

中医正骨手法联合常规疗法治疗神经根型颈椎病 40 例临床研究

金筱妤^{1,2} 邓蓉蓉^{1,2} 荣魏浩³ 吴云川¹ 谢林^{1,2} 康然^{1,2,3}

(1.南京中医药大学附属中西医结合医院,江苏南京210028;2.江苏省中医药研究院,江苏南京210028;
3.南京市溧水区中医院,江苏南京211200)

摘要 目的:观察中医正骨手法联合常规疗法治疗神经根型颈椎病的临床疗效。方法:88例神经根型颈椎病患者随机分为治疗组与对照组,每组44例,2组最终各完成40例。对照组入组当天予物理红光照射、颈肩部按摩等常规康复疗法,治疗组在对照组干预的基础上加用中医正骨手法治疗,亦于入组当天完成,随后2组患者每日进行麦肯基功能锻炼,1个月后评价疗效。比较2组患者治疗前、治疗后即刻及疗程结束时疼痛视觉模拟量表(VAS)评分及上肢肌力(手握力、肘关节屈曲与背伸肌力、肩关节外展肌力)、颈椎旋转活动度,比较治疗前及疗程结束时颈椎功能障碍指数(NDI)量表评分。结果:2组患者治疗后即刻和疗程结束时疼痛VAS评分均明显低于治疗前($P<0.05$),治疗组明显低于对照组($P<0.05$)。治疗组患者治疗后即刻和疗程结束时患侧握力、患侧肩关节外展肌力和患侧肘关节屈曲、背伸肌力等各项上肢肌力指标均较治疗前明显改善($P<0.05$);对照组患者治疗后即刻患侧握力较治疗前明显改善($P<0.05$),疗程结束时患侧肘关节屈曲肌力较治疗前明显减弱($P<0.05$),患侧肘关节背伸肌力明显增强($P<0.05$);治疗组患者治疗后即刻和疗程结束时患侧肩关节外展肌力、患侧肘关节屈曲肌力改善程度明显优于对照组($P<0.05$)。2组患者治疗后即刻及疗程结束时颈椎旋转活动度均明显大于治疗前($P<0.05$),组间比较差异无统计学意义($P>0.05$)。2组患者疗程结束时NDI量表评分均明显低于治疗前($P<0.05$),治疗组明显低于对照组($P<0.05$)。各项指标疗程结束时与治疗前即刻比较,治疗组疼痛VAS评分明显下降($P<0.05$),对照组患侧肘关节屈曲肌力明显降低($P<0.05$),患侧肘关节背伸肌力明显升高($P<0.05$),颈椎旋转活动度明显增加($P<0.05$),其余指标均无统计学差异,除考虑样本量小带来的统计结果误差外,也说明功能锻炼对治疗效果有较好的巩固提高作用。结论:在常规疗法并配合锻炼的基础上加用中医正骨手法治疗神经根型颈椎病,在减轻疼痛、增加患侧肩关节外展肌力、增加患侧肘关节屈曲肌力的即刻和远期疗效,改善颈椎功能的远期疗效方面显著优于单用常规疗法联合锻炼,值得进一步研究。

关键词 神经根病;颈椎病;正骨手法;运动疗法

中图分类号 R681.550.5 文献标志码 A 文章编号 1672-397X(2021)08-0044-05

基金项目 国家自然科学基金面上项目(81772356);第六批全国老中医药专家学术继承项目(17 QGSC004);全国中医药创新骨干人才项目(19 ZYCXGG-3)

神经根型颈椎病是骨伤科常见病,占颈椎病总发病率的60%~70%^[1],随着现代生活方式的改变,低头族、手机党的出现使本病的发病呈年轻化趋势。神经根型颈椎病临床表现主要为颈肩部僵硬疼痛、上肢放射痛、麻木、乏力等,严重者可合并失眠、抑郁,甚至丧失劳动能力。手术治疗虽可从根本上解除神经压迫,有效改善症状,但多数患者仍更愿意选择保守治疗^[2]。随着各大手法流派的出现,中医正骨手法治疗颈椎病逐渐成为热门,但其有效性与安全性目前尚存争议^[3-5],缺乏系统性临床研究加以佐证。近年来我们应用全国名老中医学学术经验继承工作指导老师、南京中医药大学黄桂成教授的“旋扳

