

平刃针埋线法治疗神经根型颈椎病疗效观察

Efficacy observation on treating CSR by flat blade needle embedding method

杨才德¹ 王玉明² 薛有平³ 宋建成¹ 于灵芝¹ 高振政⁴

(1.兰州大学第一医院,甘肃 兰州,730020; 2.甘肃武威针灸医院,甘肃 武威,733000; 3.甘肃中医学院附属医院,甘肃 兰州,730020; 4.甘肃白银市平川区水泉镇中心医院,甘肃 白银,730900)

中图分类号: R323.1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860(2012)21-0042-03 证型: ADI

【摘要】 目的: 观察平刃针埋线法治疗神经根型颈椎病的临床疗效。方法: 将 67 例患者随机分为治疗组和对照组, 治疗组 34 例, 采用平刃针埋线法; 对照组 33 例, 采用常规一次性穴位埋线针埋线法。结果: 治疗组总有效率 88.24%, 治愈率 64.71%, 对照组总有效率 87.88%, 治愈率 39.39%, 经统计学处理 ($P<0.05$), 治愈率有显著性差异。结论: 平刃针埋线法治疗神经根型颈椎病有较好疗效。

【关键词】 神经根型颈椎病; 平刃针埋线法

【Abstract】 Objective: To observe the clinical efficacy of flat edge needle embedding method in treating nerve root type CSR. Methods: 67 patients were randomly divided into the treatment group and the control group, 34 patients in the treatment group were treated by flat blade needle embedding method; 33 cases in the control group were given the conventional disposable the catgut embedding pin embedding method. Results: The total effective rate was 88.24% in the treatment group, and the cure rate was 64.71%, while the total efficiency of the control group was 87.88%, and cure rate was 39.39%, by the statistical treatment ($P<0.05$), the cure rate was significantly different. Conclusion: The flat blade needle embedding method in treating nerve root type cervical spondylosis has a good effect.

【Keywords】 Nerve root type cervical spondylosis; Flat blade embedding method

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2012.21.019

颈椎病是中老年人的常见病、多发病, 近年来发病率迅速上升, 并呈现低龄化趋势。其中尤其以神经根型颈椎病最多见, 约占颈椎病发病率 50%~60%。神经根型颈椎病 (Cervical Spondylotic Radiculopathy, CSR) 是指由于颈椎退变, 神经根受压迫等因素导致其支配区域出现一定程度的疼痛、麻木、感觉缺失和反射改变, 严重影响患者的生活质量和工作质量, 我科采用平刃针埋线法治疗神经根型颈椎病, 取得满意疗效, 报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

所有病例来自 2008~2011 年兰泰医院、武威针灸医院的门诊或病区的神经根型颈椎病患者, 共 67 例。按患者就诊时的先后顺序, 随机分为治疗组 34 例, 对照组 33 例。治疗组中, 男 18 例, 女 16 例, 年龄最小 25 岁, 最大者 69 岁, 平均 42.5 岁, 病程 6d~15 年, 平均为 3.4 年; 对照组中, 男 18 例, 女 15 例, 年龄最小 27 岁, 最大者 66 岁, 平均 43.7 岁, 病程 7d~11 年, 平均 2.7 年。两组患者年龄、性别、病程、症状体征及影像学检查无显著差异, 具有可比性。

1.2 诊断标准

参照 1994 年颁布的《中华人民共和国中医药行业标准·中医骨伤科病证诊断标准》中的诊断标准^[1]: ①有慢性劳损或外伤史。或有颈椎先天性畸形、颈椎退行性病变; ②多发于 40 岁以上中年人, 长期低头工作者或习惯于长时间看电视、录相者, 往往呈慢性发病; ③颈、肩背疼痛, 头痛头晕, 颈部板硬, 上肢麻木; ④颈部活动功能受限, 病变颈椎棘突, 患侧肩胛骨内上角常有压痛, 可摸到条索状硬结, 可有上肢肌力减弱和肌肉萎缩, 臂丛牵拉试验阳性, 压头试验阳性; ⑤X 线正位摄片显示, 钩椎关节增生, 张口位可有齿状突偏歪, 侧位摄片显示颈椎曲度变直, 椎间隙变窄, 有骨质增生或韧带钙化, 双斜位

