

[7] 孔令锋,王铁军,郭汉文,等.骨折挫伤胶囊质量评价[J].药学研究,2020,39(8):449-453.

[8] 胥少汀.实用骨科学[M].4版.北京:人民军医出版社,2012:228-231.

[9] 王和鸣.中医骨伤科学[M].北京:中国中医药出版社,2017:289-290.

[10] 中国中西医结合学会骨伤科分会.外踝韧带损伤的中西医结合治疗专家共识[J].中华骨科杂志,2019,39(11):653-659.

[11] 中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002:342-346.

[12] 齐秀春,孙楠,郭喜钦,等.梔黄止痛散治疗急性踝关节扭伤的疗效及对损伤韧带形态学的影响[J].南京中医药大学学报,2021,37(3):360-365.

[13] 齐秀春,孙楠,郭喜钦,等.梔黄止痛散治疗急性踝关节扭伤患者的临床效果观察[J].中药药理与临床,2022,38(1):180-184.

[14] 苏燕娜.巨刺大陵穴结合冲击波治疗跟痛症疗效观察[J].广西中医药,2022,45(2):38-41.

[15] 黄义专.针刺小节穴、大陵穴配合运动治疗急性踝关节扭伤[J].四川医学,2015,36(5):684-686.

[16] 涂国卿,邹来勇,曹耀兴,等.大陵穴对大鼠踝部损伤成纤维细胞修复的影响[J].中国中医药现代远程教育,2018,16(15):92-94.

[17] 涂国卿,邹来勇,曹耀兴,等.针刺大陵穴对大鼠踝部软组织损伤血液流变的影响[J].中国中医药现代远程教育,2018,16(13):95-97.

[18] 袁士鑫,周艳丽,高凯,等.针刺养老穴治疗急性踝关节扭伤案[J].中国民间疗法,2020,28(10):94-95.

[19] 姜海伦,李志道,杨俊涛,等.李志道教授临床使用鱼际穴(LU10)经验谈[J].天津中医药大学学报,2021,40(5):553-555.

[20] 哈瑞雯,周海燕,詹志来,等.乳香化学成分、药理作用研究进展及质量标志物的预测分析[J].中华中医药学刊,2021,39(11):94-107.

[21] 张昊东,窦红莉,叶梦怡.没药药性与功效应用的本草文献研究[J].山西中医,2020,36(3):49-50,57.

[22] 张开弦,姚秋阳,吴发明,等.大黄属药用植物化学成分及药理作用研究进展[J].中国新药杂志,2022,31(6):555-566.

[23] 王佐梅,肖洪彬,李雪莹,等.中药红花的药理作用及临床应用研究进展[J].中华中医药杂志,2021,36(11):6608-6611.

[24] 黄丹,何秀珍,杨旭欢,等.高频超声分层诊断踝关节外侧副韧带3种损伤类型的价值:前瞻性,单中心,诊断性试验方案及预试验结果[J].中国组织工程研究,2018,22(23):3681-3686.

[25] 吴素丹,黄春霞,李丹.超短波联合中频电治疗急性踝关节扭伤的疗效及对患者炎症细胞因子水平的影响[J].海南医学,2022,33(8):980-983.

(收稿日期为 2023-2-28)

整脊手法联合塞来昔布在急性期神经根型颈椎病治疗中的应用

王 旭 高群兴 李冠彦

(广东省佛山市中医院,广东 佛山 528000)

中图分类号:R681.5*5 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2023)10-1778-04

