

推拿治疗颈椎病的临床疗效观察

Clinical observation on the effect of curing cervical spondylosis by massage

仰卫军

(江苏省江阴市中医外科医院, 江苏 江阴, 214437)

中图分类号: R274 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2011) 21-0035-02 证型: ADI

【摘要】 目的: 观察推拿治疗颈椎病的临床疗效。方法: 用中医推拿的方法和药物治疗方法的临床疗效进行对比分析。结果: 推拿治疗颈椎病具有疗效好、副作用少、复发率低、禁忌症少的特点。但大多仅能获得近期疗效, 尚难完全根治, 关键是怎样采用合理的综合治疗方法, 达到临床治愈或减少复发目的。

【关键词】 颈椎病; 中医推拿; 临床疗效观察

【Abstract】 Objectives: To observe the clinical effect of curing cervical spondylosis by massage. Method: Conducted the analysis on the comparison of clinical effect between TCM massage and medicine. Result: Adopted massage to cure cervical spondylosis is effective with characteristics of less side effects, low recurrence and fewer symptoms of contraindication. However, most of the cases can only achieve short-term effects and it is still hard to root out totally. The key is how to adopt reasonable and comprehensive curative methods to achieve the aim of clinical recovery or lessen recurrence.

【Keywords】 Cervical spondylosis; TCM massage; Clinical observation on the effect

笔者近年来在吸取前人治验的基础上, 采用西医辨病, 中医辨证相结合的方法, 拟用推拿的方法治疗颈椎病 37 例, 收到了较满意的疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 病例选择

2002 年以来共在门诊随机选择 63 例颈椎病患者, 治疗前停用内服药及外用药物一周以上, 同时排除孕妇及哺乳期妇女。63 例颈椎病患者随机分为治疗组和对照组。治疗组 37 例, 男 21 例, 女 16 例; 最大 72 岁, 最小 37 岁, 平均 48.5 岁; 病程最长 10 年, 最短 1 个月, 平均 3.5 年; 首次发病 10 例, 复发性 27 例; 属于颈型者 11 例, 神经根型者 18 例, 椎动脉型者 8 例。对照组 26 例, 男 15 例, 女 11 例; 最大 65 岁, 最小 35 岁, 平均 46 岁; 病程最长 12 年, 最短 3 个月, 平均 3.7 年; 首次发病 9 例, 复发性 17 例; 属于颈型者 7 例, 神经根型者 14 例, 椎动脉型者 5 例。治疗组和对照组在性别、年龄、病程、及证型方面无显著性差异 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准

参照《中医病证诊断疗效标准》^[1]中颈椎病各证型的诊断依据, 确诊为颈椎病。

2 治疗方法

2.1 治疗组

手法: 滚法、一指禅推法、拿法、按法、颈项旋转法、搓法等。

取穴及部位: 风池、肩井、天宗、肩髃、臂臑、曲池、手三里、外关、合谷、后溪等, 颈部, 患侧上肢。

基本治法: 先用一指禅推法或揉捻法, 医者站在患者的身后用双手拇指指腹交替在颈项部两侧, 从上至下做来回推法或

回旋揉捻, 用力要均匀深入, 以患者能接受为宜, 速度不宜过快, 反复 8~10 次; 尔后施以滚法, 范围可扩大至项背部, 肩部及上肢, 用力要深入, 并可配合颈项部的屈伸, 侧弯, 旋转运动, 时间约 15min 左右; 然后点按风池, 肩井, 天宗, 肩髃, 臂臑, 曲池, 手三里, 外关, 合谷等穴; 再在局部运用轻柔柔和的掌揉法, 尔后在颈项部施用震法, 经过此法治疗后患者都会感到颈项部有一股明显的温热感; 然后运用端提旋转摇晃法, 动作要轻柔和缓, 切不可滥用暴力及强求“复位”的弹响声, 不要超出患者的生理活动范围, 以免引起医源性损伤, 最后拿风池, 肩井结束治疗。隔天治疗 1 次, 10 次为 1 疗程, 休息 1 周后再进行下 1 个疗程的治疗, 经过 2 个疗程治疗后统计疗效。

辨证施术: 神经根型上肢疼痛, 麻木要加强患肢疼痛处的治疗, 点穴时间延长, 加大上肢的活动范围, 摇晃肩关节, 搓捻手指, 搓上肢, 抖上肢。椎动脉型患者头痛、头晕时, 应加强颈项部和头部的手法治疗, 重点点按风池、百会、拿五经、开天门、分阴阳、揉太阳、震百会。

2.2 对照组

颈复康冲剂(承德某制药股份有限公司)每次一包, 每日三次, 1 个月为 1 疗程, 连用 2 个疗程。

3 疗效评价

依据颈椎病疼痛程度和严重度指数(PASI)进行评分, 疼痛程度(%)计分如下: 0 分=0, 1 分=10%, 2 分=10%~29%, 3 分=30%~49%, 4 分=50%~69%, 5 分=70%~89%, 6 分=90%~100%。PASI 积分下降指数=(治疗前 PASI 总分-治疗后 PASI 总分)/治疗前 PASI 总分 $\times 100\%$ 。基愈: PASI 积分下降 $\geq 90\%$, 显效: PASI 积分下降 $\geq 60\%$, 有效: PASI 积分下降 $\geq 25\%$, 无效: PASI 积分下降 $<25\%$ 。有效率=(基愈例数+显效例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

