

牵引配合经筋推拿治疗颈椎间盘突出症的临床研究

龚星军, 马文央, 王倩芬

(浙江省丽水市中心医院, 浙江 丽水 323000)

摘要 目的: 观察牵引配合经筋推拿治疗颈椎间盘突出症的临床疗效。方法: 将符合标准的 196 例颈椎间盘突出症患者随机分为 2 组, 每组 98 例。治疗组采用牵引配合经筋推拿治疗, 对照组采用牵引结合特定电磁波治疗。治疗 2 个疗程后对比 2 组患者的疗效。结果: 治疗组疗效优于对照组, 差异有统计学意义 ($Z=5.150, P=0.000$)。结论: 牵引配合经筋推拿治疗颈椎间盘突出症疗效确切, 值得临床推广应用。

关键词 椎间盘移位 颈椎 牵引术 推拿, 脊柱

Clinical study on the treatment of cervical disc herniation through the method of traction combined with muscle meridian manipulation GONG Xing-jun*, MA Wen-yang, WANG Qian-fen. *The central hospital of Lishui city, Lishui 323000, Zhejiang, China

ABSTRACT **Objective:** To observe the clinical curative effect of traction combined with muscle meridian manipulation on cervical disc herniation (CDH). **Methods:** 196 CDH patients met the criteria were randomly divided into 2 groups, 98 cases in each group. Patients in treatment group were administrated with traction combined with muscle meridian manipulation, while the others in control group were administrated with traction combined with the specific electromagnetic wave. The curative effects of the patients were compared between the 2 groups after 2 course of treatment. **Results:** The curative effect of treatment group was better than that of control group and there was statistical difference between the two groups ($Z=5.150, P=0.000$). **Conclusion:** The method of traction combined with muscle meridian manipulation has definite curative effect on cervical disc herniation, it is worth popularizing in clinic.

Key words Intervertebral disk displacement; Cervical vertebrae; Traction; Manipulation, Spinal

1992 年全国第二届颈椎病专题研讨会开始把颈椎间盘突出症作为一个单独疾病, 临床对于该病的研究也随之不断深入。2005 年 1 月至 2009 年 8 月, 笔者对牵引配合经筋推拿治疗颈椎间盘突出症的疗效进行了观察, 现总结报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 纳入研究的患者共 196 例, 男 108 例, 女 88 例。年龄 17~60 岁, 平均 42.5 岁。病程 2~33 个月。1 个椎间盘突出者 36 例, 2 个椎间盘突出者 140 例, 3 个椎间盘突出者 20 例。

1.2 诊断标准 ①有颈肩背臂疼痛麻木、头痛、眩晕以及颈部活动受限表现; ② $C_4 \sim C_7$ 棘突旁压痛或放射痛; ③体检证实颈神经受压的定位在椎管内, 表现为椎间盘源性疼痛; ④臂丛神经牵拉试验及椎间孔挤压试验阳性; ⑤X 线检查示颈椎生理曲度变直或反弓, 椎间隙变窄或椎间孔变小等; ⑥MRI 检查示椎间盘组织突入椎管内, 压迫颈神经根、硬膜囊甚至脊髓。

1.3 纳入标准 ①符合上述诊断标准; ②年龄 ≤ 60 岁; ③中央型突出者, 突出椎间盘组织直径 $<$ 椎管前

后径 30%、脊髓无明显变性; ④自愿参加本临床研究, 并签署知情同意书。

1.4 排除标准 ①虽然有椎间盘突出的临床及影像学表现, 但有明显骨质增生或滑脱者, 或同时伴有明显椎管狭窄者; ②椎间盘脱出, 游离于椎管腔者; ③伴有其他严重内科疾病者; ④顺应性差, 估计可能中途退出、失访者。

2 方法

2.1 分组方法 按患者就诊顺序根据随机数字表将纳入研究的患者随机分为 2 组 (治疗组和对照组), 每组 98 例。两组患者的性别、年龄、病程、椎间盘突出情况等一般资料比较, 差异无统计学意义, 有可比性 (表 1)。