摄片可见椎间孔变小。CT 及磁共振检查对定性定位诊断有意义。

1.3 纳入标准

年龄 18~70 岁, 符合疾病诊断标准的自愿受试者。

1.4 排除标准

①合并有心脑血管、肝、肾和造血系统等严重危及生命的原发性疾病以及精神病患者; ②颈椎管狭窄患者; ③颈椎及椎管内肿瘤或结核, 伴有先天畸形者; ④椎外病变, 如胸廓出口综合症, 肩周炎, 腕管综合症等; ⑤有出血倾向的血液病患者,

2 治疗方法

2.1 器具选择

2.1.1 针具

选用一次性成品 9 号埋线针, 符合 GB15811 的要求。

2.1.2 埋植用羊肠线

0/2 号铬制羊肠线, 符合 YY1116 的要求。

2.1.3 其他器材

碘酒、棉签、创可贴、无菌敷料等。

2.2 体位选择

选择患者舒适的体位和医者便于操作的治疗体位, 常用俯卧低头位, 充分暴露颈项肩背部。

2.3 环境要求

应注意环境清洁卫生, 避免污染。

2.4 选穴定位

2.4.1 选穴

颈夹脊穴 (正中线旁开 0.5~1.5 寸)、阿是穴 (相关病变颈椎棘突下旁开阳性点), 肩胛骨内上角阳性点。

2.4.2 定位方法

根据影像学资料, 注意骨质增生、韧带钙化、生理曲度改变、椎间隙变窄等情况, 做为定位的初步参考; 依据患者主诉

的临床症状,如疼痛、麻木、皮肤感觉及肌力减弱部位,进一步判断神经根的分布和它所支配的区域;触诊标记定位,对相应的颈椎、关节突关节和横突进行触诊检查,触清关节突有无隆起和左右横突是否对称,若有异常,则同时检查是否有压痛和病理阳性反应物如硬结、条索状物,以及摩擦音等,一般在棘突旁侧 1~1.5cm 标记,若影像学、临床症状和体征不符,则以后者为主要定位依据。

2.5 消毒

用 0.5%的碘伏在施术部位由中心向外环形消毒,然后戴无菌手套。

2.6 麻醉

常用麻醉方法:局部浸润麻醉;常用药物:0.25%~0.5%盐酸利多卡因注射液,50~300mg。在拟操作的部位皮内注射形成一皮丘。如需扩大范围,则再从皮丘边缘进针注射药形成第二个皮丘,最终形成一连串皮丘带。必要时作分层注射,即由皮丘按解剖层次向四周及深部浸润范围。每次注射前应回抽注射器,以免注入血管内。

2.7 操作方法

2.7.1 治疗组

一手持针,取一般适当长度的可吸收性外科缝线,放入一次性平刃埋线针的前端,刃口线与术者人体矢状面平行,根据定点,用一手拇指和食指固定拟进针穴位,刃口线与人体纵轴平行,另一手持针,针体垂直于皮肤快速刺入穴位,缓慢前进到达骨面,后退少许,再前进到达骨面,对“筋结”或“条索”等进行穿刺切割,当针下有松动感后,退针至合适深度,

获得针感后,边推针芯,边退针管,将可吸收性外科缝线埋植在穴位的肌层或皮下组织内,拔针后按压针孔止血,用创可贴贴敷。

2.7.2 对照组

取一般适当长度的可吸收性外科缝线,放入一次性埋线针的前端,用一手拇指和食指固定拟进针穴位,另一手持针刺入穴位,达到所需的深度,当出现针感后,边推针芯,边退针管,将可吸收性外科缝线埋植在穴位的肌层或皮下组织内,拔针后按压针孔止血,用创可贴贴敷。

2.8 两组分别配合颈椎牵引,每日 1 次,30min/次。

2.9 疗程

15d/次,3 次为 1 个疗程,1 个疗程后观察疗效。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