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2023.10.020

【摘要】 目的 观察整脊手法联合塞来昔布在急性期神经根型颈椎病(CSR)治疗中的临床效果。方法 选取80例急性期CSR患者,采用随机数字表法分为对照组与研究组各40例,均接受常规牵引治疗,对照组给予塞来昔布治疗,研究组给予整脊手法联合塞来昔布治疗,比较两组治疗效果及影像学检查指标。结果 治疗2周后两组中医证候积分均下降($P < 0.05$);且研究组治疗后各证候积分均低于对照组($P < 0.01$);研究组临床总有效率为92.50%,高于对照组的75.00%($P < 0.05$);治疗后两组的NDI评分均呈下降趋势,且治疗第1周、治疗结束及结束后1周研究组NDI评分均低于对照组($P < 0.01$);治疗结束两组双侧椎动脉血流速度及血流量均增大($P < 0.05$);且研究组明显高于对照组($P < 0.01$)。结论 整脊手法联合塞来昔布可明显改善急性期CSR体征和中医证候,促进颈椎功能恢复,提升临床疗效,并能显著改善椎动脉血流速度,疗效确切。

【关键词】 神经根型颈椎病 急性期 整脊手法 塞来昔布

神经根型颈椎病(CSR)是一种因颈椎间盘退变、颈椎骨刺增生、韧带增厚、错位等椎间关节病变刺激或压迫神经根而引发的临床综合征,其在人群中发病率较高,约占颈椎病发病的60%以上,高

发于中老年人群,但近年来已呈现年轻化趋势,对个人工作状况和生活质量造成严重影响^[1-2]。CSR发病机制较为复杂,其中机械压迫学说被学者普遍认同,指南中也将牵引治疗作为CSR的I级推荐治疗

方法^[3]。颈椎牵引治疗能扩大颈椎椎体间间隙,减轻责任椎间盘对神经根的刺激和压迫,成为CSR治疗的常规方法^[4]。塞来昔布具有良好的镇痛作用,可显著改善CSR急性期疼痛,减轻炎症反应,但停药后症状易反复^[5]。近年来,中医疗法在CSR保守治疗中展现了较大的优势^[6],整脊手法是以中医整体观念、筋骨并治理念为指导,并结合颈椎生物力学、神经根型颈椎病发病特点而形成的独特推拿方法。本院骨五科应用整脊手法治疗CSR已有十余年经验,在传统整脊手法的同时对其进行了创新改良,取得了较好的临床效果。本研究通过选取80例急性期CSR患者为研究对象,观察整脊手法联合塞来昔布在急性期CSR治疗中的临床疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 纳入标准:西医诊断符合《颈椎病的分型、诊断及非手术治疗专家共识》^[7],中医诊断符合《中医骨伤科常见病诊疗指南》^[8]中寒湿痹、肝肾亏虚辨证标准;入组前1个月内未接受手法治疗或同类药物治疗;生命体征平稳,治疗依从性良好;签署知情同意书。排除标准:有颈部外伤史或手术史者;颈椎畸形、肿瘤、结核及感染者;锁骨下动脉缺血综合征、神经功能缺损者;颈部皮肤皮损等手法治疗禁忌证者;妊娠期或哺乳期妇女。

1.2 临床资料 2021年3月至2022年3月收治于佛山市中医院的80例急性期CSR患者,根据患者入组顺序编号后采用随机数字表法分为两组。对照组40例,男性26例,女性14例;年龄26~68岁,平均(46.38±6.14)岁;急性病程1~3 d,平均(1.95±0.42) d;其中单节段病变21例,双节段病变13例,三节段病变6例。研究组40例,男性25例,女性15例;年龄24~68岁,平均(46.51±6.09)岁;急性病程1~3 d,平均(2.04±0.37) d;其中单节段病变20例,双节段病变14例,三节段病变6例。两组临床资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。本研究经医院伦理委员会批准。

1.3 治疗方法 两组均给予牵引治疗、健康教育及功能锻炼指导,其中牵引治疗采用坐位牵引治疗:取坐位,嘱患者放松,固定枕颌带,调整牵引角度使头部略前倾11~20°,牵引砝码初始配重为3~6 kg,每2天增加1 kg,至症状改善后,维持此质量。每次牵引15 min,每周6次,连续牵引2周。对照组患者给予塞来昔布胶囊(江苏恒瑞医药股份有限公司,国药准字H20193349)口服,每次200 mg,每日1次。研究组患者在对照组基础上联合整脊手法治疗,具体操作如下。1)病灶定位:患者取坐位,询问其疼痛麻木部位,定位病变神经,然后术者双手四指沿患者颈椎横突自上而下触摸检查关节突,找错位关节,并结合X线片检查影像

