

引用:吴显兴,主伟将,刘克莉,黄江华,牙爱萍,韦秀衣,吴国璟,高坤.侧旋提推手法联合舒适牵引治疗神经根型颈椎病56例总结[J].湖南中医杂志,2023,39(5):71-74.

侧旋提推手法联合舒适牵引 治疗神经根型颈椎病 56 例总结

吴显兴¹,主伟将¹,刘克莉¹,黄江华¹,牙爱萍¹,韦秀衣¹,吴国璟¹,高坤²

(1. 百色市中医医院,广西 百色,533000;

2. 深圳市中医院,广东 深圳,518034)

[摘要] 目的:观察侧旋提推手法联合舒适牵引治疗神经根型颈椎病的临床疗效及安全性。方法:将112例神经根型颈椎病患者随机分为治疗组和对照组,每组各56例。治疗组采用侧旋提推手法联合舒适牵引治疗,对照组采用双氯芬酸钠联合机械牵引治疗,比较2组治疗前后疼痛视觉模拟量表(VAS)评分、颈部功能障碍指数(NDI)评分、臂丛神经根椎间孔横切面内径(C5~C7)、神经F波传导速度(正中神经与尺神经)、颈椎曲度及不良反应发生情况,并评定综合疗效。结果:总有效率治疗组为89.29%(50/56),对照组为78.57%(44/56),2组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗后2组VAS评分较治疗前降低、NDI评分较治疗前升高,且治疗组VAS评分低于对照组,NDI评分高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.01$, $P<0.05$)。治疗组治疗后C7内径低于对照组、正中神经F波传导速度、颈椎曲度大于对照组,差异均有统计学意义($P<0.01$)。2组均未出现明显的不良反应。结论:侧旋提推手法联合舒适牵引治疗神经根型颈椎病的临床疗效明确,且安全性高,值得进行临床推广。

[关键词] 神经根型颈椎病;侧旋提推手法;舒适牵引;临床疗效

[中图分类号] R274.915⁺.5 **[文献标识码]** A DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2023.05.017

随着人们生活方式的改变,颈椎病的发病率逐年升高,且发病年龄也日益年轻化^[1]。神经根型颈椎病最为常见,发病率占颈椎病的60%左右^[2-3]。神经根型颈椎病主要表现为受累神经根所支配的区域麻木、疼痛及功能障碍。西医治疗多采用非甾体抗炎药和颈椎机械牵引等保守治疗手段以缓解临床症状^[4],虽具有一定疗效,但存在长期效果差、毒副作用大等缺点。

侧旋提推法是国医大师韦贵康教授总结数十年临床经验,结合传统理论与现代解剖特点,提出的治疗神经根型颈椎病的正骨手法。该方法经临床验证效果突出且安全,已在笔者所在地区推广应用多年^[5-6]。舒适牵引是在传统的机械牵引基础上提出的,通过患者的主观感受决定牵引力量及方向的

一种牵引方法。该方法因人而异且舒适度高,在临床实践中取得了不错的效果^[7]。基于此,本研究采用侧旋提推手法联合舒适牵引治疗神经根型颈椎病56例,疗效颇佳,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择2020年10月至2021年10月于百色市中医医院骨伤科住院治疗的112例神经根型颈椎病为研究对象,采用随机数字表法将其分为治疗组和对照组,每组各56例。治疗组中,男27例,女29例;平均年龄 (35.35 ± 8.42) 岁;平均病程 (3.25 ± 0.56) 个月;对照组中,男28例,女28例;平均年龄 (34.47 ± 7.25) 岁;平均病程 (3.48 ± 0.65) 个月。2组性别、年龄、病程等方面比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

基金项目:广西壮族自治区中医药管理局自筹经费科研项目(Gzzc2020263)

第一作者:吴显兴,男,副主任医师,研究方向:骨与关节创伤的中医药防治

通信作者:吴国璟,男,主治医师,研究方向:骨与关节创伤的中医药防治,E-mail:paopao19910930@163.com

1.2 诊断标准 符合《颈椎病的分型、诊断及非手术治疗专家共识(2018)》^[8]中神经根型颈椎病的诊断标准。1)具有较典型的神经根症状,其范围与颈脊神经所支配的区域一致;2)椎旁压痛;3)颈部活动时症状加重;4)肩及上肢感觉障碍、肌力下降;5)压颈试验或臂丛牵拉试验阳性。

1.3 纳入标准 1)符合上述西医诊断标准;2)年龄 ≥ 18 岁,且 ≤ 55 岁;3)疼痛视觉模拟量表(VAS)评分 >4 分;4)依从性好;5)自愿加入研究,并签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)颈椎间盘严重突出、颈椎椎管狭窄;2)脊髓损伤;3)合并肿瘤、结核或颈椎畸形;4)重型骨质疏松症;5)患有严重的内科疾病;6)妊娠期或哺乳期妇女。