推拨”经验手法,将其联合常规康复疗法及锻炼应用于神经根型颈椎病患者,取得了较好的疗效,无严重并发症发生,现将相关临床研究结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2020年1月至2021年1月于江苏省中西医结合医院诊治的符合纳入标准的神经根型颈椎病患者88例,按照信封法随机分为治疗组与对照组,每组44例,2组最终各完成40例(各脱落4例)。2组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性,详见表1。本研究经江苏省中西医结合医院伦理委员会批准(2020 LWKY037)。

表1 治疗组与对照组患者一般资料比较

一般资料	治疗组 (n=40)	对照组 (n=40)	统计量	P值
年龄($\bar{x}\pm s$)/岁	39.60±9.76	44.03±10.33	1.92	0.06
性别(男/女)/例	15/25	16/24	0.05	0.82
病程($\bar{x}\pm s$)/个月	5.82±4.28	7.66±6.50	1.50	0.14
主要突出部位/例				
C4/C5	7	9		
C5/C6	17	15	0.96	0.81
C6/C7	10	12		
C7/T1	6	4		

1.2 诊断标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[6]中的神经根型颈椎病诊断标准:颈项部僵硬疼痛,可累及整个肩背,因活动受限而呈斜颈姿势;存在典型的神经根性症状(如肩臂手指放射痛、麻木),且临床症状部位与颈神经支配区域相符,臂丛神经牵拉试验(+)或压颈试验(+);影像学检查可见颈椎曲度异常(变直或反弓)、椎间隙变窄、颈椎间盘突出、骨质增生等。

1.3 纳入标准 病史、症状、体征及辅助检查均符合神经根型颈椎病诊断标准,且单侧上肢有症状者;年龄18~60岁;具备较好的依从性,无语言障碍及重大精神疾病;入组前2周内未接受同类治疗;自愿接受本研究治疗方法,并签署知情同意书。

1.4 排除标准 合并心、脑血管,肝、肾或血液系统等严重原发性疾病者;合并脊柱结核、肿瘤患者;合并强直性脊柱炎、骨性关节炎等关节炎性疾病或既往有颈椎手术病史者;病情危重,难以对该手法的有效性和安全性作确切评价者;哺乳、妊娠或正准备妊娠的妇女;疼痛VAS评分超过8分,上肢任何部位的肌力在3级及以下者;合并头晕、心慌、胸闷、行走不稳(如脚踩棉花感)等其他类型颈椎病临床表现者。

1.5 剔除标准 出现病情恶化或可能发生或已经发生严重不良事件者;疼痛难忍,观察期内服用止痛药物者;受试过程中,受试者出现某些合并症、并发症或特殊生理变化,不适宜继续参与研究者;主动要求退出研究者;因客观原因,造成资料不全或失随访者;出现其他不能预料的情况导致无法完成临床研究者。

2 治疗方法

2.1 对照组 入组当天予物理红光照射、颈肩部肌肉按摩等常规治疗。患者取俯卧位,于颈肩部进行物理红光照射15 min;随后进行颈肩部肌肉按摩10 min,均匀、有力地提捏、推揉颈项部肌群,至筋结处松软为度;后患者取仰卧位,施术者一手托住患者枕部,以拇指及中指钳夹住两侧乳突,另一手掌根抵住患者肩峰,稍前屈体位下,牵拉患者颈肩部,以增大椎间隙,左右交替进行2次。

