

枢经推拿联合针刺治疗神经根型颈椎病的疗效分析

曾秀君, 何海龙, 陈 锋

(汕尾市人民医院中医科, 广东 汕尾 516600)

摘要: **目的** 探究枢经推拿联合针刺治疗神经根型颈椎病的疗效及其对患者中医证候积分、颈椎功能的影响, 为临床治疗提供依据。**方法** 选取 2018 年 2 月至 2021 年 2 月汕尾市人民医院收治的 129 例神经根型颈椎病患者, 按随机数字表法将其分为针刺组、推拿组及联合组, 每组 43 例。针刺组患者采用针刺疗法, 推拿组患者采用枢经推拿疗法, 联合组患者采用枢经推拿联合针刺疗法, 所有患者均治疗 4 周。比较 3 组患者临床疗效, 治疗前后中医证候积分、颈椎功能障碍指数 (NDI)、McGill 疼痛询问量表 (SF-MPQ) 及平均肌电值 (AEMG)、中位频率 (MF) 水平。**结果** 联合组患者临床总有效率显著高于针刺组与推拿组 ($P<0.05$), 针刺组与推拿组患者临床总有效率比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$); 与治疗前比, 治疗后 3 组患者中医证候积分、NDI 评分、PRI 评分、PPI 评分、视觉模拟疼痛量表 (VAS) 评分及 AEMG 水平均显著降低, 且联合组显著低于针刺组与推拿组, 推拿组患者 PRI、PPI、DI、VAS 评分均显著低于针刺组; MF 水平均显著升高, 且联合组显著高于针刺组与推拿组, 推拿组显著高于针刺组 (均 $P<0.05$)。**结论** 枢经推拿联合针刺治疗神经根型颈椎病可有效提高其临床疗效, 改善患者中医证候积分和颈椎功能, 缓解患者疼痛, 并解除颈部肌肉紧张, 提高颈椎功能, 疗效确切。

关键词: 神经根型颈椎病; 枢经推拿; 针刺; 中医证候积分; 颈椎功能

中图分类号: R244

文献标识码: A

文章编号: 2096-3718.2022.10.0095.04

神经根型颈椎病是由颈椎骨质及其周围组织发生退行性改变引起的, 临床常表现为单侧或双侧的无力、上肢酸胀或麻木及肩背部疼痛等, 其发病率逐渐升高, 且发病年龄趋于年轻化^[1]。临床上西医多采用神经营养药物、非甾体类抗炎药物等治疗颈椎病, 短期内可取得良好的效果, 但长期服用所产生的不良反应多, 且停药后易于复发^[2]。颈椎病属于中医中“肩背痛”“痹症”“骨痹”“颈筋急”等范畴, 该病主要病变部位在筋骨, 中医主要运用

针刺、推拿或中药等进行治疗, 针刺能畅通经脉、行气活血。相关研究显示, 取患者天柱穴、颈夹脊穴等为主穴进行针刺, 对神经根型颈椎病疗效确切^[3]。推拿疗法具有调节脏腑气血、疏通经络的功效, 增强机体抵抗力且可加速病灶部位血液循环, 缓解肌肉痉挛, 同时解除对神经根的压迫, 从而消除病灶部位疼痛与麻木^[4]。推拿重在调形, 可纠正关节紊乱, 达到骨正筋柔、气血循行的目的; 针刺重在调神, 可调节患者心情神志, 二者结合可从形、神两