定位错位节段。2)松筋:嘱患者颈部自然放松,术者站于其后,采用指端一指禅推法循督脉、手三阳经筋、足太阳经筋、足少阳经筋走向反复松解颈部肌肉,并针对患侧筋结点(触感呈圆形、条索样或颗粒状)采用弹拨法重点松解,同时根据上肢疼痛麻木确定所属经筋,使用揉法、揉法循经筋走向反复松解上肢和肩部肌肉,力度以患者耐受为宜,时间为10 min。3)整脊:(1)先取坐位,术者站于其后,再结合症状、触诊及X线片确定颈椎棘突旋转错位情况,使用与棘突偏歪同侧手拇指抵住错位颈椎骨偏凸棘突,以另一手掌抵住棘突偏歪对侧的颈根部向棘突偏歪侧推挤,并用力向上旋转托起,使其向棘突偏歪侧侧屈5~10°;颈部肌肉放松片刻,再突发寸劲使棘突偏歪侧侧屈3~5°,同时另一侧拇指抵住错位颈椎棘突向中线推按,闻“咯”声即为复位成功。(2)再取侧卧位,使棘突偏歪侧向上,术者立于其后,一侧拇指抵住上一节段颈椎同侧下关节突,另一侧拇指抵住错位棘突,双侧拇指呈交叉垂直状,然后分别推按关节突向前、棘突向下,使错位节段颈椎旋转约5°,颈部肌肉放松片刻,再突发寸劲使错位节段颈椎旋转增大约3°,即完成整复。(3)再改为仰卧位,术者站于头端,左右手重叠置于C₃₋₄椎体下方,稍用力将颈部托起使其呈15°,然后术者身体向后倾斜,带动双手协调用力纵向拉伸,持续30 s左右,反复3~4遍,术后患者多感颈部明显轻松,甚至整个脊柱通畅感。每次25~30 min,每日1次,每周5次,连续治疗2周后评估疗效。

1.4 观察指标 1)中医证候积分:参考《中医病证诊断疗效标准》^[9]量化评估治疗前后中医症状及体征,包括眩晕、颈项疼痛、颈项活动受限、肢体麻木等主症,以及心悸、失眠、耳鸣、畏寒肢冷等次症,主症严重程度按无、轻、中、重分别记为0、2、4、6分,次症严重程度按无、轻、中、重分别记为0、1、2、3分。2)颈椎功能障碍指数(NDI)^[10]:分别于治疗前、治疗第1周、治疗结束、结束后1周、结束后1个月采用NDI量表评估患者颈椎功能障碍程度,该量表主要包括疼痛强度、个人护理、抬物等10个条目,每项0~5分,分值越高表明功能障碍越重。3)血流动力学:于治疗前和治疗结束使用经颅多普勒超声诊断仪(德国西门子Acuson Oxana1型DWL)测定颅脑血流动力学指标,经枕窗、颞窗分别探测双侧椎动脉血流速度及血流量。

1.5 疗效标准^[11] 痊愈:临床症状及体征完全消失,X线颈椎曲度恢复正常,颈项活动正常,中医证候总积分下降幅度≥95%。显效:临床症状及体征明显改善,X线颈椎曲度接近正常,颈项活动轻度受限,50%≤中医证候总积分降幅<95%。有效:临床症状及体征有所好转,X线颈椎曲度仍异常但有所改善,颈项活动受限,20%≤中医证候总积分降幅<50%。无效:未达到上述

标准,甚至恶化,中医证候总积分降幅<20%。总有效率=(痊愈数+显效数+有效数)÷总病例数×100%。

1.6 统计学处理 应用SPSS20.00统计软件。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,比较采用独立样本t检验或配对t检验,NDI评分比较采用重复测量方差分析,计数资料以“n、%”表示,用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后中医证候积分比较 见表1。治疗后两组中医证候积分均下降($P<0.05$),研究组治疗后各证候积分均低于对照组($P<0.01$)。

