

手法治疗颈椎病的若干问题

李义凯

(南方医科大学, 广东 广州 510515)

摘要 手法治疗颈椎病特别是神经根型颈椎病疗效确切,但学术界尚存在一些认识上的误区,使得手法治疗颈椎病的一些基本问题尚未得到有效解决。正视手法应用所面临的一系列问题,对于手法治疗颈椎病,乃至对于整个推拿学科的顺利、健康发展非常必要。本文从手法应用的客观依据、手法操作的安全性、手法的作用机制和疗效评价几个方面对手法治疗颈椎病存在的问题进行了深入分析和探讨。

关键词 颈椎病;推拿;脊柱;述评



李义凯,男,主任医师,教授,博士研究生导师,南方医科大学中医药学院骨伤推拿教研室主任,中华中医药学会推拿分会副主任委员、针刀分会副主任委员,中国软组织疼痛研究会副理事长,广东省中医药学会骨伤专业委员会副主任委员、推拿按摩专业委员会副主任委员,广东省中西医

结合学会骨伤科专业委员会副主任委员,《中医正骨》杂志编委,《颈腰痛杂志》副主编。

经过多年的临床实践、推广和普及,手法已成为治疗颈椎病最主要的非手术手段之一,普遍认为其安全有效,临床应用较为广泛^[1]。随着众多医者对手法治疗作用的深入研究,临床上不断涌现出各种治疗颈椎病的手法^[2-3]。虽然这些手法治疗颈椎病均能取得较好的临床疗效,但是我们也应清醒地认识到手法治疗颈椎病的一些基本问题尚未得到有效解决,如手法的作用机制、理论基础和手法所带来的损伤等问题^[4-5]。本文对手法治疗颈椎病存在的问题进行了深入分析和探讨。

1 手法应用的客观依据

“棘突偏歪”“双侧关节突高低不一”“错缝”“半脱位”“双边征”“双凹征”“双凸征”以及“小关节紊乱”等术语,特别是“棘突偏歪”,是应用旋转和扳动类手法治疗颈椎病的依据^[6-7]。凭术者双手触摸棘突偏歪和关节突不等高来确定病变节段的方法,在 X 线片上缺乏客观的判断依据。双边征、双凹征和双凸

征是在 X 线片上确定颈椎关节半脱位或错缝的客观诊断依据,此法弥补了上述方法的不足^[8]。但随着研究的不断深入,学术界基本否定了这些征象为颈椎关节半脱位或错缝所特有。解剖学研究发现,棘突偏歪和双边征等是正常的解剖学表现,或由解剖学变异所致^[9]。因此,临床上诊断颈椎病,不能完全依赖棘突偏歪或 X 线片上出现双边征等,也不能将其作为颈椎复位的依据。同样,将双凸征作为诊断颈椎病和椎体有旋转的客观指征也存在争议^[10-11]。在颈椎斜位 X 线片上观察椎间孔的大小来判定有无神经根受压,已是临床上诊断颈椎病的常规标准之一。但椎间孔是有一定纵深长度的骨性管道,呈内小外大的喇叭状。神经根受压多发生在内口,而在颈椎斜位片上仅能观察到外口的情况。学术界比较关注的钩椎关节增生也缺乏客观的诊断标准,而且将颈椎病病理改变与影像学改变相结合的研究报道也不多。笔者认为,用来判定脊柱侧弯程度的椎弓根是客观判断脊椎有无旋转以及旋转程度的一个解剖结构,双侧椎弓根的对称程度是判断手法复位效果的一个客观指标,且该指标易于观测。但遗憾的是,该指标目前在手法界却很少有人应用。

一些以解剖形态学为基础和评价依据的研究未能得到学术界应有的重视,以致于一些有争议甚至基本应该被否定的理论和概念,目前仍在临床广泛应用,并指导手法的使用^[12]。在手法治疗颈椎病的理论基础不明确的情况下,使用手法治疗该病存在一定的盲目性和风险。手法治疗成功的标志是什么?“复位”具体指什么解剖结构的复位?颈椎有无“脱位”或所谓的“半脱位”?手法治疗前后棘突偏歪和关节