作者简介: 曾秀君, 大学本科, 主治医师, 研究方向: 中医诊疗。

- 踝关节骨折术后功能恢复的影响 [J]. 国际中医中药杂志, 2017, 39(2): 128-130.
- [5] 倪晨波, 董森, 钱晓晋. 中药熏洗配合功能锻炼在踝关节骨折术后关节功能恢复中的应用 [J]. 海南医学, 2019, 30(1): 54-56.
- [6] 彭饶. 郑氏推拿按摩手法对 Pilon 骨折术后踝关节功能恢复和生活质量的影响 [J]. 成都中医药大学学报, 2016, 39(2): 79-81.
- [7] 孙晋客, 张启光, 王年芳, 等. 临床骨科诊断与治疗 [M]. 天津: 天津科学技术出版社, 2011: 207.
- [8] 荆兆峰, 王万宗, 林庆波. 骨科诊疗与中医康复 [M]. 济南: 山东大学出版社, 2011: 85-89.
- [9] 陶磊. 切开复位内固定术对踝关节骨折脱位患者疗效及 SF-36 评分的影响 [J]. 中国当代医药, 2017, 24(16): 92-94, 123.
- [10] 陈惠雅. 个体化护理干预对踝关节骨折患者术后功能锻炼依从性疼痛程度以及恢复效果的作用 [J]. 山西医药杂志, 2020, 49(21): 3034-3036.
- [11] 朱祥萍, 吉辉, 雷德会. 舒筋活血汤联合功能锻炼用于踝关节骨折术后功能恢复的临床疗效 [J]. 中华中医药学刊, 2018, 36(7): 1704-1706.
- [12] 王阳, 叶松庆, 李永全. 中药熏蒸联合功能锻炼治疗踝关节骨折术后患者的临床研究 [J]. 中国中西医结合外科杂志, 2020, 26(6): 1083-1087.
- [13] 余王芬, 汤样华, 岳振双. 舒筋活血汤联合推拿按摩对老年踝关节骨折患者术后踝关节功能恢复的影响 [J]. 中华全科医学, 2020, 18(11): 1925-1928.
- [14] 王荣蕾, 周叶, 温鑫柱. 温针灸对跟骨关节内骨折内固定术后患者骨折愈合的疗效以及血清 IL-6、CRP、PCT 水平的影响 [J]. 辽宁中医杂志, 2021, 48(8): 205-208.
- [15] 田会, 郭慧巧, 曹云丽, 等. 中药熏蒸联合雷火灸促进膝关节周围骨折术后功能恢复疗效观察 [J]. 现代中西医结合杂志, 2019, 28(1): 23-26.

方面治疗,临床效果更佳^[5]。本研究旨在探讨枢经推拿联合针刺治疗神经根型颈椎病的疗效及其对患者中医证候积分、颈椎功能的影响,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2018年2月至2021年2月汕尾市人民医院收治的129例神经根型颈椎病患者,按随机数字表法将其分为针刺组、推拿组及联合组,每组43例。针刺组患者中男性21例,女性22例;年龄45~66岁,平均 (56.47 ± 2.48) 岁;病程2~5年,平均 (3.42 ± 0.86) 年;病情严重程度^[6]:轻度21例,中度15例,重度7例;单节段病变25例,双节段病变18例。推拿组患者中男性23例,女性20例;年龄45~65岁,平均 (56.52 ± 2.36) 岁;病程1~4年,平均 (3.32 ± 0.53) 年;病情严重程度:轻度19例,中度18例,重度6例;单节段病变23例,双节段病变20例。联合组患者中男性24例,女性19例;年龄44~67岁,平均 (56.58 ± 2.36) 岁;病程2~5年,平均 (3.52 ± 0.88) 年;病情严重程度:轻度23例,中度14例,重度6例;单节段病变28例,双节段病变15例。3组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),组间具有可比性。诊断标准:西医参考《颈椎病防治指南》^[7]中的相关诊断标准;中医参考《中医病证诊疗常规》^[8]中的相关诊断标准。纳入标准:符合上述诊断标准者;颈椎X线显示椎体增生,椎间孔变小者;近期未接受相关治疗者等。排除标准:伴有严重骨质疏松、椎体滑脱或椎管狭窄者;伴有严重肿瘤疾病或心脑血管疾病者;伴有严重肝、肾器官功能障碍者;病灶部位存在皮肤病或严重皮肤创伤者等。本研究经院内医学伦理委员会批准,所有患者均签署知情同意书。