参照 1994 年颁布的《中华人民共和国中医药行业标准·中医骨伤科病证疗效标准》制定^[1],分临床治愈、好转、无效 3 级。

①临床治愈:原有各病症消失,肌力正常,颈、肢体功能恢复正常,能参加正常劳动和工作;②好转:原有各型症状减轻,颈、肩背疼痛减轻,颈、肢体功能改善;③未愈:症状无改善。

3.2 统计学处理

将所有资料输入计算机,在国际通用的 SPSS10.0 统计软件上分析,进行 χ^2 检验, $P<0.05$ 时被认为有临床统计学意义。

3.3 治疗结果

见表 1。

表 1 两组患者临床治疗效果比较 [n (%)]

组别	治愈	有效	无效	总有效
治疗组 (n=34)	22 (64.71)	8 (23.53)	4 (11.76)	30 (88.24)
对照组 (n=33)	13 (39.39)	16 (48.48)	4 (12.12)	29 (87.88)

注:治愈率比较, $\chi^2=4.3$, $P<0.05$;总有效率比较, $\chi^2=0$, $P>0.05$ 。

4 讨论

中医认为,颈椎病的实质是中年之人,天癸渐竭,肝肾精血亏虚,筋骨失其濡养,筋不能束骨,骨不能张筋,关节不利,以致颈项强直,屈伸不利,致影响颈部经络气血的运行,出现各种临床症状。颈部筋骨劳伤及风寒湿邪入侵等因素则可一步影响肝肾精血亏虚这一内因和经络气血痹阻这一病机环节,加速了颈椎病的发生和发展。或督脉空虚,阳气不足,卫外不固,风寒湿邪乘虚而入,侵犯足太阳膀胱经,郁滞风府,致太阳经舒畅不利,营卫不和;或因跌打损伤,致经络受损,瘀血内停;或因积劳成疾,肝肾亏损,督阳不运,凝血成痹,引起颈椎病。

现代医学认为颈椎病的发病机制及病理过程是年龄变化和劳损引起的颈段脊柱(椎间盘、椎骨、韧带)的退行性改变。颈椎间盘的退变及其相关组织的继发性改变,颈部的神经、血管在横切面受到挤压或刺激,或受到轴向的牵拉,使之缺血、缺氧甚至细胞变性,导致神经、血管功能障碍,致使引起症状和体征。

颈椎病尤其是神经根型颈椎病在治疗上以非手术治疗为主,其中临床总体评价针灸治疗本病的疗效是肯定的,目前针灸的治疗有效率较高。尤其值得重视的是针灸与西药相比,显

示出有较好的持续疗效,而且不良反应少,这与针灸临床实际是相符合的。

穴位埋线疗法,根据针灸学理论,通过针具和药线在穴位内产生刺激经络、平衡阴阳、调和气血、调整脏腑,达到治疗疾病的目的。《灵枢·终始》曰:“久病者,邪气入深,刺此病者,深纳而久留之”,穴位埋线疗法就是在此理论指导下产生的一种新兴的穴位刺激疗法。

使用羊肠线或其他可吸引线体对穴位进行植入,是在针灸经络理论的指导下,将医用肠线埋入相应穴位,经过多种因素持久、柔和地刺激穴位,达到疏通经络气血以治疗疾病的一种方法。穴位埋线后,肠线在体内软化、分解、液化和吸收时,对穴位产生的生理、物理及化学刺激长达 20d 或更长时间,从而对穴位产生一种缓慢、柔和、持久、良性的“长效针感效应”,长期发挥疏通经络作用,达到“深纳而久留之,以治顽疾”的效果。它是多种方法(针刺、放血、埋针、穴注)、多种效应于一体的复合性疗法,可同时发挥多种刺激作用;在延长了对穴位刺激时间的同时能改善局部肌肉血管神经的营养状态,有利于疲劳、变性的肌肉恢复。