表1 两组治疗前后中医证候积分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	眩晕	颈项疼痛	颈项活动受限	肢体麻木	心悸	失眠	畏寒肢冷
研究组 (n=40)	治疗前	4.23±0.62	4.56±0.60	4.42±0.69	3.96±0.65	1.65±0.53	1.21±0.26	2.51±0.45
	治疗后	1.63±0.35 [△]	1.50±0.26 [△]	1.46±0.26 [△]	1.35±0.31 [△]	1.06±0.22 [△]	0.57±0.18 [△]	0.57±0.18 [△]
对照组 (n=40)	治疗前	4.21±0.61	4.53±0.62	4.37±0.71	3.87±0.63	1.63±0.48	1.20±0.28	2.46±0.46
	治疗后	2.41±0.44 [*]	2.23±0.43 [*]	2.33±0.38 [*]	2.01±0.55 [*]	1.28±0.32 [*]	0.86±0.22 [*]	1.15±0.26 [*]

注:与本组治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与对照组治疗后比较,[△] $P<0.01$ 。下同。

2.2 两组治疗前后NDI评分比较 见表2。治疗后两组的NDI评分均呈下降趋势,且治疗第1周、治疗结束及结束后1周研究组NDI评分均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.01$)。

表2 两组治疗前后NDI评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	n	治疗前	治疗第1周	治疗结束	结束后1周
研究组	40	44.06±8.25	23.05±6.11 ^{*△}	16.03±4.18 ^{*△}	14.16±5.74 ^{*△}
对照组	40	43.57±8.31	30.68±7.25 [*]	24.51±6.37 [*]	20.35±6.21 [*]

2.3 两组治疗前后血流动力学指标比较 见表3。治疗结束两组双侧椎动脉血流速度及血流量均增大($P<0.05$);且研究组两项指标明显高于对照组($P<0.01$)。

表3 两组治疗前后血流动力学指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	左椎动脉		右椎动脉	
		血流速度(cm/s)	血流量(mL/min)	血流速度(cm/s)	血流量(mL/min)
研究组 (n=40)	治疗前	14.17±2.14	60.09±5.14	13.98±1.13	62.06±6.39
	治疗后	17.86±1.13 [△]	85.19±6.29 [△]	17.52±1.45 [△]	93.96±7.5 [△]
对照组 (n=40)	治疗前	14.25±2.25	61.13±5.10	14.01±1.10	62.10±6.43
	治疗后	16.25±1.67 [*]	77.08±6.38 [*]	16.19±1.27 [*]	82.05±7.8 [*]

2.4 两组临床疗效比较 见表4。研究组临床总有效率高于对照组($P<0.05$)。

3 讨论

颈椎病在中国人群中发病率为13.76%,CSR为最常见类型^[12]。CSR一般起病缓慢,多表现颈肩部及上

表4 两组临床疗效比较(n)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效(%)
研究组	40	8	22	7	3	37(92.50) [△]
对照组	40	3	16	11	10	30(75.00)

注:与对照组比较,[△] $P<0.05$ 。

肢放射性疼痛、手指麻木、上肢感觉异常、活动受限等症状,但急性期疼痛加剧,颈项部功能活动受限明显,对治疗方法疗效要求较高^[13]。塞来昔布是治疗CSR的常用药物,其具有良好的抗炎镇痛作用,但停药后易复发,单纯应用治疗效果存在一定局限性。究其原因可能与CSR的复杂病理机制有关。现代医学认为CSR的发病与颈椎生物力学失衡、神经根物理压迫、化学性神经根性炎症、先天性免疫反应等多种病因有关,且各种病因间相互联系、相互影响^[14-15]。因此,关注颈椎整体的结构与功能恢复可能是CSR治疗的关键。而整脊手法即基于整体观念和筋骨并治理念,融合现代康复技术的中医特色疗法。