1.2 治疗方法 3组患者均接受牵引、消炎镇痛等常规治疗,应用颈椎牵引机(安阳市翔宇医疗设备有限公司,型号:YZ-4)进行颈椎牵引治疗^[9]。针刺组患者在颈椎牵引后采用针刺疗法,具体操作如下:患者取俯卧位或挺直背背坐位,嘱患者处于放松状态,选择适宜型号一次性无菌毫针,常规皮肤消毒,取风池穴、颈夹脊穴、曲池穴、后溪穴、合谷穴、大椎等穴位针刺,平补平泻法,针刺得气后进行捻转,捻转角度为 180° ,每分钟捻转约100次,捻转完成后留针30 min,1次/d。推拿组患者在颈椎牵引后采用枢经推拿,具体操作如下:患者取俯卧位,先对患者颈部、上背部及肩部等位置进行滚法、揉法按摩,时间为5 min,对患者手少阳三焦经、手少阴心经循经按揉5 min。而后循经络用拇指使用按、点、揉法对中渚、阳池、外关、支沟、肩髃、翳风、极泉、少海、神门、大椎等穴位进行点穴,以酸胀为度,上述操作结束嘱患者采取仰卧位,将头部悬吊并旋转向左侧,相反方向拉伸

头部与肩部,使患者足少阳胆经拉伸30 s,之后对该经脉采用滚法按摩,再将患者头部转向右侧进行同一操作,最后嘱患者取坐位,对患者头部进行颈椎旋转板法按摩,30 min/次,1次/d。联合组患者在颈椎牵引后采用枢经推拿联合针刺疗法,先针灸、后推拿,方法同上述两组,3组患者均连续治疗4周。

1.3 观察指标 ①临床疗效。参照《颈椎病的中医药治疗与康复》^[10]对患者的临床疗效进行判定,治愈:疼痛、眩晕及麻木等临床症状、体征积分减少 $\geq 95\%$,X线检查显示颈椎曲度和椎间隙等恢复正常;显效:疼痛、眩晕及麻木等临床症状、体征积分减少70%~94%,X线检查显示颈椎曲度和椎间隙等较治疗前显著好转;有效:疼痛、眩晕及麻木等临床症状、体征积分减少30%~69%,X线检查显示颈椎曲度和椎间隙等较治疗前有所好转;无效:疼痛、眩晕及麻木等临床症状、体征积分减少 $<30\%$,X线检查显示颈椎曲度和椎间隙无改善。总有效率=(治愈+显效+有效)例数/总例数 $\times 100\%$ 。②治疗前后中医证候积分与颈椎功能障碍指数(NDI)评分。中医证候积分参照《颈椎病的中医药治疗与康复》^[10],主要包含头痛、颈项强痛、肢体麻木、眩晕、膝软、耳鸣、便秘7项,按照症状严重程度(无、轻、中、重)分别计为0、1、2、3分,总分21分;采用NDI^[11]评估患者的颈椎功能,共包含10个问题,从轻到重计0~5分,总分50分。③治疗前后疼痛情况。使用McGill疼痛询问量表(SF-MPQ)^[12]对患者的疼痛情况进行评价,该表共包含疼痛评级指数(PRI)、现有疼痛指数(PPI)及视觉模拟疼痛量表(VAS)3部分,PRI共有15项条目,按照无、轻、中、重分别计0、1、2、3分;PPI评分总分5分;VAS评分总分10分,分数越高表示患者疼痛程度越严重。④治疗前后颈部表面肌电信号。采用表面肌电分析反馈仪测定患者颈部表面肌电信号,于患者静止状态时开始记录患者表面肌电信号,监测15 s,截取中间的10 s作为实验数据,采用表面肌电信号分析软件处理数据,得到平均肌电值(AEMG)与中位频率(MF)。