突关节高低不平等指标有无改变? 等等。这些基本问题的不明确,影响了推拿学科在颈椎病治疗方面的进步和发展。

2 手法操作的安全性

目前采用手法治疗颈椎病时,多在颈椎前屈位下操作,因为此体位可使椎管矢状径增大,这样操作时不易损伤脊髓神经结构。颈椎前屈时,以 $C_4\sim_5$ 椎间盘水平为中心,脊髓紧贴椎管的前壁向上下两端被拉长,脊髓与椎管壁之间有一定的缓冲空间,且硬脊膜也绷紧。颈椎后伸时,颈脊髓增粗,且与椎管壁之间的缓冲空间减少;颈椎椎板间隙减小,椎板相互重叠增多;黄韧带因椎板的挤压而折叠,凸向椎管内^[13]。当椎体后上缘或后下缘有较大的骨赘时,笔者不建议采用前屈位下手法操作。因为当骨赘凸向椎管内时,若一味强调前屈位下手法操作,可使骨赘向后压迫颈脊髓的前部,有可能造成脊髓损伤^[14]。

目前临床上多以手法过程中出现“咔哒”声作为手法操作成功的标志。手法所致的“咔哒”声多出现在旋转侧,而“咔哒”声的出现仅意味着手法的作用力已达关节突关节。研究表明,手法操作过程中是否出现“咔哒”声与手法的速度、力量、患者的年龄和颈椎屈曲的角度等因素密切相关^[15]。但是,目前尚未有研究证实“咔哒”声与复位存在对应关系,即“有声响一定意味着复位,复位一定会有声响”,因此将手法过程中出现的“咔哒”声作为手法复位成功的标志,尚需进一步研究证实。

颈椎管内容纳颈段脊髓和颈膨大。颈椎的解剖学特点是椎体较小,椎孔呈三角形,相对面积小。颈椎活动幅度大且活动频繁,所以颈椎和椎间盘易发生病损。在 $C_3\sim C_7$ 节段,矢状径上的椎管狭窄 80% 以上集中于 $C_5\sim C_7$,而颈椎骨质增生部位以 C_5 最多见,其次是 C_6 、 C_7 ,而 C_3 、 C_4 较少见^[16]。国人颈椎的椎管壁在矢状径上和脊髓间几乎没有间隙,而在左右径上和脊髓的间隙相对较大,发生狭窄的机会较少,说明椎管矢状径大小在颈椎管狭窄的诊治中具有决定意义;对于椎管矢状径明显变小的颈椎管狭窄患者,要慎用扳法或旋转手法^[17-18]。颈椎管的矢状径可作为手法治疗颈椎病的一个安全性判断指标。

以往的教材和专著,将椎间盘大块突出者列为颈部推拿手法的禁忌证。但临床上却发现有些大块的

颈椎间盘突出物也可被吸收,这一现象尚需进一步深入研究其发生机制。但颈椎管明显狭窄、椎体后缘有明显骨赘、后纵韧带骨化,应视为手法的相对或绝对禁忌证。

3 手法的作用机制和疗效评价

采用旋转手法、扳法等正骨手法治疗的颈椎病中,以神经根型颈椎病居多,效果也最好。而按揉、点穴等手法多用于治疗椎动脉型颈椎病、交感神经型颈椎病和颈型颈椎病^[19-20]。众多临床报道中应用手法治疗神经根型颈椎病的疗效均较好,但除了手法的作用外,是否还应考虑到神经根型颈椎病本身是一种自限性疾病,手法的疗效是否与此有关? 目前,随着对颈椎研究的深入,学术界基本否定了交感神经型颈椎病和椎动脉型颈椎病的存在,而手法对这两型颈椎病的作用机制也多是建立在推测和假说之上。脊髓型颈椎病,由于病情重、风险高、手法治疗的效果有限,手法治疗脊髓型颈椎病的临床报道相对较少^[21]。目前,关于手法治疗颈椎病的确切作用机制尚不明确。