2.2 治疗组 入组当天予常规治疗(同对照组)后,增加黄桂成教授经验正骨手法治疗。具体操作:依次触压颈椎棘突及关节突,以触诊有隆起压痛处为“旋扳推拨法”施术着力点,一手食指掌指关节处抵住着力点,另一手托住患者对侧颊部及下颌,屈曲颈椎并向对侧旋转至患者能耐受最大限度后,左右手配合小幅度快速发力,感手下错动,常可闻及“咔嚓”声响,在对侧同法操作;然后一手托患者下颌,一手后托枕部,中立位小幅度、快速牵引,力量至身体开始滑动为止,反复2次;最后双手中指扣住有压痛节段双侧关节突,沿额部方向滑动牵拉10次。

治疗后2组患者均接受康复锻炼指导,进行麦肯基功能锻炼,每组10次,每2 h做1组,每天6组。具体方法:患者坐位,平视前方,缓慢且平稳地水平向后移动头部至极限为止,保持此姿势5 s。2组均于治疗后锻炼1个月为1个疗程。

3 疗效观察

3.1 观察指标

3.1.1 疼痛程度 治疗前、治疗后即刻及疗程结束时采用视觉模拟量表评分法(VAS)评估2组患者疼痛程度,0分为无痛,10分为疼痛强烈、难以忍受、影响食欲、影响睡眠,分数越高代表疼痛越严重^[4]。

3.1.2 上肢肌力 采用拉力及握力电子测量计(KYTO, EH101)于治疗前、治疗后即刻及疗程结束时分别检测2组患者双手最大握力、肘关节屈曲与背伸肌力(保持肩关节前屈90°,肘关节屈曲90°,于腕横纹平面接拉力计,记录患者肘关节最大的屈曲及背伸力量)、肩关节外展肌力(上肢伸直,掌心向下,保持肩关节外展90°,于肘横纹平面接拉力计,记录患者肩关节外展的最大肌力)。

3.1.3 颈椎旋转活动度 采用电子指南针分别于治疗前、治疗后即刻及疗程结束时记录2组患者颈椎旋转活动度。患者坐位,两耳尖连线与头顶正中中线交点处固定放置电子指南针,记录患者颈椎向左、向右旋转至极限时的读数,两者差值即为颈椎旋转活动度。

3.1.4 颈椎功能 于治疗前和疗程结束时采用颈椎功能障碍指数(NDI)量表评分^[7]评估2组患者颈椎功能。包括疼痛程度、头痛、个人生活自理、抬物、阅读、注意力、工作、睡眠、驾驶和娱乐等10个方面,每项5分,总分从0分(无障碍)至50分(完全瘫痪),分值越高代表功能障碍越严重。

3.2 统计学方法 样本量估算:应用临床研究样本量计算器CRESS V1.3推算,设置I类错误概率 $\alpha=0.05$,取双侧,设置II类错误概率 $\beta=0.2$,按照10%的脱落率,在查阅相关文献基础上^[8]得出每组至

少需44例。应用SPSS 19.0软件进行统计学分析, 计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示。一般资料中计量资料比较采用独立样本 t 检验, 若方差不齐, 则采用Welch's t 检验校正; 计数资料比较采用卡方检验。结果中组内与组间比较均采用重复测量双因素方差分析。 $P < 0.05$ 表明差异有统计学意义。

3.3 治疗结果

3.3.1 2组患者治疗前后疼痛VAS评分比较 治疗前2组患者疼痛VAS评分比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$); 治疗后即刻和疗程结束时2组患者疼痛VAS评分均明显低于治疗前($P < 0.05$), 治疗组明显低于对照组($P < 0.05$); 疗程结束时治疗组疼痛VAS评分较治疗后即刻明显下降($P < 0.05$)。见表2。

表2 治疗组与对照组患者治疗前后疼痛VAS评分比较 单位:分

组别	例数	治疗前	治疗后即刻	疗程结束时
治疗组	40	4.25 ± 1.90	3.18 ± 1.82 ^{*△}	2.05 ± 0.99 ^{*△}
对照组	40	4.88 ± 1.54	4.23 ± 1.40 [*]	4.48 ± 1.62 [*]

