

# 经筋推拿治疗神经根型颈椎病的临床观察

龚星军,王倩芬,卢乐苗

(浙江省丽水市中心医院,浙江 丽水 323000)

关键词 颈椎病 神经根型 推拿 经筋

神经根型颈椎病是骨伤科的常见病,其发病率占颈椎病的较大部分。笔者自 2010 年 2 月至 2010 年 8 月,采用牵引结合经筋推拿治疗神经根型颈椎病 30 例,效果满意,现总结报告如下。

## 1 临床资料

**1.1 诊断标准** 参照第二届全国颈椎病专题座谈会确定的神经根型颈椎病诊断标准<sup>[1]</sup>拟定:①具有较典型的根性症状(麻木、疼痛),且范围与颈脊神经所支配的区域相一致;②椎间孔挤压试验或臂丛神经牵拉试验阳性;③影像学所见与临床表现相符合,X 线示颈椎曲度变直、反弓,节段性不稳或椎体钩椎关节骨质增生,颈椎间隙狭窄,椎间孔变小,棘突偏歪,椎体滑移等改变,MRI 示颈椎增生、椎间盘突出等。

**1.2 纳入标准** ①符合以上诊断标准;②若有椎间盘突出,要求突出物占位小于椎管前后径 30%,且无明显变性者;③年龄不超过 60 岁者。

**1.3 排除标准** ①颈椎椎体结核、肿瘤等,或其他部位肿瘤有可能转移者;②椎管内占位性疾病或椎管狭窄者;③严重骨质疏松者;④若有椎间盘突出,突出物占位大于椎管前后径 30%,或有明显变性者;⑤年龄超过 60 岁,或伴有其他严重并发症及内科疾病者;⑥不愿参加本临床研究或中途退出、失访者。

**1.4 病例资料** 从医院门诊病人中选择符合上述标准、能积极配合完成临床观察者 30 例,其中男 13 例,女 17 例;年龄 20~60 岁,平均 43 岁;病程 0.5~24 个月,平均 3 个月;本组病人均有不同程度的颈肩部、后颈部、枕部酸痛。12 例有上臂、前臂酸痛;22 例有手指麻木;椎间孔挤压试验阳性 20 例,臂丛神经牵拉试验阳性 18 例;椎体前、后缘骨质呈唇样增生 28 例;生理弧度异常(包括生理曲度变直、成角或颈椎反曲)25 例;MRI 示颈椎间盘突出 20 例。

## 2 治疗方法

**2.1 颈椎机械牵引** 采用日产伊藤 TM-300 牵引机,患者坐位,前屈 15°~20°,牵引重量 8~12 kg,持续牵引 20 min。

**2.2 经筋手法** 采用手指触诊法,运用拇指的指尖、指腹及拇指与四小指的指合力探查,对检查部位作各种手法探查,结合“常与异”感觉的对比和患者对检查的反应,医者的手感同患者的感觉相结合,识别条索状或结节状阳性“病灶”,为诊断提供了依据。治疗时,针对相应的经筋穴位,“以痛为腧”,先用揉、按、滚等手法放松局部,再施以弹拨,提弹为主的手法<sup>[2]</sup>。沿颈部的几条纵线为重点逐一从上而下弹拨:督脉线、华佗夹脊线、风池线、横突线,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。

**2.3 手法拔伸** 患者仰卧位,去枕,术者立于患者头侧,先右手从颈后穿过,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,以增加摩擦力,但不需患者手扶床边。术者于反弓最明显处用四指相对叠起抬起颈椎,使颈椎生理曲度被动重现,在此基础上再向前向上拔伸颈椎,拔伸时可把力点放在突出椎间盘的上节棘突上,此时结合头颅重力,牵引复合力的角度可在 15°~20°之间调整,力量以刚能牵动患者全身而未牵动为限,时间持续 10~15 s,休息 3~5 s,再牵 10~15 s,共 3~5 min。

**2.4 中下颈段定点扳法** 患者坐位,术者立患者身后,将患者头稍前屈,头转向棘突偏歪同侧,一手掌部托住下颌,另一手大拇指置于定点节段偏歪棘突旁,然后术者上身前倾并用前胸固定患者头部,至最大幅度时,作快速可控的扭转扳动,此时,术者胸部起到固定刹车的作用。

**2.5 经筋锻炼法** ①双肩外展:双肩尽量向背部中

线靠拢。做这个动作的同时可微微抬起双臂,类似于扩胸的动作,不过在有的时候最关键的是要有意识地让后背的肌肉绷紧。②双肩耸肩:保持双肩外展的同时,双肩双臂使劲向上抬,犹如有人向下压你的肩部,而你欲与其对抗一样。关键点是保持双肩外展,有意识地收缩斜方肌上部的肌肉及肩胛提肌和三角肌。③头向上抬:保持双肩外展、耸肩的同时,头向上、向后抬起,关键是有意识地让颈后的肌肉用力,最好能达到轻微的颤抖。头向上抬动作完成后,坚持 3~5 s。然后缓缓放松。放松的顺序与前面的动作正好相反,即头先回到正位,然后耸肩的肩部下垂,最后双肩内收回到原位。放松后再重复进行 3~5 次。每天 1 次,10 次为 1 个疗程。治疗期间不予其他治疗手段。