临床上采用手法治疗颈椎病时常联合其他疗法,如药物内服、针灸、小针刀、牵引等^[22-23]。目前,绝大多数临床报道称联合疗法优于单一疗法、多联优于两联、新疗法优于旧疗法。联合用药和联合疗法的广泛使用,使得手法治疗颈椎病的确切疗效无法得到真实的体现。目前,手法治疗颈椎病的文献多为临床疗效观察类文献,而有关手法作用机制研究的文献较少。几乎所有文献报道均称自己的手法治疗颈椎病疗效确切、值得推广,但却缺少严格的随机对照研究和多中心观察。上述这些因素以及手法疗效评价标准的不统一,使得一些学者对手法复位的真实疗效产生疑问。

4 小结

手法治疗颈椎病特别是神经根型颈椎病的疗效确切,但学术界尚存在一些认识上的误区,使得有关手法的一些基本问题尚未得到科学、合理的阐释。而这些基本问题的不明确,将影响该学科的进步和发展。此外,“颈椎病”这一病名本身就是一个有争议的、值得讨论的诊断术语。该病名过于笼统和泛化,不利于指导临床诊断和治疗。手法治疗颈椎病,应采用客观、正确的解剖学依据,重视手法操作的安全性,在明确颈椎病具体病因和病理机制的基础上选择合适的手法,方能实现精细化的“辨病论治”。同时,开

展科学、严谨的作用机制研究和疗效评价,将是今后努力的方向。

5 参考文献

- [1] 王玉巧. 推拿手法治疗颈椎病的研究进展[J]. 内蒙古中医药, 2014, 33(34): 94-95.
- [2] 郑春水, 黄萍萍, 廖军. 推拿治疗神经根型颈椎病研究概述[J]. 亚太传统医药, 2014, 10(19): 54-55.
- [3] 李桂华, 王艳国. 神经根型颈椎病的推拿特色手法临床研究进展[J]. 四川中医, 2013, 31(7): 167-168.
- [4] 李义凯. 推拿治疗失当被起诉的主要原因[J]. 颈腰痛杂志, 1997, 18(4): 276-277.
- [5] 湛祖江, 李义凯. 颈部推拿引起脑卒中的临床概况及其发生机制[J]. 颈腰痛杂志, 2014, 35(1): 50-53.
- [6] 孙博, 程军平. 颈椎棘突形态与新医正骨触诊法的关系[J]. 广东解剖通报, 1980, 2(2): 17-22.
- [7] 孙博, 程军平. 胸椎棘突末端形态与正骨诊治手法的关系[J]. 广东解剖通报, 1980, 2(2): 25-28.
- [8] 钱铭辉, 陈学仁, 袁家齐, 等. 颈椎病 X 线检查与影像探讨[J]. 苏州大学学报(医学版), 1986, 12(3): 33.
- [9] 孙博, 程军平, 苍正文. 颈椎 X 线侧位平片中“双突”“双边”征的解剖学研究[J]. 解剖学通报, 1982, 5(1): 8-12.
- [10] 孙博, 程军平, 苍正文. 颈椎上关节突的形态与 X 线片中“双突”征的关系[J]. 广东解剖通报, 1980, 2(2): 20-24.
- [11] 孙博, 程军平. 腰椎棘突末端形态与新医正骨诊治手法的关系[J]. 广东解剖通报, 1980, 2(2): 29-33.
- [12] 李建国. 微调手法配合传统推拿手法治疗神经根型颈椎病 46 例临床观察[J]. 中国民族民间医药杂志, 2017, 26(4): 106-107.
- [13] 孔抗美, 齐伟力, 侯衡广, 等. 颈椎管矢状径及截面积的应用解剖学研究[J]. 河南医科大学学报, 1996, 31(2): 5-6.
- [14] 李义凯. 脊柱推拿的基础与临床[M]. 北京: 军事医学科学出版社, 2001: 304.
- [15] 钟世镇, 李义凯. 计算机三维图像和声响检测技术在脊柱推拿手法研究中的应用[J]. 科学中国人, 2005, 13(9): 20-22.
- [16] 裴守明, 王裕民. 颈椎管的临床应用解剖学研究[J]. 中华解剖与临床杂志, 1997, 2(4): 156-157.
- [17] 陈昌富, 赵敦炎. 颈椎管与对应颈髓径线面积的相关性研究[J]. 解剖学报, 1990, 21(4): 341-345.
- [18] 李伟, 刘靖, 高豫中, 等. 国人椎管的测量与分析[J]. 中医正骨, 2001, 13(6): 11-12.
- [19] 李靖, 李同林, 秦刚. 手法治疗颈椎病的临床研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2006, 8(3): 54-55.
- [20] 朱成林, 傅瑞阳. 椎动脉型颈椎病推拿治疗进展[J]. 甘肃中医学院学报, 2016, 33(3): 105-108.
- [21] 李翔, 张鸿升, 谢忠, 等. 中医手法结合其他疗法治疗颈椎病的研究进展[J]. 中西医结合研究, 2014, 6(1): 52-54.
- [22] 薛明新. 推拿配合中药治疗颈椎病的临床研究概况[J]. 中医药信息, 2007, 24(6): 47-49.
- [23] 陈帅, 吴佐联. 足部反射区推拿治疗颈椎病临床研究进展[J]. 山西中医, 2011, 27(1): 56-57.