2 治疗方法

2.1 治疗组 予以侧旋提推手法结合舒适牵引治疗。1)侧旋提推手法。参照《脊柱相关疾病学》^[9]中的有关内容进行操作。患者取端坐位,术者施以揉法、滚法或一指禅推法对局部肌肉进行松解,松解操作10 min。松解完毕后通过触诊检查错位关节,并对其定位,若棘突右偏,则术者右手抵住棘突,左手托患者下颌稍用力向左上方提起,左手提起的同时右手瞬间完成向左侧轻推,听到或未听到响声时手法完成复位。若棘突左偏,则施以相反方向手法。复位手法完成后继以中等强度力量按揉风池、肩井、风府等穴位,操作3 min。该手法每周治疗3次,共治疗2周。2)舒适牵引。参考文献^[6]中的有关内容进行操作。患者取端坐位,术者站患者身后行徒手颈椎牵引,分别于前屈、中立及后伸等不同角度测试患者的最佳舒适角度,确定最佳角度后再调整颈椎牵引机于该角度行颈椎牵引。在牵引过程中根据患者的舒适度随时调整牵引角度及力度。每次牵引时长20 min,每周治疗3次,共治疗2周。

2.2 对照组 予以双氯芬酸钠口服结合机械牵引治疗。双氯芬酸钠(诺华制药,批准文号:国药准字H11021640,规格:0.25 mg/粒)口服,2粒/d。机械牵引则采用枕颌带牵引,患者端坐位,头前倾 20° 牵引,牵引重量3~5 kg,每次牵引时长20 min,每周治疗3次,共治疗2周。

3 疗效观察

3.1 观察指标

3.1.1 VAS评分 采用VAS评分^[10]评定患者治疗前后颈部疼痛程度变化。疼痛的程度用0~10数字表示,0代表无痛,10代表最痛,患者根据自身疼痛程度打分,分值越高,表示疼痛越严重。

3.1.2 颈部功能障碍指数(NDI)评分 采用NDI量表评分^[11]评定2组治疗前后颈椎功能障碍程度。NDI量表中每个问题有6个选项,每个题目分值从0分(无残疾)到5分(完全残疾),总分从0分(无残疾)到50分(完全残疾),分值越高,表示残疾度越高。

3.1.3 臂丛神经根椎间孔横切面的内径 利用飞利浦彩色多普勒超声仪对2组治疗前后神经根进行检测,探头置于患侧耳垂下方靠后,从上至下寻找C5~C7神经根的椎间孔出口位置,并对切面进行测量,测量神经根内径参数,3次测量后取平均值。

3.1.4 正中神经与尺神经的肌电图传导F波传导速度比较 于治疗前后采用丹麦Cantata TM型肌电图仪在患侧上肢检测正中神经及尺神经的肌电图传导F波传导速度^[12]。

3.1.5 颈椎曲度测量 对治疗前后患者的颈椎曲度进行测量,即在C2齿状突后缘与C7后下角连线(底边),再从C4椎体后缘中点至底边作一垂直线(顶底线)。

3.1.6 不良反应发生情况 记录2组不良反应发生情况,如操作中出现的疼痛即时加重、晕倒、眩晕、脊髓损伤等。

3.2 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[13]中颈椎病的疗效标准拟定。治愈:颈肩及上肢疼痛等症状消失,肢体功能恢复,可以正常工作;显效:颈肩及上肢疼痛等症状基本消失,肢体功能基本恢复,不影响正常工作;无效:颈肩及上肢疼痛等症状未见改善,肢体功能未见改善,无法正常工作。

3.3 统计学方法 采用SPSS 22.0统计学软件进行数据分析,计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验;以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组综合疗效比较 总有效率治疗组为89.29%,对照组为78.57%,2组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。(见表1)

表 1 2 组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	治愈	显效	无效	总有效
治疗组	56	20(35.71)	30(53.57)	6(10.71)	50(89.29) ^a
对照组	56	15(26.78)	29(51.79)	12(21.43)	44(78.57)

注:与对照组比较,^a $P<0.05$ 。

3.4.2 2 组治疗前后 VAS 及 NDI 评分比较 治疗前 2 组 VAS 及 NDI 评分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后 2 组 VAS 较治疗前降低、NDI 评分较治疗前升高,且治疗组 VAS 评分低于对照组,NDI 评分高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.01,P<0.05$)。(见表 2)

表 2 2 组治疗前后 VAS 及 NDI 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	VAS 评分		NDI 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	56	7.54±1.01	2.54±0.44 ^a	5.65±2.78	16.96±2.64 ^a
对照组	56	7.84±1.25	3.96±0.58 ^a	6.35±2.51	12.08±2.35 ^a
<i>t</i> 值		1.39	14.59	-1.39	10.33
<i>P</i> 值		0.17	<0.01	0.16	<0.01

