

无效: 主要症状、体征无改善, 不能工作。

**3.2 治疗结果** 本组 19例, 最少治疗 5次, 最多治疗 20次, 均隔日 1次, 一般在 10次左右。随访 3~6个月, 按上述标准评定, 痊愈 9例, 显效 6例, 好转 2例, 无效 2例, 总有效率 89.47%。

#### 4 讨论

腰椎间盘突出症手术后症状多立即改善或消失, 随着脊柱活动增加, 椎间隙相应反复受到挤压, 并且手术时将髓核摘除等影响椎间关节失衡, 在上述两因素相互作用下手术节段的残留髓核及其上下节椎间盘仍可发生膨突。我们认为该病的关键主要是椎间关节的结构发生改变, 持续到其本身不能代偿时就会出现临床症状。手法重在矫正脊柱结构, 恢复人体正常的生理形态。本病在急性发作时可引起神经根等组织的充血水肿反应, 用甘露醇加地塞米松使其充血水肿反应迅速消退, 症状缓解, 以便能接受本法治疗。骨盆牵引加中药熏蒸主要增宽椎间隙, 结合活血通络等药物热熏, 使皮温升高, 血管扩张, 药物和热能渗透到筋肌骨间、直达病所, 使血液和淋巴的循环加快, 加速病变组织的代谢和修复。

松肌法重在放松肌肉。分离神经根粘连法, 当直腿抬高至 90°时, L<sub>4</sub>神经根可在椎管内移动 3~5mm, 足背屈时可使坐骨神经在强力紧张状态下提高其兴奋性<sup>[2]</sup>, 同时可松解软组织和神经根的粘连。骨盆旋转整脊法可使腰椎产生旋转扭转, 椎间后关节重新排列, 使突出组织与神经根的位置发生改变, 减轻或解除对神经根刺激或压迫<sup>[1]</sup>。后伸压腰法使腰部

向后过伸, 其椎间隙后窄前宽, 间盘位移, 并可恢复腰椎正常的曲度。双腰痛者多因椎间盘突向椎管中央, 为避免损伤马尾神经, 所以腰后伸幅度应减小并左右均操作。纠正脊柱侧弯手法可迫使腰椎极度侧曲, 侧曲侧椎间隙变窄, 对侧增宽, 自然挤压了相应的椎间盘。充分活动椎间关节, 改变移动突出物的位置, 矫正脊柱畸形, 同时也可解除肌痉挛。

临床见到有些患者突出物大而症状轻, 有些患者突出物小而症状重, 有些患者突出而无根性症状。影像学所示突出髓核的类型、空间占位大小以及神经根受压程度并不一致<sup>[3]</sup>。从实践中观察到, 只要恢复腰椎生理结构, 其结果就扩大了神经根管容积<sup>[4]</sup>, 神经根可免受刺激或压迫。双下肢直腿抬高相等, 肌痉挛解除, 两侧腰臀肌肉对称, 脊柱内外平衡一致, 腰腿痛症多能治愈。卧板床、腰垫枕、背伸肌锻炼可恢复腰曲度, 增强肌力, 稳定脊柱, 抬腿和屈膝屈髋踢腿锻炼可防止粘连, 平衡肌力。

#### 参考文献

- 1 陈伟仁. 麻醉加封闭后推拿治疗腰椎间盘突出症. 中国骨伤, 2000, 13(5): 295.
- 2 金辽沙, 王坤正, 陈君长, 等. 非手术疗法治疗腰椎间盘突出症临床研究. 中国骨伤, 1996, 9(4): 3-5.
- 3 黄仕荣, 石印玉. 无症状腰椎间盘突出再认识. 中国骨伤, 2005, 18(7): 416-419.
- 4 李智, 李静. 推拿治疗腰椎间盘突出症机制研究进展. 中国骨伤, 2005, 18(1): 62-63.

(收稿日期: 2006-11-14 本文编辑: 连智华)

## 理脊通脉配合改良整复手法治疗神经根型颈椎病临床疗效观察

刘志坤, 睦承志, 吴竹涵, 林国文, 柯继敏

(厦门中医院骨一科, 福建 厦门 361001)

关键词 颈椎病; 正骨手法; 中医疗法

**Treatment of cervical spondylitic radiculopathy with vertebral adjusting and promotion of blood circulation coordination in proved reduction manipulation** LIU Zhi-kun, SUI Cheng-zhi, WU Zhu-han, LN Guo-wen, KE Ji-m in. The TCM Hospital of Xiamen, Xiamen 361001, Fujian, China

**Key words** Cervical spondylitis Bone setting manipulation TCM therapy

Zhongguo Gushang/China J Orthop & Trauma 2007, 20(8): 571-572 www.zggssz.com

自 2002年 6月至 2005年 11月, 我们以理脊通脉手法配合改良卧位旋转整复手法治疗神经根型颈椎病 40例, 并设对照组进行观察, 获得满意疗效, 现报告如下。

#### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 本组 78例, 男 40例, 女 38例; 年龄 28~65岁, 平均 44.5岁; 均有长期伏案史, 其中 16例有颈部损伤史。所有病例以治疗先后为序号, 查随机数字表, 将其分为治疗组与对照组。治疗组 40例, 男 22例, 女 18例; 年龄 28~65岁, 平均 46.5岁; 病程 4d~6年, 平均 2.5年。对照组 38例, 男 18例, 女 20例; 年龄 30~60岁, 平均 43.3岁; 病程