颈项为头颅活动之枢机。《灵枢·杂病》曰:“颈项不可以

俯仰，刺足太阳；不可以顾，刺手太阳也”，针刺夹脊穴可以益气助阳使足太阳阳气得以充实，缓解诸证；颈椎病其病变组织在骨，并与患处经脉受损有关，《灵枢·本脏》中说：“经脉者，所以行气血，营阴阳，濡筋骨，利关节者也。”《灵枢·经筋》对痹证的治疗提出“以痛为输”，强调了局部取穴的重要性。孙思邈《千金药方·用针略例第五》在《黄帝内经》基础上首次提出了阿是穴“有阿是之法，言人有病痛，即令捏其上，若理当其处，不问孔穴，即得便快成痛处，即云阿是，刺灸皆验，故曰阿是穴也”。

詹德琦等^[2]用温针治疗神经根型颈椎病 130 例，穴取颈夹脊 4~7 椎病侧的压痛点为主穴，总有效率为 97%；王萍等^[3]取颈 3~7 夹脊穴为主穴，针灸治疗 50 例颈椎病人，总有效率 94%；任占敏等^[4]取颈 2~7 夹脊穴，根据 X 线检查，以病位为腧，辨证取穴，总有效率为 95.3%。唐淑琴等^[5]运用穴位埋线法治疗颈椎病 725 例，取夹脊、大椎穴等，穴位埋线治愈率 78.8%，总有效率 95.5%；哈志国等^[6]取患椎夹脊穴为主埋线治疗颈椎病 60 例（颈型 22 例，椎动脉型 15 例，神经根型 23 例），其治愈率明显高于针刺对照组；徐三文等^[7]选双侧颈穴 1 及颈穴 2（分别位于 C5 及 C7 棘突旁开 1.5 寸处），予以植线法，总有效率 94.2%，穴位埋线作用明显优于对照组；刘本立等^[8]取患侧颈夹脊 3~7（脊突旁开 1 寸处）埋线治疗神经根型颈椎病 170 例，治疗组治愈率 68.8%明显高于对照组 48.2%，本文观察的有效率的结果与上述作者基本一致。

可贵的是，本文观察到，平刃针埋线法治疗组的治愈率明显高于对照组，而且 $P < 0.05$ ，差异有显著性意义。常用普通一次性埋线针如同普通注射针头一样，呈斜刃状，尖锐锋利，便于穿刺；如果把尖锐的针尖磨平如针刀状，保证了既有一定宽度的平刃又有一定的锋利度，就形成了一种新的器具，为了与普通斜刃埋线针区别开来，笔者姑且称之为“平刃埋线针”。

在临床操作中，我们经常在阿是穴穿刺，阿是穴多对应“阳性点”、“筋结”或“条索”等，针灸的针感在此处比较强烈，治疗效果也好，穴位埋线更是如此。但是，笔者观察到，穴位埋线时，必须穿透“筋结”或“条索”等，否则，会在埋线处形成新的“筋结”或“条索”，反而加重了病情。普通埋线针在穿透“筋结”或“条索”时，需要反复多次提插，无形中增加了病人的痛苦和医生操作的难度和次数，而且稍微大硬一点的“筋结”或“条索”，普通埋线针也显得“力不从心”。平刃埋线针的使用，很好的解决了上述问题。来宾^[9]用小针刀治疗 98 例颈椎病，寻找压痛条索或结节阳性反应点，结果有效率为 100%；张新建等^[10]在颈部棘突间及棘突旁 1~2cm 处的压痛点或结节处采用小针刀治疗颈椎病，治疗全部有效。平刃埋线针与之有异曲同工之效。

现代医学从解剖和组织方面入手，对腧穴是否具有形态学特异性进行了大量研究。通过将腧穴和周围的非腧穴区进行比较，表明腧穴与神经关系甚为密切^[11]，而神经根型颈椎病的根性痛、根性肌障碍等一系列症状是由颈椎间盘组织退行性改变及继发病理改变对脊神经根刺激与压迫所产生的，在病变颈椎棘突下旁开 0.5~1.5 寸取阿是穴，既参照局部取穴原则，又结合了现代医学知识和科研成果。取穴时要参考现代神经解剖知识，“以痛为腧”，从解剖组织学的理论上考虑，颈部阿是穴应该是治疗本病的理想穴位。