注:与本组治疗前比较,^a $P<0.05$ 。

3.4.3 2 组治疗前后臂丛神经根椎间孔横切面内径比较 治疗前 2 组 C5~C7 臂丛神经根椎间孔横切面内径比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗组治疗后仅 C7 内径小于治疗前($P<0.05$),并与对照组治疗后比较,差异亦有统计学意义($P<0.01$)。(见表 3)

表 3 2 组治疗前后臂丛神经根椎间孔横切面内径比较($\bar{x}\pm s$,cm)

组别	例数	C5		C6		C7	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	56	3.98±0.42	3.28±0.38	5.08±0.63	3.96±0.64	5.54±0.58	3.28±0.39 ^a
对照组	56	4.02±0.46	3.34±0.45	5.23±0.55	4.08±0.74	5.64±0.61	4.25±0.41
<i>t</i> 值		-0.48	-0.76	-1.34	-0.91	-0.88	-12.83
<i>P</i> 值		0.63	0.45	0.18	0.36	0.38	<0.01

注:与本组治疗前比较,^a $P<0.05$ 。

3.4.4 2 组治疗前后正中神经与尺神经 F 波传导速度比较 治疗前 2 组正中神经与尺神经的 F 波传导速度比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后治疗组仅正中神经 F 波传导速度大于对照组,差异有统计学意义($P<0.01$)。(见表 4)

3.4.5 2 组治疗前后颈椎曲度比较 治疗前 2 组颈椎曲度比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后治疗组颈椎曲度大于对照组,差异有统计学意义($P<0.01$)。(见表 5)

表 4 2 组治疗前后正中神经与尺神经 F 波传导速度比较($\bar{x}\pm s$,m/s)

组别	例数	正中神经		尺神经	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	56	49.78±4.84	63.35±5.49	45.25±4.87	60.25±6.89
对照组	56	48.62±4.75	53.25±5.32	43.54±5.68	58.38±6.78
<i>t</i> 值		1.28	9.88	1.71	1.44
<i>P</i> 值		0.20	<0.01	0.09	0.15

表 5 2 组治疗前后颈椎曲度比较($\bar{x}\pm s$,cm)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	56	4.24±0.86	6.95±0.98
对照组	56	4.35±0.64	6.02±1.05
<i>t</i> 值		-0.76	4.84
<i>P</i> 值		0.44	<0.01

3.4.6 2 组不良反应发生情况 2 组均未出现严重不良反应,治疗组有 1 例出现颈部疼痛即时一过性加重,休息后缓解。对照组出现 1 例短暂头晕,休息后缓解。

4 讨 论

神经根型颈椎病的发病机制与机械压迫、炎性刺激和自身免疫相关^[14]。椎间盘或椎间关节退变引起结构相对位置改变,压迫或刺激神经根而引起上肢疼痛、麻木等症状^[15]。从中医学的整体观角度,多认为颈椎的动态平衡失调是导致颈椎病的主要机制,动静力平衡被破坏,结构发生异常,引起神经根的牵拉和刺激^[16]。因此恢复颈椎的正常生物学力线,纠正结构异常引发的牵拉和刺激,是治疗神经根型颈椎病的关键。本研究介绍的侧旋提推手法联合舒适牵引也正是基于以上理论基础,结合多年临证经验所总结并提出的。

侧旋提推正骨手法是国医大师韦贵康教授根据其多年治疗颈椎病的临证经验,并根据“六不通”理论——不正不通、不顺不通、不松不通、不动不通、不调不通、不荣不通^[17]创立的“韦氏整脊十八法”正骨整脊手法中的一套手法,对于神经根型颈椎病具有确切的治疗作用^[18]。舒适牵引有别于传统的机械牵引,是根据患者的主观感受调整牵引角度,舒适度高,能够消除牵引时的肌肉痉挛和筋膜压力。因此我们在治疗神经根型颈椎病时先采用侧旋提推手法,后进行舒适机械牵引,2 种方法能够产生相互弥补,相互促进的效果,能够有效地解除神经根型颈椎病引起的不适症状。

本研究结果显示,总有效率治疗组为 89.29%,明显高于对照组的 78.57%。2 组 VAS 评分较治疗前降低,NDI 评分较治疗前升高,且治疗组 VAS 评分低于对照组,NDI 评分高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.01$ 或 $P<0.05$)。并对臂丛神经根的内径、神经 F 波传导速度及颈椎曲度进行了检测,结果显示 C7 内径明显变小,正中神经 F 波传导速度变快,颈椎曲度明显改善。综上所述,侧旋提推手法联合舒适牵引治疗神经根型颈椎病疗效明确。此研究与刘鹏等^[19]、王为民等^[20]的研究报道一致。