1.4 统计学方法 采用SPSS 22.0统计软件进行数据分析,计数、计量资料分别以[例(%)]、 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,组间比较分别行 χ^2 、 t 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效 联合组患者临床总有效率显著高于针刺组与推拿组,差异均有统计学意义(均 $P<0.05$),针刺组与推拿组患者临床总有效率比较,差异无统计学意义($P>0.05$),见表1。

2.2 中医证候积分、NDI评分 与治疗前比,治疗后3组

表1 3组患者临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效
针刺组	43	6(13.95)	8(18.60)	14(32.56)	15(34.88)	28(65.12)
推拿组	43	5(11.63)	8(18.60)	17(39.53)	13(30.23)	30(69.77)
联合组	43	9(20.93)	12(27.91)	20(46.51)	2(4.65)	41(95.35) [#]
χ^2 值						12.770
P 值						<0.05

注：与针刺组比，^{*} $P<0.05$ ；与推拿组比，[#] $P<0.05$ 。

患者中医证候积分与 NDI 评分均显著降低，且联合组显著低于针刺组与推拿组，推拿组患者 NDI 评分显著低于针刺组，差异均有统计学意义（均 $P<0.05$ ），见表 2。

2.3 疼痛情况 与治疗前比，治疗后 3 组患者 PRI、PPI、VAS 评分均显著降低，且联合组显著低于针刺组与推拿组，推拿组显著低于针刺组，差异均有统计学意义（均 $P<0.05$ ），见表 3。

2.4 颈部表面肌电信号 与治疗前比，治疗后 3 组患者 AEMG 水平显著降低，且联合组显著低于针刺组与推拿

组；MF 水平均显著升高，且联合组显著高于针刺组与推拿组，推拿组显著高于针刺组，差异均有统计学意义（均 $P<0.05$ ），见表 4。

3 讨论

神经根型颈椎病的主要病因是关节增生刺激或压迫神经根、颈椎间盘突出等，使神经根出现炎症损伤。西医通过牵引、服用止痛药物等进行保守治疗，能够促进患者血液循环，并减轻疼痛，从而缓解患者的临床症状，但具有较高的复发率^[13]。在中医学理论中，神经根型颈椎病发病机制为久劳伤筋、外邪伤筋、筋脉失养，风寒入侵，使颈部气血不通、肌肉拘挛，长期可导致气滞血瘀、经络闭阻^[14]。

针刺通过针刺效应直接对患者颈部穴位进行刺激，减轻患者的神经根炎症和水肿，且可帮助肌群放松，缓解痉挛；同时针刺具有通经行气、调和阴阳及祛邪扶正等功效，可促进局部血液循环与降低血液黏度^[15]。枢经推拿通过机械刺激枢经来调节机体气血运行、调整脏腑功能同时刺激

表2 3组患者中医证候积分、NDI 评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	中医证候积分		NDI 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
针刺组	43	18.36 \pm 2.21	12.45 \pm 2.38 [△]	25.73 \pm 6.84	11.68 \pm 2.49 [△]
推拿组	43	18.48 \pm 2.08	11.86 \pm 2.28 [△]	26.12 \pm 7.05	10.05 \pm 2.66 ^{△*}
联合组	43	18.85 \pm 1.98	8.89 \pm 1.48 ^{△*}	26.38 \pm 7.37	7.54 \pm 2.25 ^{△*}
F 值		0.641	36.372	0.092	30.596
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注：与治疗前比，[△] $P<0.05$ ；与针刺组比，^{*} $P<0.05$ ；与推拿组比，[#] $P<0.05$ 。NDI：颈椎功能障碍指数。