注:与本组治疗前比较, * $P < 0.05$;与本组治疗后即刻比较, # $P < 0.05$;与对照组同期比较, △ $P < 0.05$ 。

3.3.2 2组患者治疗前后上肢肌力比较 治疗前2组患者各项上肢肌力指标比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$); 治疗组患者治疗后即刻和疗程结束时患侧握力、患侧肩关节外展肌力和患侧肘关节屈曲、背伸肌力等各项上肢肌力指标均较治疗前明显改善($P < 0.05$); 对照组患者治疗后即刻患侧握力较治疗前明显改善($P < 0.05$), 疗程结束时患侧肘关节屈曲肌力较治疗前明显减弱($P < 0.05$), 患侧肘关节背伸肌力明显增强($P < 0.05$); 治疗组患者治疗后即刻和疗程结束时患侧肩关节外展肌力、患侧肘关节屈曲肌力改善程度明显优于对照组($P < 0.05$); 疗程结束时对照组患侧肘关节屈曲肌力明显低于治疗后即刻($P < 0.05$), 患侧肘关节背伸肌力明显高于治疗后即刻($P < 0.05$)。详见表3、4。

表3 治疗组与对照组患者治疗前后患侧握力、肩关节外展肌力比较 单位: kg

组别	例数	患侧握力			患侧肩关节外展肌力		
		治疗前	治疗后即刻	疗程结束时	治疗前	治疗后即刻	疗程结束时
治疗组	40	26.67 ± 7.8	28.87 ± 8.58 [*]	28.59 ± 8.32 [*]	17.37 ± 6.66	19.08 ± 7.11 ^{*△}	19.13 ± 6.89 ^{*△}
对照组	40	24.17 ± 7.32	24.91 ± 7.50 [*]	24.84 ± 7.61	13.21 ± 3.54	15.18 ± 4.36	15.08 ± 4.12

注:与本组治疗前比较, * $P < 0.05$;与对照组同期比较, △ $P < 0.05$ 。

表4 治疗组与对照组患者治疗前后患侧肘关节屈曲与背伸肌力比较 单位: kg

组别	例数	患侧肘关节屈曲肌力			患侧肘关节背伸肌力		
		治疗前	治疗后即刻	疗程结束时	治疗前	治疗后即刻	疗程结束时
治疗组	40	17.86 ± 7.19	20.92 ± 8.21 ^{*△}	20.29 ± 7.50 ^{*△}	11.73 ± 6.04	13.43 ± 6.72 [*]	13.18 ± 6.44 [*]
对照组	40	16.21 ± 4.57	15.87 ± 5.59	14.74 ± 6.04 [#]	10.20 ± 3.72	10.60 ± 3.74	11.63 ± 3.80 [#]

注:与本组治疗前比较, * $P < 0.05$;与本组治疗后即刻比较, # $P < 0.05$;与对照组同期比较, △ $P < 0.05$ 。

3.3.3 2组患者治疗前后颈椎旋转活动度比较 治疗前2组患者颈椎活动度比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$); 治疗后即刻及疗程结束时2组患者颈椎旋转活动度均明显大于治疗前($P < 0.05$), 组间比较差异无统计学意义($P > 0.05$); 对照组疗程结束时颈椎旋转活动度较治疗后即刻明显增加($P < 0.05$)。详见表5。

表5 治疗组与对照组患者治疗前后颈椎旋转活动度比较 单位:度

组别	例数	治疗前	治疗后即刻	疗程结束时
治疗组	40	139.68 ± 24.71	150.38 ± 19.73 [*]	153.33 ± 15.60 [*]
对照组	40	137.33 ± 15.69	141.93 ± 15.83 [*]	149.28 ± 15.52 [#]

注:与本组治疗前比较, * $P < 0.05$;与本组治疗后即刻比较, # $P < 0.05$ 。

3.3.4 2组患者治疗前后NDI量表评分比较 治疗前2组患者NDI量表评分比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$); 疗程结束时, 2组患者NDI量表评分均明显低于治疗前($P < 0.05$), 治疗组明显低于对照组($P < 0.05$)。详见表6。