(收稿日期: 2017-11-20 本文编辑: 时红磊)

(上接第 3 页)

- [4] 元唯安, 张明才, 詹红生. 对“骨错缝、筋出槽”的认识及临床诊断[J]. 中国骨伤, 2013, 26(6): 502-504.
- [5] 严广斌. NRS 疼痛数字评价量表 numerical rating scale[J]. 中华关节外科杂志(电子版), 2014, 8(3): 410.
- [6] 伍少玲, 马超, 伍时玲, 等. 颈椎功能障碍指数量表的效度与信度研究[J]. 中国康复医学杂志, 2008, 23(7): 625-628.
- [7] 邓真, 元唯安, 王辉昊, 等. 眩晕症状量表的汉化及信效度和反应度检验[J]. 浙江大学学报(医学版), 2015, 44(2): 138-144.
- [8] 郭伟, 赵颀, 龚成, 等. 颈椎力学评价指标在非手术疗法治疗神经根型颈椎病疗效评价中的应用[J]. 中医正骨, 2018, 30(3): 22-26.
- [9] 詹松华, 赵喜, 谭文莉, 等. 神经根型颈椎病推拿治疗的 MSCT 评价[J]. 中国医学计算机成像杂志, 2012, 18(1): 42-46.
- [10] 元唯安, 沈知彼, 薛利, 等. 脊柱推拿对腰椎间盘突出症患者脑功能活动的影响[J]. 浙江大学学报(医学版), 2015, 44(2): 124-130.
- [11] 王辉昊, 詹红生, 张明才, 等. 手法治疗颈椎病意外事件分析与预防策略思考[J]. 中国骨伤, 2012, 25(9): 73-79.
- [12] 詹松华, 赵喜, 谭文莉, 等. MSCT 颈椎扫描重建评价推拿手法治疗神经根型颈椎病疗效的研究[J]. 中国中西医结合影像学杂志, 2011, 9(6): 481-484.
- [13] DENG Z, WANG K, WANG H, et al. A finite element study of traditional Chinese cervical manipulation [J/OL]. Eur Spine J, 2017 [2018-02-10]. <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00586-017-5193-5>.
- [14] 邓真, 王辉昊, 王宽, 等. 石氏伤科颈椎定位旋转扳法的动力学参数在体测量[J]. 中医正骨, 2018, 30(3): 17-21.
- [15] 王建珠, 杨晓存, 卜江慧, 等. 大鼠腰椎“椎骨错缝”模型痛阈变化研究[J]. 中华中医药学刊, 2017, 35(11): 2823-2826.

(收稿日期: 2018-02-26 本文编辑: 李晓乐)