中医学中虽未提及CSR病名,但在《灵枢经·经脉》《足臂十一脉灸经》及《证治准绳》等中医古籍中均对CSR相关症状有详细记载,如“项脊强,肩肘臂痛”,并将其归于“项痛”“骨痹”等范畴。早在《灵枢经·经筋》中提到经筋聚集经脉之气,合于筋肉关节,并与经脉相伴行,其起于四肢末端,合于筋肉关节,止于头身。外邪入侵、气血虚弱、长期劳损等原因会导致经筋失养,形成筋结点,不通则痛,则出现颈部疼痛、活动受限症状^[16]。整脊疗法强调“筋骨并治”,通过按、揉、点、揉等手法疏通局部病变经络筋脉,复位错位颈椎体,从而达到缓解肌肉软组织的粘连与恢复颈椎静力平衡的双重效果。本科室在应用整脊手法治疗CSR中积累了丰富的经验,并在传承与不断实践中,对整脊手法进行了改良,整脊治疗前通过问诊、触诊、判读X线片3步精准定位错位颈椎节段,在整脊治疗中又融合松筋手法、颈椎微调与仰卧拔伸法,其中经筋手法以“经筋”为理论依据,重点循查经筋颈项部的手三阳经筋、足太阳经筋、足少阳经筋,通过弹拨法重点疏通各筋结点,使上述经络病态得到改善,从而改善上肢疼痛、麻木症状^[17];同时反复松解上肢和肩部肌群,能初步缓解后纵韧带、黄韧带等筋挛紧张,调节肌肉的动力性平衡,并能降低椎间盘内压力,整复紊乱小关节,起到筋顺骨合、气血通畅的效果^[18]。然后通过坐位及侧卧位颈椎微调手法纠正颈椎生物力学失衡,手法治疗中聚焦偏歪棘突部位,应用杠杆原理集中力量复位偏歪棘突,纠正病变椎间隙与椎间孔的位置,恢复嵌顿的滑囊以及错位的小关节,促使颈椎生理曲度恢复,从而减轻椎体错位对神经根、周围软组织及交感神经等的压迫作用,最终使患者疼痛、麻

木及功能障碍症状得以减轻^[19]。最后,本研究还应用仰卧位拔伸法对关节周围韧带关节囊形成紧张性张力,调整小关节位置,纠正椎体错缝、滑膜嵌顿^[20],且手法施治时力量集中于CSR高发的责任椎体C₃₋₄之间,相较于牵引治疗更符合CSR发病特点,精准性和安全性更高。

本次研究结果显示,研究组治疗后各中医证候积分显著下降,且降幅均大于对照组,研究组临床总有效率为92.50%,疗效明显优于对照组。治疗第1周、治疗结束及结束后1周研究组NDI评分均低于对照组,两组NDI评分在组间、时点间及交互差异均有统计学意义,这提示整脊手法联合塞来昔布可快速缓解CSR疼痛、肢体麻木等症状,促进颈椎功能恢复,控制急性期CSR病情,效果显著。此外,本研究通过血流动力学指标监测发现,治疗结束两组双侧椎动脉血流速度及血流量均增大;但治疗后研究组明显高于对照组。这表明整脊手法联合塞来昔布能扩张患者椎动脉管径,重建颈椎生物力学平衡,改善椎体动脉血液循环,提高血流量。但由于时间、经费等客观条件限制,本研究仅观察了近期疗效,且部分评价指标可能存在个体主观感知差异,后期笔者将持续纳入CSR病例,并延长疗效观察周期,并进一步完善影像学检查、实验室指标等评价指标,为整脊手法联合塞来昔布治疗CSR提供更客观的临床依据。