表6 治疗组与对照组患者治疗前后NDI量表评分比较 单位:分

组别	例数	治疗前	疗程结束时
治疗组	40	24.40 ± 10.64	12.88 ± 7.18 ^{*△}
对照组	40	24.43 ± 10.30	21.03 ± 10.36 [*]

注:与本组治疗前比较, * $P < 0.05$;与对照组同期比较, △ $P < 0.05$ 。

4 讨论

神经根型颈椎病的发病机理主要是颈椎间盘、椎间关节退行性变继发的颈椎序列紊乱、颈椎间盘突出、钩椎关节增生等, 刺激与压迫脊神经^[9], 从而引起相应颈神经支配节段的不适症状。神经根型颈椎病经保守治疗大多有效, 临床常见治疗方式如针灸、牵引、口服非甾体类抗炎药物等, 均能使患者症状获得不同程度的改善, 但也存在起效慢, 患者不能耐受, 症状反复发作等不足。常规康复疗法如物理红光照射有利于

促进局部血液循环, 加速炎性介质代谢^[10]; 颈肩肌肉按摩可疏通经络, 松解痉挛的肌肉^[11]; 麦肯基锻炼法在增强颈肩肌肉核心力量、巩固疗效方面起着十分重要的作用。

颈椎病的发生与“筋骨失衡”密切相关, “筋束骨, 骨张筋”, 筋约束、维系着骨的运动, 以维持关节在运动过程中的稳定性, 而骨构成了支撑肌肉的基本结构, 使得筋有所依、有所附。颈椎功能的维持需要动静力系统的平

衡,动力系统即附着于骨的软组织,包括肌肉、肌腱、韧带等,静力系统即脊柱的骨性结构,包括椎体、关节突、椎间盘等^[12]。筋与骨、动静力系统,相互为用,缺一不可。外邪侵袭、急慢性劳损、跌扑等引起的动力或静力系统平衡失调,常继发一系列韧带松弛、椎间失稳、颈椎间盘突出、小关节错位、肌肉痉挛、椎间孔狭窄等病理改变,即“骨错缝,筋出槽”。《医宗金鉴·正骨心法要旨》云:“脊筋隆起,骨缝必错。”本研究患者均有颈椎增生、关节活动受限、局部僵硬压痛、上肢放射痛或麻木的表现,病理基础为动静力系统病损引发神经刺激症状,局部颈神经受压水肿和炎症刺激导致神经支配部位的放射痛与麻木感。中医正骨手法可将力的作用渗透至静力系统,纠正小关节紊乱,松解关节囊,而常规治疗方法旨在作用于颈椎动力系统,缓解肌肉痉挛,促进局部炎症消退。若两者合用,可达到兼顾颈椎动静力系统的效果,理论上可以更快更好地促进颈椎病康复。

上肢肌力的改变是反映颈椎病神经功能状态的可靠客观指标。神经根型颈椎病患者的上肢无力症状主要与相应节段的神经根受压或受刺激相关。中医正骨之法纠正小关节错缝,松解关节囊,可以即时将相应的椎间隙与椎间孔扩大,颈神经根的局部卡压与刺激得以解除,故而相应神经支配节段的肌力获得改善。也有研究认为颈部手法治疗可通过增加肱二头肌的静息肌电活动,改善肘部屈肌力量^[13-14]。本研究结果显示,在正骨手法治疗后即刻即有患侧肩关节外展、肘关节屈曲肌力的显著提升,疗程结束后仍有显著性差异;患侧肘关节背伸、手部握力在正骨手法治疗后即刻也得到了提升,但组间比较无统计学差异,这可能与神经支配存在交叉,研究纳入的样本量有限以及未进一步按照颈椎间盘突出部位来细分比较等因素有关。但也有研究表明,手法治疗并不能显著改善上肢力量^[3,8],通过对比发现,其研究群体主要为无症状者或非特异性颈痛患者,而本研究选择的研究对象为神经根型颈椎病患者,临床表现与病理特征的不同往往决定了治疗结果的差异。

