.14 ± 13.01)岁;病程3d~10年,平均病程2.6年。2组患者性别、年龄、病程无统计学差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[2]中神经根型颈椎病的诊断标准:多见于中老年人,青壮年人若有损伤史、劳损史、颈部畸形或其

他诱因等亦可发病;多数为缓慢发病,若有颈部创伤史、劳损史也可急性发作;病程较长,时轻时重,可反复发作;具有较典型的神经根性症状(麻木、疼痛),其范围与颈神经支配的区域一致;影像学检查显示颈椎曲度改变,不稳或骨赘形成,钩椎关节骨质增生,韧带钙化,椎管矢状径狭窄。

2 治疗方法

治疗组采用常规推拿和“寸劲”端提法治疗,对照组只采用常规推拿治疗,2组均隔日治疗1次,10次为1个疗程,1个疗程后进行疗效评定。

2.1 常规推拿 在枕颌颈椎牵引20min后,进行常规推拿治疗:患者取坐位,对患者颈项部行一指禅推等手法施术5min;用拿揉法、四指推法施术于颈项肩部,重点拿揉肌肉痉挛处,并配合颈项部被动运动,操作3~5遍;用点揉、按揉等手法施术于阿是穴并配合点揉风池、风府、颈夹脊、肩井、天宗、秉风等穴位,每穴1min;在患者颈部相应的神经节段痛点行一指禅推或点揉、按揉等操作,往返施术3~5遍;对部分有棘突偏歪、后关节紊乱或X-ray、CT、MRI影像学检查显示有椎体不稳、椎间盘突出部位进行旋转扳法;对患者疼痛麻木部位进行对症治疗,即点按、按揉胸背、肩颈及上肢阿是穴以及缺盆、天宗、极泉、曲池、手三里等穴,并拿揉肩及上肢,再搓抖肩及上肢,拔伸各指关节,反复3~5遍。

2.2 “寸劲”端提法 在常规推拿过程中或结束前进行。嘱患者全身放松,继而取坐位,医者屈肘75°左

右,用肘窝托住患者下颌,右手和臂环抱患者头部,胸部抵住患者枕骨后缘,左手虎口抵住枕骨下缘,呈预备势嘱患者双臂自然下垂,臀部坐实,配合医者作轻微左右摇摆、旋转晃动,然后左手拇指抵住颈椎棘突、棘间或其夹脊等痛点处,或者影像学检查椎间盘突出、椎体移位、偏歪处,右肘右手及胸部同时借腰部之力向上微微使劲,将患者头颈向正上方快速一拔,好似一寸之劲,常可闻及“咔嚓”声,必要时可以再施术1次。

3 疗效观察

3.1 疗效判定标准 参照国家中医药管理局颁布《中医病证诊断疗效标准》^[3]拟定。痊愈:原有症状消失,肌力正常,颈胸、上肢功能恢复正常,能参加正常劳动和工作;显效:原有症状明显减轻,颈胸、肩背疼痛减轻,颈、上肢功能改善;好转:原有症状有所缓解,颈胸、肩背疼痛,上肢疼痛麻木活动后加重;无效:症状无改善。

3.2 治疗结果 见表1。

组别	例数	痊愈	显效	好转	无效	总有效
治疗组	59	39(66.1)	10(16.9)	8(13.6)	2(3.4)	57(96.6)*
对照组	59	25(42.4)	12(20.3)	12(20.3)	10(16.9)	49(83.1)

注:*与对照组比较, $P < 0.05$ 。

4 讨论

颈椎由7个椎体组成,颈脊髓分别从两侧椎间孔分出8对颈神经,颈脊神经和所有脊神经一样,由前根(运动)和后根(感觉)所构成,两根在脊髓同一节段相连,并在椎间孔合成一个脊神经干,脊神经从椎间孔穿出后分为前支、后支和脊膜支3支,其中脊膜支最小,在前、后支之间分出,反向行走再进入椎管,又称窦椎神经,有自主神经功能。常参与交感神经后支神经,除C₁、C₂神经较粗大外,其余都较小,由横突间穿出后分为内侧和外侧支,分布于其附近的骨、关节、肌肉皮肤部分。C₁~C₄前支组成颈丛神经,而C₅~C₈和部分T₁神经组成臂丛神经。颈丛则分成枕小、耳大、颈皮及锁骨上神经4支感觉神经和运动神经、膈神经。臂丛神经则支配胸背、肩颈及上肢的运动和感觉,其所分布区域范围较广泛。^[4]因此,颈椎病变如椎间盘髓核的膨隆、脱出或突出,颈椎的骨质增生,骨刺以及椎体的移位,关节面的相对移位,外伤劳损等引起椎体排列不稳,椎间隙狭窄,椎间孔变形等压迫和刺激脊神经可致患者头、颈、胸背、肩及上肢麻木、疼痛^[5],此外中医所属外感风寒、湿邪、痰阻经络而致椎管、椎间孔、神经根管周围炎症、水肿而影响神经也较容易产生本病。此时患者

首先颈项强痛,后出现肩背酸痛、钻痛,甚至刀割样疼痛,还可出现肩背臂手的麻木。臂丛神经牵拉试验(+),压头试验(+),椎间孔挤压试验(+))等等。临床资料显示,该病多发部位、好发部位依序为C₅/C₆, C₄/C₅, C₆/C₇, C₇/T₁, C₃/C₄,因病变部位不同,而疼痛麻木区域范围也不一样^[1]。

本研究在常规推拿基础上配合“寸劲”端提法治疗神经根型颈椎病,采用“寸劲”拔伸,有力而非暴力,是瞬间施术。该操作能拉开椎间隙,增大椎间孔,使椎间盘内压力下降,促进突出髓核回吸,再加拇指按压,使盘外压力增大,促使髓核回纳,使突出椎间盘修复,改善神经周围环境;该操作通过拔伸能使椎间孔内径增大,则神经干通过环境明显改善。同时可纠正紊乱的颈椎排列情况,改善移位,纠正小关节紊乱,改善颈椎周围软组织不平衡环境,使神经根与周围组织安然相处,减少压迫和刺激,使神经根恢复至自然状态^[6]。

此操作手法施术力量要快、准、狠,根据患者病情、体质酌情使用和施力;在施术过程中,根据病变部位,应适当控制患者头部的屈伸和后仰角度,因为颈椎的弧度决定向上端提的力点在第几颈椎上,笔者临床观察认为,一般前屈时,受力颈椎则在C₄以上的颈椎,而后仰时,受力颈椎则在C₄以下的颈椎。

常规推拿结合“寸劲”端提法在推拿治疗神经根型颈椎病的临床运用中,既有效又安全,值得在临床推广。

参考文献

- [1] 王之虹,于天源.推拿学[M].北京:中国中医药出版社,2012:155.
- [2] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2002:342.
- [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.
- [4] 李家顺,贾连顺.颈椎外科学[M].上海:上海科学技术出版社,2004:22.
- [5] 胡月樵,李宜谋.中华医道·骨科专辑[M].北京:中国中医药出版社出版,1995:184.
- [6] 廖兴富.寸劲推拿配合电针治疗颈椎间盘突出症的疗效观察[J].中医药导报,2014(12):95.

第一作者:周国富(1969—),男,本科学历,主任医师,从事针灸伤骨科临床工作。talknow@126.com

收稿日期:2017-07-04

编辑:华由王沁凯