综上所述,整脊手法联合塞来昔布可明显改善急性期CSR体征和中医证候,促进颈椎功能恢复,提升临床疗效,并能显著改善椎动脉血流速度,疗效确切。

参 考 文 献

- [1] KUSHWAHA A, SINGH K, RAJORIA K. Ayurvedic management of cervical spondylosis radiculopathy [J]. *Int J Health Allied Sci*, 2018, 7(2): 104-109.
- [2] 刘大千, 刘京松, 王晓宇, 等. 颈椎后纵韧带骨化症治疗策略研究进展[J]. *中国脊柱脊髓杂志*, 2020, 30(3): 270-277.
- [3] 章薇, 李金香, 娄必丹, 等. 中医康复临床实践指南·项痹(颈椎病)[J]. *康复学报*, 2020, 30(5): 337-342.
- [4] SHARMA S, SHAKYA H, SHARMA N. The efficacy of mechanical cervical traction for cervical spondylosis patients[J]. *Int J Med Eng Inf*, 2020, 12(6): 591.
- [5] 项勇, 张浩, 曲晨, 等. 塞来昔布联合颈神经根阻滞对中老年神经根型颈椎病急性加重期患者临床疗效及血清炎症因子影响[J]. *临床军医杂志*, 2020, 48(6): 706-707, 710.
- [6] 魏戌, 王旭, 孙凯, 等. 中医手法治疗颈椎病的研究现状与展望[J]. *中华中医药杂志*, 2020, 35(10): 4781-4784.
- [7] 中华外科杂志编辑部. 颈椎病的分型、诊断及非手术治疗专家共识(2018)[J]. *中华外科杂志*, 2018, 56(6): 401-402.
- [8] 中华中医药学会. 中医骨伤科常见病诊疗指南[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 434-138.
- [9] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准: ZY/T001.1-94[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 182-185.
- [10] VERNON H, MIOR S. The Neck Disability Index: a study of reliability and validity [J]. *J Manipulative Physiol Ther*, 1991, 14(7): 409-415.
- [11] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则(试行)[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 346-349.
- [12] LÜ Y, WEI T, D CHEN, et al. The prevalence and associated factors of symptomatic cervical Spondylosis in Chinese adults: A community-based cross-sectional study [J]. *MC Musculoskelet Disord*, 2018, 19(1): 325.
- [13] 林纯瑾, 邹丽芬, 骆雍阳, 等. 独活寄生汤加减联合塞来昔布对急性期神经根型颈椎病患者的临床疗效[J]. *中成药*, 2021, 43(12): 3552-3555.
- [14] 张明才, 石印玉, 陈东煜, 等. 神经根型颈椎病患者颈神经根压迫性刺激因素的研究[J]. *上海中医药杂志*, 2021, 55(1): 52-56.
- [15] 李正言, 王宽, 邓真, 等. 颈部手法治疗神经根型颈椎病机制研究[J]. *吉林中医药*, 2017, 37(12): 1283-1285.
- [16] 朱海军, 华海燕. 基于“筋骨并重”探讨针药并用、理筋整复手法治疗神经根型颈椎病(气滞血瘀证)的效果及机制[J]. *中国中西医结合外科杂志*, 2021, 27(4): 621-626.
- [17] 权祯, 张晓刚, 秦大平, 等. 基于中医“筋-经-骨”一体观探讨调筋正脊法治疗颈型颈椎病急性期的机制及治疗思考[J]. *辽宁中医杂志*, 2020, 47(12): 77-80.
- [18] 郭新年, 口锁堂. 穴位深刺合整脊手法推拿治疗神经根型颈椎病疗效观察[J]. *中国中医急症*, 2020, 29(1): 121-123.
- [19] 张小英, 安军明, 谢伟. 针刺配合整脊疗法治疗神经根型颈椎病疗效观察[J]. *现代中西医结合杂志*, 2018, 27(28): 3150-3153.
- [20] 潘钦关, 马必委, 卢兴温. 仰卧拔伸手法联合微针刀治疗颈型颈椎病对患者症状改善及临床疗效分析[J]. *中国全科医学*, 2020, 23(S1): 216-218.

(收稿日期 2022-06-07)