2.2 治疗方法 治疗组采用牵引配合经筋推拿治疗, 对照组采用牵引配合特定电磁波治疗。两组患者治疗均每日 1 次, 10 次为 1 个疗程。治疗期间, 不予其他治疗手段。

2.2.1 颈椎牵引 患者坐位, 头前屈 $15^\circ \sim 20^\circ$, 牵引重量 8~12 kg, 持续 20 min。

表 1 两组患者一般情况比较

组别	性别(例)		年龄(岁)	病程(月)	椎间盘突出情况(例)		
	男	女			1 个	2 个	3 个
治疗组	55	43	43.0±21.0	19±10	19	68	11
对照组	53	45	42.0±21.5	21±11	17	72	9
检验统计量	$\chi^2=0.083$		$t=0.845$	$t=-1.333$	$\chi^2=0.425$		
P 值	0.774		0.400	0.186	0.808		

2.2.2 经筋推拿 按以下步骤进行:①弹拨手法。术者以手指探查确定患者病灶部位。先以揉、按等手法放松局部,再以弹拨、提弹手法^[1]沿颈部的督脉线、华佗夹脊线、风池线、横突线逐一从上向下弹拨,寻找筋结痛点重点弹拨、提弹,之后行理筋手法。并点按、揉、滚、弹拨肩背及上肢经筋,最后沿膀胱经弹拨、提弹至承山穴。②手法拔伸:患者仰卧,去枕,术者立于患者头侧,先以右手从患者颈后穿过,四指并拢弹拨其颈椎左侧肌群及项韧带,再用左手弹拨其右侧肌群,待颈部肌肉放松后再行拔伸。嘱患者双腿伸直,但不能用手扶床边。术者用一手抬起颈椎,使颈椎生理曲度重现,在此基础上再向前向上拔伸颈椎,拔伸时着力点放在突出椎间盘的上节棘突上。结合头颅重力,牵引复合力的角度可在 15°~20°之间调整,拔伸力量以刚能牵动患者全身而未动为限,持续 10~15 s,休息 3~5 s 后,再拔伸 10~15 s,共 3~5 min。③下颈段扳法。姿势同上,术者一手托住患者后枕部,另一手托住下颌部,将头转向左侧或右侧,至最大幅度时,托后枕部的手向上抬起,使支点下移至下颈段时作快速的扭转扳动,左右各 1 次。中段突出者在水平牵拉的状态下进行该手法。④曲面枕疗法。采用艾姆斯记忆棉曲面枕(规格:男士 7~10 cm,女士 6~8 cm),将曲面枕较高一侧垫于肩与枕后粗隆之间,尽可能使枕与后项部充分接触,使颈椎向上抬起,以保证颈椎的生理前屈位,入睡前仰卧 1 h,夜间以仰卧和右侧卧为主。

2.2.3 特定电磁波治疗 以 ZH-42C 型特定电磁波治疗仪(重庆医疗器械工业公司生产)对病变局部进行照射,每次 30 min,每日 1 次。

2.3 疗效评定方法 治疗 2 个疗程后参照国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》^[2] 评定 2 组患者的疗效,并进行比较。

2.4 统计学方法 采用 SPSS11.5 统计软件对所得数据进行统计处理,两组患者性别、椎间盘突出情况的比较采用 χ^2 检验,年龄、病程的比较采用 t 检验,疗效的比较采用秩和检验,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

3 结 果

经统计分析,治疗组疗效优于对照组,差异有统计学意义($Z=5.150, P=0.000$)。(表 2)