### 3 结 果

**3.1 临床症状体征记分法** ①颈臂疼痛:颈臂重度疼痛,夜间难忍(3 分);颈臂中度疼痛,影响工作与生活(2 分);颈臂轻度疼痛(1 分);正常(0 分)。②手臂麻木:明显的过电样窜麻,持续不减(3 分);麻木持续不减,但程度较轻(2 分);间歇性麻木,多在睡眠或晨起时出现(1 分);正常(0 分)。③椎间孔挤压试验:有明显的上肢放射痛或麻木(3 分);有中度的上肢放射痛或麻木(2 分);有可疑上肢放射痛或麻木(1 分);正常(0 分)。

**3.2 疗效评定标准** 参照国家中医药管理局颁布的《中医病症诊断疗效标准》<sup>[3]</sup> 拟定。治愈:原有各型病症消失,肌力正常,颈、肢体功能恢复正常,能参加正常劳动和工作,症状体征积分下降 >90%;好转:原有各型症状减轻,颈、肩、背疼痛减轻,颈、肢体功能改善,症状体征积分下降 40%~90%;未愈:症状无改善,症状体征积分下降不足 40%。

**3.3 疗效评定结果** 本组 30 例,治疗前临床症状体征积分算术平均数及标准差为  $(6.48 \pm 2.51)$  分,经 2 个疗程治疗后,为  $(1.84 \pm 1.69)$  分。按上述标准评定,治愈 20 例,好转 9 例,未愈 1 例,总有效率 96.67%。

### 4 讨 论

神经根型颈椎病属于中国传统医学“痹证”范畴,按经筋理论,该病当属经筋病症,发病原因主要是因外伤、劳损、复感风寒湿邪,使肌筋受累,寒凝筋脉,结聚成灶,引起肌肉、筋骨、关节的疼痛、麻木。筋,《说文》解释作“肉之力也”,意指能产生力量的肌肉,而“腱”是“筋之本”,是筋附着于骨骼的部分。经筋治

疗,强调局部,重视整体,遵循经筋理论中“以痛为输”的取穴方法。由于经筋系统本身缺乏固定穴位,将“输”引申理解为压痛点,即筋结点(或称病灶点),这种取穴原则,至今仍是治疗经筋病行之有效的方法。手三阳经筋包含颈、肩、上肢等部位的肌肉、韧带,尤其在手三阳经筋颈段,包含肩胛提肌、斜角肌、斜方肌、胸锁乳突肌,维系头、颈、胸椎的平衡,一旦肌筋失衡,它们的起止点、相互交叉点、成角处则易形成经筋的病灶点,可直接或间接的影响经脉的畅通,阻碍气血的运行,从而出现临床症状<sup>[4]</sup>。应用按、揉、弹拨、提弹为主的手法治疗神经根型颈椎病,其作用机理主要有以下几个方面:①改善局部血液循环,促进新陈代谢,使颈部肌肉力量增加,促进颈椎关节滑液的分泌,改善软骨营养;②解除肌肉紧张、痉挛,提高局部组织的痛阈,松解颈部软组织粘连,解除神经血管束的卡压;③促进静脉、淋巴回流,促进炎症介质的分解、稀释,使局部损伤性炎症消退。弹拨、提弹手法是经筋推拿治疗神经根型颈椎病的重要手法,其要点是:①将着力的指端按于肌筋缝之间,由轻而重,频率均匀地弹而拨之,或提而弹之,如弹拨琴弦;②手法的要领是作用力要深沉,轻浮则不能弹动,但也不能太重,以防损伤肌筋膜;③手法频率要均匀,作用力要由轻到重,以使患者适应其刺激<sup>[5]</sup>。

颈椎牵引可通过调节和恢复颈椎生物力学的平衡,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也可得以松解,缓冲椎间盘组织对周缘的压力。但应注意牵引的重量、时间、与角度。无论水平位或垂直坐位牵引,颈椎间盘内压多随牵引量的增加而降低,其中,对于正常椎间盘的影响,6 kg 牵引时降低幅度为 72.2%,10 kg 大多为 100%,即很多椎间盘的内压等于零,而对于退变椎间盘的降低程度要比正常的更为明显。牵引角度小时,最大应力位置靠近上段,随着牵引角度增大,最大应力亦逐渐下移,当牵引角度超过 35°时,最大应力约在 C<sub>7</sub>~T<sub>1</sub> 处<sup>[6]</sup>。考虑神经根型颈椎病好发部位在下段颈椎,结合生物力学研究,作者认为实施角度牵引时选择 15°~20°屈曲角度是适宜的。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,先临时恢复了生理曲度,在此基础上再作向前向上的拔伸,手指的力点可灵活掌握,可加强以(下转第 44 页)

3 mm 或成角超过 15°;③椎间隙变窄,椎体边缘有牵拉性骨赘增生;④CT、MRI 示病变椎间隙椎间盘、椎间关节退变;⑤腰椎无其他异常。对于符合以上情况的患者,我们采用后路椎弓根固定,同时进行椎体间植骨融合,视术前神经根受压情况进行减压。