在局部解剖上，颈椎棘突下旁开 0.5~1.5 寸的深部是项后筋膜在棘突的附着部等，每穴都有相应椎骨下方发出的神经后支及其伴行的动静脉丛分布，属阿是穴，针刺之可使针气直达病所，提高疗效，刺穴直达椎骨有消炎和镇痛作用。操作时，用一手指和食指固定拟进针穴位，另一手持针，针体垂直于皮肤快速刺入穴位，缓慢前进到达骨面，做到心中有数，然后退针少许，再前进到达骨面，反复切割，当针下有松动感后，退针至合适深度，埋线；对于有明显的“筋结”或“条索”，要进行充分的松解，通过松解病变周围的软组织，改善和解除局部组织的粘连、挛缩、疤痕、堵塞等病理变化，解除对神经、血管刺激和压迫，消除肌紧张，肌痉挛，改善局部代谢，促进炎性致痛物质的消除，达到解痉止痛的目的，埋线时尽量错开“筋结”或“条索”。

牵引疗法是治疗本病的有效方法之一，颈椎牵引能限制颈椎活动，解除肌肉痉挛，纠正椎后关节的错位，增大椎间隙及椎间孔，改变颈椎负荷力线，使滑脱椎体复位，颈椎恢复正常的生理曲度，以缓解对神经根的压迫，消除肿胀，分解粘连，改善血液循环，以便解除肌肉和血管痉挛，增强局部的血液供应，促使颈部恢复其正常的功能，与埋线疗法结合，能提高其疗效。

穴位埋线疗法是几千年中医针灸经验和 30 多年埋线疗法经验的精华融汇而成的一门新型学科，其适应症非常广泛，尤其是对中西药物久治不愈的许多慢性病疑难病症，往往获得意想不到的神奇疗效。临床观察显示，平刃针埋线法对神经根型颈椎病具有疗效迅速的特点，治疗组中大部分患者治疗 1 次后症状明显缓解或消失，而且治愈率显著增高，值得进一步推广与研究。

参考文献：

- [1] 国家中医药管理局. 中医病症诊断疗效标准[M]. 南京大学出版社, 1994.4: 186
- [2] 詹德琦. 温针灸治疗神经根型颈椎病 130 例疗效观察[J]. 针灸临床杂志, 2000, 16(5): 20
- [3] 王萍. 夹脊穴针灸治疗颈椎病 50 例疗效观察[J]. 针灸临床杂志, 2000, 16(11): 35-36
- [4] 任占敏, 李罗平. 针灸辨治颈椎病 65 例[J]. 江西中医, 2001, 22(9): 42-43
- [5] 唐淑琴. 穴位埋线治疗颈椎病 725 例[J]. 山东中医杂志, 1995, 14(8): 358-358
- [6] 哈志国. 穴位埋线为主治疗颈椎病 60 例[J]. 针灸临床杂志, 1997, 13(11): 34-35
- [7] 徐三文, 等. 穴位埋线治疗颈椎病的临床研究[J]. 中国针灸, 1998(5): 267-268
- [8] 刘本立, 李健. 穴位埋线治疗神经根型颈椎病 170 例临床观察[J]. 湖南中医杂志, 2003, 19(3): 25
- [9] 来宾. 小针刀及针刺治疗颈椎病 256 例疗效观察[J]. 针灸临床杂志, 1999, 15(8): 28-29
- [10] 张新建, 潘强, 席延青. 小针刀治疗颈椎病疗效观察[J]. 中国民间疗法, 2000, 8(5): 16-17
- [11] 罗永芬. 腧穴学[M]. 上海: 上海技术出版社, 1996.1: 27-28

作者简介：

杨才德（1969-），男，副主任医师，研究方向：针灸埋线针刀治疗疼痛类疾病。

编辑：王艳娟 编号：EA-120810118（修回：2012-11-07）