本研究中2组患者的颈椎旋转活动度在治疗后即刻和疗程结束后均有显著改善,颈周软组织的松解可能是提升颈椎旋转活动度的主要因素。本研究预期通过正骨手法松解关节突粘连来增加颈椎旋转活动度,但加用正骨手法治疗后并没有使颈椎旋转活动度获得更好的提升,这可能是对颈椎旋转活动度的观察指标过于单一,仅简单测量了颈椎总的旋转活动度,没有测量颈椎前屈、后伸、侧屈等活动度。颈椎旋转活动由寰枢椎主导,而本研究的手法

治疗部位却集中在C4-T1节段,故通过对C4-T1节段小关节松解可能没有体现出颈椎前屈、后伸、侧弯等活动范围的改善。借助更加全面、精确的测量手段,YOUNG I A等^[15]研究证实手法治疗能够显著改善颈椎旋转活动度。

本研究结果表明,在常规疗法并配合锻炼的基础上加用中医正骨手法治疗神经根型颈椎病,在减轻疼痛、增加患侧肩关节外展肌力、增加患侧肘关节屈曲肌力的即刻和远期疗效,改善颈椎功能的远期疗效方面显著优于单用常规疗法联合锻炼。各项指标疗程结束时与治疗后即刻比较结果,除考虑样本量小带来的统计结果误差外,也说明功能锻炼对治疗效果有较好的巩固提高作用。本研究的观测群体有限,观察指标较为单一,且观察时间较短,结果可能存在偏差。下一步我们拟扩大样本量、完善评估指标,并延长观察期,做好随访,同时运用更精准的肌力测量仪与颈椎活动度测量装置进行测定,以更细致、深入地考察正骨手法治疗神经根型颈椎病的作用机理,评估本疗法的近远期疗效。

参考文献

- [1] ZHU L, WEI X, WANG S. Does cervical spine manipulation reduce pain in people with degenerative cervical radiculopathy? A systematic review of the evidence, and a meta-analysis[J]. Clin Rehabil, 2016, 30 (2): 145.
- [2] KIM K T, KIM Y B. Cervical radiculopathy due to cervical degenerative diseases: anatomy, diagnosis and treatment[J]. J Korean Neurosurg Soc, 2010, 48 (6): 473.
- [3] HUMPHRIES K M, WARD J, COATS J, et al. Immediate effects of lower cervical spine manipulation on handgrip strength and free-throw accuracy of asymptomatic basketball players: a pilot study[J]. J Chiropr Med, 2013, 12 (3): 153.
- [4] 蒋崇博, 王军, 郑志新, 等. 颈椎定点引伸手法治疗神经根型颈椎病的随机对照研究[J]. 中西医结合学报, 2012, 10 (1): 54.
- [5] MALONE D G, BALDWIN N G, TOMECEK F J, et al. Complications of cervical spine manipulation therapy: 5-year retrospective study in a single-group practice[J]. Neurosurg Focus, 2002, 13 (6): ecp1.
- [6] 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.
- [7] VERNON H T, AKER P, BURNS S, et al. Pressure pain threshold evaluation of the effect of spinal manipulation in the treatment of chronic neck pain: a pilot study[J]. J Manipulative Physiol Ther, 1990, 13 (1): 13.
- [8] BAUTISTA-AGUIRRE F, OLIVA-PASCUAL-VACA Á, HEREDIA-RIZO A M, et al. Effect of cervical vs. thoracic spinal manipulation on peripheral neural features and

夹脊电针联合常规疗法治疗脊髓损伤后肌痉挛 30 例临床研究

唐祎周^{1,2} 张 翀² 教传旭¹ 唐一鹤³ 刘双岭^{1,2} 程为平^{1,3}

(1. 黑龙江中医药大学, 黑龙江哈尔滨 150001; 2. 黑龙江中医药大学附属第二医院, 黑龙江哈尔滨 150001; 3. 黑龙江中医药大学附属第一医院, 黑龙江哈尔滨 150001)