颈椎病的治疗手法大致分为整骨手法(旋转类手法、拔伸牵引类手法)和理筋手法(各类软组织手法和推法、揉法、拿法)两大类^[21]。侧旋提推手法将旋转与拔伸两个整骨动作融合为一,从而实现更好的作用效果。既往的研究多认为旋提手法能够纠正椎体及附件的微错位,从而达到松解神经根,改变神经根位置,增加颈椎稳定性的作用^[22]。这与本研究结果一致。本研究认为在旋提手法结束后应用舒适牵引,能够缓解肌肉的痉挛,解除滑膜嵌顿,加快炎性物质的吸收与排泄,从而达到稳固、提高手法治疗疗效的目的。然目前侧旋提推手法的作用机制尚缺乏基础研究,需要进一步更深入的研究。

本研究结果显示,2 组治疗方案均未出现严重的不良反应,虽治疗组存在颈部疼痛即时加重的个例,但远期疼痛解除。这证实侧旋提推手法后行颈椎牵引不会增加操作风险。综上所述,在治疗神经根型颈椎病时采用侧旋提推手法联合舒适牵引治疗,能够缓解疼痛,改善颈部功能,减轻神经根水肿,提高神经传播速度,提升治疗有效率,且安全性高,舒适性强,易于被患者接受,值得临床推广和应用。

参考文献

- [1] 魏戎,高云,谢琪,等.真实世界研究神经根型颈椎病非药物疗法的临床应用[J].世界科学技术—中医药现代化,2017,19(12):1960-1965.
- [2] 刘会玲,郝晓宇.神经根型颈椎病患者生活质量调查[J].西部中医药,2017,30(5):51-53.

- [3] 陈萍.温针治疗神经根型颈椎病的疗效观察[J].临床医药文献电子杂志,2016,3(18):3562-3563.
- [4] THEODORE N. Degenerative cervical spondylosis[J]. N Engl J Med,2020,383(2):159-168.
- [5] 杨宇,周宾宾,曾燕,等.侧旋提推整脊正骨法结合五禽戏锻炼调治神经根型颈椎病[J].中医药临床杂志,2019,31(9):1734-1737.
- [6] 周宾宾,韦坚,韦贵康.侧旋提推手法治疗神经根型颈椎病疗效观察[J].中医正骨,2008,20(10):8-9.
- [7] 孙淑芬,余伟吉,张勇,等.旋提手法联合舒适牵引治疗椎动脉型颈椎病的临床疗效及对血流动力学的影响[J].中医临床杂志,2021,33(9):1778-1781.
- [8] 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):401-402.
- [9] 韦贵康.脊柱相关疾病学[M].北京:人民卫生出版社,2012:13.
- [10] 视觉模拟评分法(VAS)[J].中国微侵袭神经外科杂志,2004,9(11):483-483.
- [11] VERNON H. The neck disability index; State-of-the-art, 1991-2008[J]. J Manipulative Physiol Ther,2008,31(7):491-502.
- [12] 卢祖能.实用肌电图学[M].北京:人民卫生出版社,2000.
- [13] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994.
- [14] 欧国峰,董博,刘继华,等.神经根型颈椎病的中西医治疗进展[J].现代中西医结合杂志,2017,26(7):791-793.
- [15] 李英平,郭瑞芳.神经根型颈椎病解剖因素探讨[J].解剖科学进展,2003,9(2):141-143.
- [16] 朱国苗,房敏,孙武权.旋转手法治疗神经根型颈椎病的机制及特点[J].中国临床康复,2006,10(39):154-156.
- [17] 敬胜伟,周红海.韦贵康教授治疗颈椎病经验特点浅析[J].广西中医药,2011,34(5):39-41.
- [18] 卢慧,覃丹,曾思玲,等.国医大师韦贵康学术思想及特色手法治疗研究概述[J].中华中医药杂志,2021,36(6):3339-3343.
- [19] 刘鹏,李远栋,张君涛,等.旋提手法对神经根型颈椎病曲度改变的疗效分析[J].天津中医药,2011,28(4):298-300.
- [20] 王为民,李远栋,刘玉峰,等.动态牵引下旋提手法治疗神经根型颈椎病临床研究[J].吉林中医药,2013,33(8):839-840.
- [21] 耿楠,刘迪,魏培栋,等.推拿手法的动力学与运动学参数的研究概况[J].中华中医药杂志,2016,31(11):4669-4671.
- [22] 房敏,朱清广,洪水棕.推拿手法调整脊柱骨错缝的杠杆原理分析[J].中国骨伤,2010,23(10):780-783.

(收稿日期:2023-01-10)

[编辑:徐霜俐]