4 治疗结果

治疗组和对照组基愈率分别为 83.7%和 15.3%，有效率为 94.6%和 54.3%，统计学处理，两种方法治疗颈椎病的有效率差异有显著性（ $\chi^2=25.3$ ， $P<0.05$ ）（见表 1）。

表 1 两组颈椎病患者疗效评估[例(%)]

组别	例数	基愈	显效	有效	无效	有效率
治疗组	37	31(83.7)	4(10.8)	2(5.4)	0	94.60%
对照组	26	4(15.3)	10(39.0)	11(42.3)	1	54.30%

5 讨论

颈椎病是由于颈椎间盘退化并致上、下椎体骨质增生，压迫神经根、脊髓或影响椎动脉供血发生椎体附件及周围软组织改变而引起以颈肩部疼痛为主的综合症。由于体内长期的伤害性刺激使受损的细胞释放出大量的化学致痛物质刺激机体局部并产生局部水肿，从而逐渐加重病情。颈椎病好发于颈部长期过伸、屈曲位工作或劳动易引起慢性劳损者，多发于中老年人。颈椎退变与各型的关系：颈椎病初发或颈椎病产生症状时往往有颈椎曲度的变化，常见的改变是生理弧度变直，或者反曲。方文^[2]等进一步研究发现颈椎病患者伸屈活动度的下降主要是由于后伸幅度减小所致，颈椎间盘的退变不但使椎间盘高度和弹性降低，而且使颈椎伸展时椎间盘抗拉伸的弹性模量升高，髓核周围纤维环和前纵韧带硬化，弹性下降，最后导致颈椎后伸受限。也有学者^[3]认为，颈椎活动度的下降还与椎体缘

和小关节骨质增生，关节间隙狭窄阻挡有关。颈椎病椎动脉受压引起椎-基底动脉管腔变窄，血液流动速度缓慢、淤滞、血粘度增高，导致椎-基底动脉供血不足，脑干前庭系统、小脑缺血而引起眩晕、头痛、头胀等。推拿手法经颈、肩背部软组织松解及旋转手法，使突出髓核还纳复位，通过头面部诸多穴位按摩引起综合效应，使交感神经紧张性降低，反射性血管扩张，促进该区血管网重建及恢复血管壁弹性功能，组织代谢旺盛，血流增加，脑组织供血改善。

实践证明，推拿治疗颈椎病具有疗效好、副作用少、复发率低、禁忌症少的特点。在治愈的颈椎病患者中，经随访其复发时间较长，均在 6 个月~1 年后才复发，且复发后继续治疗仍然有效，安全可靠。

参考文献：

[1]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
[2]方文,石志才,贾连顺,等.颈椎病患者颈椎曲度的 X 线测量[J].颈腰痛杂志,1999,20(2):85
[3]薛庆云,黄公怡.颈椎退变的 X 线分析[J].中华骨科杂志,1994,14(9):530

作者简介：

仰卫军（1977-），男，江苏江阴人，主治中医师。江苏省针灸学会临床专业委员会常务委员。研究方向：针灸推拿手法治疗颈椎病研究。

编号：EA-11081267（修回：2011-10-28）

（上接 34 页）

每段中间要留有正常粘膜.如果肛管损伤较重者，应该进行肛管重建；④手术结束时，要进行常规检查.在麻醉情况下，肛门可同时伸入示指中指为度，如发现狭窄，应及时处理，术后换药期间应注意检查，对有粘连和狭窄趋向者，要及早纠正，争取在出院前或门诊治疗结束前将问题解决，不能迟疑不决；⑤熟练掌握药物注射技术，注射不宜过深，一次药量不能过大，避免在同一平面重复注射，如确要注射应间隔 2 个月以上；⑥术后尽可能少用导泻药有利于肛管早期扩肛；⑦必须严格无菌操作，术后切口感染，应及时加以控制，引流要通畅，防止引起大面积组织坏死；⑧积极治疗肠道炎症性疾病如慢性溃疡性结肠炎和克隆病等。只要采取适当的措施，完全能够减少该病的发生，减轻肛门狭窄的程度。

6 讨论

肛门直肠狭窄主要是因为：痔切除和其他肛门手术操作不当造成的术后严重的并发症.本病是一种可以预防的并发症。本科室经多年临床实践认为：括约肌侧切术加挂线术、Y-V 形肛管成形术、纵切横缝术等手术方法配合中医中药辨证施治，用于治疗肛门直肠狭窄疗效确切，通过胶线的缓慢切割，出血少，

损伤较小。肛门直肠狭窄是一立体概念，包括狭窄的深度，高度，长度，和宽度。其中重度，环形，管状狭窄手术是比较困难的，尤其是直肠劲部以下的这类狭窄是手术难点。所以在以后的工作中还应不断学习专业理论知识，严格操作规范，总结经验教训，尽量避免此病的发生，并不断在临床实践中取长补短，综合出更为有效的治疗方法。

参考文献：

[1]钱海华,金黑鹰,曾莉,等.结直肠肛管疾病诊断治疗新进展[M].2009:9
[2]刘希家,等.肛肠病的外科治疗[M].
[3]徐廷翰.中西医结合大肠肛门病研究新进展[M].2004:1
[4]高春芳,郑国宝,等.现代结、直肠手术学[M].2009:7
[5]黄乃建.中国肛肠病学[M],山东科学技术出版社
[6]吴孟超.现代手术并发症学[M].西安:世界图书出版西安公司,2003

作者简介：

陈善国，（1979-），男，医师，大学，从事肛肠专业 9 年，研究方向：肛门大肠疾病。

编号：EA-11080423（修回：2011-10-28）