表 2 两组患者疗效比较 例

组别	治愈	好转	无效	合计
治疗组	61	32	5	98
对照组	23	55	20	98
合计	84	87	25	196

4 讨 论

目前,医学界对于颈椎间盘突出症的诊断和治疗方法还未达成广泛共识。在其发病机理方面,以前主要强调机械压迫因素的作用。但随着研究的不断深入,大家逐渐认识到在颈椎间盘突出症的发病中,突出物的机械压迫对神经、脊髓产生物理性挤压而引起一系列症状体征的同时,突出物引起的化学性反应也可引起或加重相应的症状。顾非等^[3] 研究发现,颈曲后凸时颈脊髓受到拉应力处于紧张状态,脊髓内压增加,导致相应脊神经根缺血,产生一系列物理化学反应,最终使神经根和传导束的功能受损或丧失。此症多由退行性变及外伤引起,好发于 C₄₋₅、C₅₋₆、C₆₋₇ 椎间盘。颈部常处于前屈位,髓核后移靠近纤维环后缘,若受到来自头颈部或下肢部的冲击力,其合力必然向后,若此合力超过椎间盘纤维环后侧薄弱处的张力,则髓核可冲破纤维环的束缚而自裂隙突出,压迫其后方的脊髓或脊神经,造成局部炎症、水肿。特别是当神经内血管床受压,血液循环受阻,局部瘀血,导致神经组织内代谢产物积聚,诱发疼痛^[4]。

颈椎牵引可通过调节和恢复颈椎生物力学平衡,解除颈部肌肉痉挛,降低椎间盘压力,拉大狭窄的椎间隙和椎间孔,使神经根所受的刺激和压迫得以缓解、神经根与周围组织的粘连得以松解、缓冲椎间盘组织对周缘的压力。但应注意牵引的重量、时间及角度。无论水平位还是垂直坐位牵引,颈椎间盘内压都随牵引量的增加而降低,当牵引重量为 6 kg 时正常椎间盘内压可降低 72.2%,10 kg 时很多椎间盘的内压等于零,这种作用在退变椎间盘中更为明显。最大应

力在颈椎的作用部位随着牵引角度的增大逐渐下移,当牵引角度超过 35° 时,最大应力约在 $C_7 \sim T_1$ 处^[5]。考虑到颈椎间盘突出好发于下段颈椎,结合生物力学研究结果,笔者认为牵引角度以屈曲 $15^\circ \sim 20^\circ$ 最佳。

手法拔伸时,先将颈椎向前提起,颈椎在外力及头颅重力的作用下,恢复了生理曲度,在此基础上再作向前向上的拔伸。拔伸时手指的力点可灵活掌握,既可加强以反弓明显节段的棘突为支点的拔伸,也能以突出椎间盘相邻上棘突为支点的拔伸,这种力点的动态变化牵引在机械牵引下是很难实现的。在后伸状态下,脊髓、神经根及颈后方的肌肉、韧带处于松弛状态,拔伸力作用于椎骨本身,不会加重对肌肉韧带的损伤;椎间隙前方扩大,髓核有向前滑移之势,也不易引起椎间盘后方的纤维环损伤^[6]。经筋手法按摩具有活血化瘀、舒筋活络、改善颈部周围软组织微循环、解除局部肌肉痉挛、松解粘连等作用。当然在急性水肿期手法要柔和,急性期过后手法力度应以患者感到酸胀痛并能忍受为度。理筋手法是治疗的基础和关键,只有充分地放松,才有利于改善颈椎的动力平衡失调,为整骨手法的成功创造条件。同时,整骨手法作为颈椎病治疗手法的核心步骤,对于改善颈椎失稳、治疗“筋出槽”“骨错缝”、减轻关节内负压、促进局部血液循环、改善颈椎动静力平衡失调具有重要作用。颈椎旋转手法的全过程都在轻度牵引下进行,应根据病变部位的不同,合理选择前屈、中立或后伸位

置,旋转要适度,力量不宜过大。颈椎病的发病以动力平衡失调为主,静力平衡失调为辅。在治疗中恢复动力平衡为先的重要性不容忽视,而过分强调颈椎正骨复位,忽略对颈部肌肉等动力失衡因素的调节,运用颈椎旋转手法过于随意、粗暴,是导致医源性损伤的主要原因^[7]。记忆棉曲面枕采用大波浪的曲面外形,与颈椎生理弧度符合,既能使颈椎自然伸展,缓解椎间盘压力,又没有圆枕矫枉过正的缺陷^[8],因而有效地恢复了颈椎的静力和动力平衡。