表3 3组患者疼痛情况比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	PRI 评分		PPI 评分		VAS 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
针刺组	43	12.25 \pm 4.64	8.42 \pm 2.50 [△]	3.89 \pm 0.54	2.20 \pm 0.46 [△]	7.45 \pm 0.53	5.52 \pm 1.07 [△]
推拿组	43	12.68 \pm 4.88	6.82 \pm 2.41 ^{△*}	3.76 \pm 0.38	1.83 \pm 0.35 ^{△*}	7.32 \pm 0.61	4.25 \pm 1.86 ^{△*}
联合组	43	13.03 \pm 5.58	5.56 \pm 2.27 ^{△*}	3.73 \pm 0.47	1.35 \pm 0.28 ^{△*}	7.58 \pm 0.31	2.86 \pm 1.13 ^{△*}
F 值		0.257	15.399	1.420	56.802	2.910	38.825
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注：与治疗前比，[△] $P<0.05$ ；与针刺组比，^{*} $P<0.05$ ；与推拿组比，[#] $P<0.05$ 。PRI：疼痛评级指数；PPI：现有疼痛指数；VAS：视觉模拟疼痛量表。

表4 3组患者颈部表面肌电信号变化比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	AEMG(μ V)		MF(Hz)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
针刺组	43	4.10 \pm 1.20	2.76 \pm 1.25 [△]	54.36 \pm 8.41	71.25 \pm 9.58 [△]
推拿组	43	4.08 \pm 1.17	3.15 \pm 1.05 [△]	54.87 \pm 8.29	78.57 \pm 9.06 ^{△*}
联合组	43	4.06 \pm 1.22	2.05 \pm 0.78 ^{△*}	55.12 \pm 8.25	90.25 \pm 10.45 ^{△*}
F 值		0.012	12.257	0.093	41.852
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注：与治疗前比，[△] $P<0.05$ ；与针刺组比，^{*} $P<0.05$ ；与推拿组比，[#] $P<0.05$ 。AEMG：平均肌电值；MF：中位频率。

中枢深、浅的感觉,从而对神经通路上的神经元起到兴奋性刺激作用,改善患者神经功能损伤程度^[16]。田华卫等^[17]研究结果显示,针刺联合推拿治疗神经根型颈椎病疗效显著高于单一采用针刺疗法,且能够提高颈椎屈曲度,并减轻患者的疼痛。本研究结果显示,联合组患者临床总有效率显著高于针刺组与推拿组,治疗后联合组患者中医证候积分、颈椎功能障碍指数, PRI、PPI、VAS 评分均显著低于针刺组与推拿组,且推拿组患者 PRI、PPI、NDI、VAS 评分均显著低于针刺组,提示相较于枢经推拿和针刺单独使用,枢经推拿联合针刺治疗神经根型颈椎病可明显提高临床疗效,改善患者中医证候积分和颈椎功能,并缓解患者疼痛。

AEMG 与 MF 是反映颈肌功能的重要指标, AEMG 与肌纤维募集数量、参与活动的运动单位有关,其水平越高,表示存在越多的肌纤维募集,反映出肌肉处于紧张状态; MF 代表肌肉的疲劳程度,当肌肉处于疲劳状态时,其水平降低^[18]。现代医学生理解剖证实,夹脊穴从分布形式上看与神经节段关系极为密切,作用于夹脊穴不但可影响脊神经后支,还可涉及其前支,前支与交干相联系,能影响交感神经,大椎穴能振奋督脉之气,使阳气上达清窍以养神,布达四肢以养筋;大椎能调整椎动脉和臂丛神经,通过神经调节,促使椎间盘与增生组织恢复,消除局部炎症与水肿^[19]。针刺可刺激患者神经兴奋性,抑制交感神经活动,改善局部组织水肿与缺氧缺血,且可对椎间关节紊乱进行纠正。三阳之枢的手、足少阳经与三阴之枢的手、足少阴之经在机体内半表半里生理位置,对其进行推拿,可起到枢转人体气机的作用;另外推拿可通过减小椎间盘髓核的压力,从而改善神经压迫,达到缓解疼痛效果,加强颈椎的稳定性,同时可纠正颈椎小关节与颈椎体的位移^[20]。本研究结果显示,治疗后联合组患者 AEMG 水平显著低于针刺组与推拿组, MF 水平显著高于针刺组与推拿组,推拿组 MF 水平显著高于针刺组,提示枢经推拿联合针刺治疗神经根型颈椎病可解除颈部肌肉紧张,提高颈椎功能,促进患者预后恢复。