在进行手术的过程中应注意以下几点:①对于老年患者经常合并有椎管狭窄,术中在摘除椎间盘的同时,一定要探查神经根通道有无狭窄,否则术后下肢症状不能缓解;②椎间盘应尽量摘除,同时刮除椎间盘上下软骨板,并要夯实植骨块,保证有效的接触面积,以利于骨性融合;③椎弓根系统只需适当加压(加压以 1~2 mm 为宜),过分加压会改变脊柱的生理力线,术后残留腰痛症状;④融合节段以不超过 3 个节段为适,过多的融合会加速相邻节段腰椎功能的退变。

在腰椎间盘突出合并腰椎不稳的治疗中,腰椎间盘摘除后植骨融合是否需要内固定辅助,仍有很多的争议<sup>[3]</sup>。但单纯的植骨融合不能获得即刻的稳定,且失败率高达 40%<sup>[4]</sup>。椎弓根内固定器械具有稳定腰椎运动节段或脊柱功能单位的作用,且具有较高的融合率和生物力学性能。在椎弓根螺钉固定后再进行椎间植骨融合术,避免了单纯脊柱融合的椎间植骨块

塌陷、吸收,甚至不愈合等并发症。椎弓根器械可以增加融合处的牢固性,并提高固定愈合率。此外,当椎弓根器械撑开狭窄间隙、椎间植骨融合术后,可恢复椎间高度和椎间孔的高度,间接地解除了神经根的压迫。术后轴向加压内固定的纵棒增加椎体终板与植骨块之间的压力,便于椎体间融合。椎间盘摘除后又消除了因椎间盘炎性介质引起的椎间盘源性腰腿痛的因素。

## 5 参考文献

- [1] 严望军,刘铁龙,李家顺,等. 腰椎关节突关节骨性关节炎对腰椎稳定性的影响[J]. 脊柱外科杂志, 2003, 10(5): 278.
- [2] 田慧中,王以进,李永年,等. 后路结构切除对腰椎稳定性影响的实验研究[J]. 中华骨科杂志, 1994, 14(9): 577.
- [3] 侯树勋,李明全,白巍,等. 腰椎髓核摘除术远期疗效评价[J]. 中华骨科杂志, 2003, 23(9): 513-514.
- [4] Nazarian S. Spondylolysis and spondylolytic spondylolisthesis. A review of current concepts on pathogenesis, natuisto-ry, clinical symptoms, and therapeutic management[J]. Eur Spine J, 1992, 1(2): 62.

(2010-12-23 收稿 2011-03-28 修回)

(上接第 42 页)反弓明显节段的棘突为支点的拔伸,亦可以向后推移椎体棘突为支点的拔伸,这种力点的动态变化牵引,在机械牵引下是很难完成的。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副损伤,椎间隙前方扩大,髓核有向前滑移之势,不易引起椎间盘后方的纤维环损伤<sup>[7]</sup>。总之,机械与手法牵引相结合,克服了机械牵引直线、手法牵引时间短的不足,发扬了机械牵引持续性好、手法牵引灵活的优点;使用旋转手法时,瞬间发力常可听到“咔哒”声响,一般认为这是手法成功的标志,但不可强求闻及“咔哒”声。由于颈椎解剖位置特殊,瞬间发力不当可引起严重并发症。手法不当引起的并发症主要有高位脊髓损伤、椎动脉血栓形成、寰枢椎脱位、下关节突骨折及颈椎间盘突出等<sup>[8]</sup>。中下颈段定点扳法因术者胸部起到固定刹车的作用,而且扳动是三个方向的合力,手法可靠性好,安全性更高。经筋锻炼法可以辅助治疗,预防复发,不可缺少。

由于电脑电视等现代电器的普及,神经根型颈椎

病发病率越来越高,市场需求广阔,研究一套简单易行、安全可靠的治疗手段,并作为适宜技术推广,具有极高的社会效益和经济效益。

## 5 参考文献

- [1] 孙宇,李贵存. 第二届颈椎病专题座谈会纪要[J]. 解放军医学杂志, 1994, 19(2): 156-158.
- [2] 龚星军. 民间经筋疗法[J]. 浙江中医药大学学报, 2008, 32(1): 16.
- [3] 国家中医药管理局. 中医病证诊断诊疗标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 186.
- [4] 梁树勇,韦英才,王凤德. 经筋论治疗神经根型颈椎病疗效观察[J]. 辽宁中医药大学学报, 2008, 10(10): 90.
- [5] 刘永才,张松涛,侯广盛,等. 按压、弹拨手法治疗神经根型颈椎病的临床观察[J]. 颈腰痛杂志, 2007, 28(4): 349.
- [6] 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.
- [7] 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): 83.
- [8] 王德瑜. 间歇拔伸加点压旋转法治疗神经根型颈椎病[J]. 中国骨伤, 2007, 20(5): 352.

(2010-11-03 收稿 2011-02-18 修回)