5 参考文献

- [1] 龚星军. 民间经筋疗法[J]. 浙江中医药大学学报, 2008, 32(1): 16.
- [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] 顾非, 房敏, 沈国权. 推拿治疗颈椎间盘突出症的临床研究[J]. 上海中医药大学学报, 2007, 21(3): 34-36.
- [4] 许舜沛. 提伸牵引法治疗颈椎间盘突出症 55 例疗效观察[J]. 新中医, 2007, 39(7): 51-52.
- [5] 鲍铁周, 孙树椿. 颈椎病的分型牵引治疗[J]. 中医正骨, 2005, 17(5): 53.
- [6] 杨利学, 刘智斌, 祝海滨. 颈椎病角度牵引研究近况[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2006, 14(6): 82-84.
- [7] 张军. 如何规避颈椎手法风险[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2006, 14(6): 77-78.
- [8] 蒋建种. 慢回弹曲面枕头的应用和探讨[J]. 颈腰痛杂志, 2007, 28(2): 130-131.

(2009-07-13 收稿 2010-03-08 修回)

· 通 知 ·

2011 年全国髌、膝关节疾病高峰论坛会议通知

由河南省洛阳正骨医院主办的“国家级继续教育项目——2011 年全国髌、膝关节疾病高峰论坛”, 定于 2011 年 4 月 15—17 日在河南省洛阳市召开。参会者将授予国家级继续教育 I 类学分 16 分。现将有关事宜通知如下:

会议主办单位: 河南省洛阳正骨医院

授课专家(以姓氏拼音为序): 陈晓东 郭艳幸 何伟 李慧英 李无阴 李子荣 刘又文 裴福兴 曲广运 孙永强 王坤正 王义生 王战朝 吴富源 徐卫东 许建中 殷力 于载九 张洪 郑稼 周一新 朱振安

会议日程及地点: ①会议日程: 4 月 15 日报到, 16—17 日学术会议, 17 日 14:00 离会。②会议地点: 洛阳欣源国际大酒店(九都路与金业路交叉口, 定鼎路与九都路立交桥东 100 米)

会议费用: 会务费 800 元/人, 会议统一安排食宿, 住宿费、交通费自理。

征文内容: ①髌、膝关节疾患的临床治疗经验及进展。②人工髌、膝关节置换的经验与中长期随访结果。③人工髌、膝关节置换的并发症及教训。④髌、膝关节复杂骨折的诊治经验及进展。

征文要求: ①未公开发表的相关论文。②论文科学性强、内容新颖、数字准确、论据充分, 并采用结构式摘要。③务必注明作者姓名、单位、邮政编码及联系电话; 优秀论文将推荐至国家级核心期刊——《中医正骨》杂志优先发表; 请自留底稿, 恕不退稿, 欢迎使用电子邮件投稿。④来稿请寄至河南省洛阳正骨医院陈献韬收(纸稿须附电子版), 或直接发送至 luoyangzhenggu@163.com; 请在信封左下角或电子邮件主题中注明“学术会议投稿”。论文收稿截止日期: 2011 年 4 月 5 日(以收到电子邮件日期或当地邮戳为准)。

会务筹备组联系方式: ①联系地址: 洛阳市启明南路 82 号河南省洛阳正骨医院医教部; 邮编: 471002。②联系人及联系方式: 牛伟刚(13837962211), 尚廷春(13938895231), 陈献韬(13525404007); E-mail: luoyangzhenggu@163.com

其他有关事项: 因会议正值洛阳牡丹花会期间, 为妥善安排住宿, 请参加会议人员提前与会议筹备组联系, 并于 2011 年 4 月 5 日前以电子邮件、短信或信函方式与会议筹备组联系、确认。否则, 请恕难以保证安排住宿。