摘要 目的:探讨夹脊电针联合常规疗法治疗脊髓损伤后肌痉挛的临床疗效。方法:60例脊髓损伤后肌肉痉挛患者随机分为治疗组与对照组,每组30例。对照组患者予常规疗法,包括常规药物、常规针刺、防治并发症及对症治疗,治疗组在对照组治疗的基础上加用夹脊电针治疗。2组均以治疗2周为1个疗程,治疗2个疗程后观察疗效。运用临床痉挛指数(CSI)、改良的人体主要运动肌群肌张力评定量表(MAS)、改良的日常生活活动能力量表(Barthel指数)评估2组患者治疗前与疗程结束后痉挛情况、肌张力情况、日常生活自理能力情况并做组内组间比较,疗程结束后评估临床疗效。结果:疗程结束后2组患者CSI、MAS、Barthel指数评分均较治疗前明显改善($P<0.001$),且治疗组改善程度明显优于对照组($P<0.05$, $P<0.01$)。治疗组总有效率为86.67%,明显高于对照组的70.00% ($P<0.01$)。结论:常规疗法能明显减轻脊髓损伤后肌痉挛患者肌张力,缓解痉挛,改善生活活动能力,加用夹脊电针疗效更佳。

关键词 脊髓损伤;痉挛;夹脊穴;电针;针刺疗法

中图分类号 R246.9 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X (2021) 08-0048-04

基金项目 国家自然科学基金面上项目(81774427);黑龙江中医药大学科研基金面上项目(201712)

脊髓损伤(spinal cord injury, SCI)是由各种原因导致的脊髓功能和结构损伤,表现为损伤平面下感觉功能、自主神经功能、运动功能异常的中枢神经系统创伤性疾病。近年来SCI发生率呈升高趋势,其中12%~37%脊髓损伤患者会有阵发性痉挛、反射亢进、

肌张力增高、强直性肌痉挛表现^[1]。过度的肌肉痉挛会导致关节活动度减少和关节挛缩、疼痛,甚至永久性残疾,严重影响患者日常生活。目前,治疗肌痉挛方法多种多样,但单一治疗方法均有不足,效果不理想,学者通过整合多种治疗方式进行了有益的探索^[2]。

grip strength in subjects with chronic mechanical neck pain : a randomized controlled trial[J].Eur J Phys Rehabil Med, 2017, 53 (3) : 333.

[9] 中华外科杂志编辑部. 颈椎病的分型、诊断及非手术治疗专家共识(2018) [J]. 中华外科杂志, 2018, 56 (6) : 401.

[10] 王柏卿. 外用项痹舒膏联合红光照射治疗神经根型颈椎病的临床观察[D]. 哈尔滨: 黑龙江中医药大学, 2017.

[11] 魏平. 中药热敷联合常规推拿按摩治疗颈椎病患者的临床效果[J]. 中国民康医学, 2020, 32 (13) : 92.

[12] 莫文, 王拥军, 吴强, 等. 施杞运用中医药治疗颈椎病的经验[J]. 上海中医药杂志, 2017, 51 (11) : 1.

[13] DUNNING J, RUSHTON A. The effects of cervical high-velocity low-amplitude thrust manipulation on resting electromyographic activity of the biceps brachii muscle[J]. Man Ther, 2009, 14 (5) : 508.

[14] SUTER E, MCMORLAND G. Decrease in elbow flexor inhibition after cervical spine manipulation in patients with chronic neck pain[J]. Clin Biomech (Bristol, Avon), 2002, 17 (7) : 541.

[15] YOUNG I A, POZZI F, DUNNING J, et al. Immediate and short-term effects of thoracic spine manipulation in patients with cervical radiculopathy : a randomized controlled trial[J]. J Orthop Sports Phys Ther, 2019, 49 (5) : 299.

第一作者: 金筱妤(1995—), 女, 硕士研究生在读, 中医骨伤科学脊柱方向。

通讯作者: 康然, 医学博士, 主任中医师, 研究员, 硕士研究生导师。 kangran126@126.com

收稿日期: 2021-01-28

编辑: 吴宁 蔡强