综上,枢经推拿联合针刺治疗神经根型颈椎病可明显提高其临床疗效,改善患者中医证候积分和颈椎功能,缓解患者疼痛,并解除颈部肌肉紧张,提高颈椎功能,疗效确切,建议临床进一步推广应用。

参考文献

- [1] 王雷,杨锋,陈坤.微创治疗神经根型颈椎病的中西医研究进展[J].中国中医急症,2020,29(11):2050-2053.
- [2] 黄小珍,栗胜勇,覃忠亮,等.电针治疗神经根型颈椎病机制的研究进展[J].辽宁中医杂志,2017,44(11):2458-2460.
- [3] 景福权,袁红丽,马晓丽,等.针刺结合火龙灸法治疗30例神经根型颈椎病的疗效观察[J].中国医科大学学报,2016,45(7):641-643,648.
- [4] 李华南,马菲,张玮,等.时相性辨证分期推拿疗法治疗气滞血瘀型神经根型颈椎病临床研究[J].中华中医药学刊,2017,35(4):939-942.
- [5] 王立华,马静,王爱丽.针灸疗法联合推拿治疗神经根型颈椎病的临床疗效观察[J].中国全科医学,2018,21(2):184-186.
- [6] 卢栋明,唐宏亮,王开龙,等.基于枢经理论治疗神经根型颈椎病的临床疗效观察[J].时珍国医国药,2019,30(3):625-627.
- [7] 李新建,景宽,许淑芬,等.颈椎病防治指南[M].北京:人民卫生出版社,2000:99.
- [8] 陈园桃.中医病证诊疗常规[M].南京:东南大学出版社,2008:406-407.
- [9] 黄昭.针刺配合颈椎牵引治疗神经根型颈椎病临床研究[J].现代中医药,2021,41(2):97-101.
- [10] 宋志靖.颈椎病的中医药治疗与康复[M].广州:中山大学出版社,2016:35.
- [11] 欣荷,刘国雄,匡桥贵,等.调筋骨手法联合前屈牵引与放血疗法治疗神经根型颈椎病的对比研究[J].中国中医急症,2021,30(10):1782-1785.
- [12] 王莹,沈卫东,王文礼,等.用简化 McGill 量表评定“项八针”对神经根型颈椎病疼痛的影响[J].针灸临床杂志,2014,30(1):7-10.
- [13] 郭现辉,潘富伟,李沛.基于平乐正骨筋骨平衡理论探析神经根型颈椎病的防治思路[J].中华中医药杂志,2018,33(10):4529-4532.
- [14] 赵冀伟.痹祺胶囊配合针刺治疗神经根型颈椎病临床观察[J].中华中医药杂志,2017,32(1):350-352.
- [15] 曾彦.艾灸联合苍龟探穴针刺对神经根型颈椎病患者临床疗效研究[J].陕西中医,2016,37(4):484-485.
- [16] 王昊,左伟斌,张慧,等.推拿对慢性神经根型颈椎病疼痛相关脑区的影响[J].中国中医基础医学杂志,2017,23(6):854-857,860.
- [17] 田华卫,熊春梅,党腾飞.毫火针结合正骨推拿治疗神经根型颈椎病近远期疗效分析[J].临床和实验医学杂志,2018,17(12):1311-1315.
- [18] 徐筱潇,王楚怀.非手术脊柱减压牵引对神经根型颈椎病患者颈部肌肉表面肌电信号的影响[J].华中科技大学学报(医学版),2017,46(3):336-340.
- [19] 唐雨,李晓屏,张靖哲.中医辨证推拿法联合针刺对神经根型颈椎病的干预效果[J].四川中医,2019,37(5):187-190.
- [20] 牛琳,王双双.针灸联合腹部推拿治疗气滞血瘀型椎动脉型颈椎病的疗效分析[J].中华中医药学刊,2020,38(6):236-239.