15d~8年, 平均 3年。两组病例性别、年龄、病程及术前症状、体征评分经  $\chi^2$  或  $t$  检验 ( $P > 0.05$ ), 差异无显著性统计学意义, 均有可比性。

**1.2 诊断标准** 根据神经根型颈椎病的诊断标准<sup>[1]</sup>, 结合病史、体检、颈部 X 线摄片进行诊断, 排除强直性脊柱炎、颈部畸形、肿瘤、结核、胸廓出口综合征、腕管综合征等非神经根型颈椎病患者。

#### 1.3 治疗方法

**1.3.1 治疗组** 先予理脊通脉手法: 患者取俯卧位, 胸部垫枕, 双手置于额头, 术者按以下顺序操作: ①按揉, 应用掌揉、指揉手法及 法松解颈、肩、背部的肌肉。②牵引, 双手稳住头部平行牵引, 力量 5~7kg, 间断操作 3次, 每次 30min。

表 1 治疗前后各症状、体征平均积分比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

观察指标	治疗组		对照组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
颈肩部疼痛与不适	1.15 ± 0.97	2.24 ± 0.86 <sup>△</sup>	1.32 ± 0.95	2.01 ± 0.89
上肢疼痛与麻木	1.02 ± 1.08	1.64 ± 0.95 <sup>△</sup>	1.15 ± 1.05	1.71 ± 1.09
手指疼痛与麻木	1.31 ± 1.12	2.13 ± 0.87 <sup>△</sup>	1.46 ± 1.08	1.78 ± 1.20
椎间孔挤压试验	1.32 ± 0.95	2.46 ± 0.54 <sup>△</sup>	1.25 ± 0.98	2.10 ± 0.86
感觉	1.62 ± 0.72	1.89 ± 0.45 <sup>▽</sup>	1.76 ± 0.47	1.92 ± 0.35
肌力	1.83 ± 0.69	2.00 ± 0.56 <sup>▽</sup>	1.68 ± 0.45	1.84 ± 0.25

注:与治疗前比较,\* $P < 0.05$ ,<sup>△</sup> $P < 0.01$ ;治疗后组间比较,<sup>▽</sup> $P < 0.05$ ,<sup>▲</sup> $P < 0.01$

③点穴,点按风池、风府、大椎、天柱及颈、胸夹脊穴等。④夹脊,以双手小鱼际夹捏下颈部,反复5次,以透热、透红为度。⑤理脊,以双拇指对颈、胸椎进行推拿,用大鱼际推揉肩胛和双肩,并对痉挛的肌肉进行弹拨,反复5次,以透热、透红为度。⑥重复①的方法再次松懈颈肩背肌肉,再予改良旋转整复手法。患者取仰卧位,术者先立于患者左侧,以右手从右侧托起患者颈部,以左手拇指压住病变节段棘突部位,其余4指张开顶于患者左侧下颈部,掌根紧贴于下颈部,左右手一上一下形成抱球状动作,双手顺势旋转颈椎至颈部紧张感,左手掌根稍发瞬劲,即可有一系列“咔嚓”响声,同样方法整复右侧。本手法隔日1次,每周3次,4周为1个疗程。

1.3.2 对照组 采用坐位布托带颈椎牵引,患者取坐位,头部前屈位10°左右,布托带连接滑轮牵引器行颈椎牵引,牵引时间30min,牵引重量3~5kg,隔日牵引1次,每周3次,4周为1个疗程。

1.4 疗效评价标准 按国家中医药管理局发布的中医病证诊断疗效标准<sup>[2]</sup>,结合姜宏等的神经根型颈椎病疗效标准<sup>[3]</sup>进行症状体征评分和疗效评价:①颈肩部的疼痛与不适:a没有,3分;b时有,2分;c常有或有时严重,1分;d常很严重,0分;②上肢疼痛与麻木:a没有,3分;b时有,2分;c常有或有时严重,1分;d常很严重,0分;③手指疼痛与麻木:a没有,3分;b时有,2分;c常有或有时严重,1分;d常很严重,0分;④Spurling试验(椎间孔挤压试验):a阴性,3分;b有颈肩疼痛而无颈椎运动受限,2分;c有上肢、手指疼痛而无颈椎运动受限或既有颈肩疼痛又有颈椎运动受限,1分;d既有上肢、手指疼痛,又有颈椎运动受限,0分;⑤感觉:a正常,3分;b轻度障碍,2分;c明显障碍,1分;⑥肌力:a正常(肌力V级),3分;b轻度减退,轻度减弱(肌力IV级),2分;c明显减退(肌力0~III级),1分;症状和体征总积分18分。总疗效标准:痊愈,原有症状与阳性体征消失或基本消失,治疗后总积分值>14分;有效,原有症状和阳性体征明显好转,治疗后总积分值9~14分;无效,原有症状和阳性体征改善不明显,治疗后总积分值<9分。

1.5 统计学处理 统计分析采用SPSS 11.0统计软件进行计算机处理,计量资料采用 $t$ 检验,计数资料采用 $\chi^2$ 检验,等级资料用Ridit分析。

## 2 结果

2.1 治疗前后症状体征总积分比较 两组治疗结束后,治疗组与对照组症状体征积分比较,经 $t$ 检验分析( $P < 0.05$ , $P < 0.01$ ),差异有显著性统计学意义,说明治疗组治疗后的症状

体征改善明显,结果见表1。

2.2 两组疗效比较 两组全部病例于4周后治疗结束,按上述标准评定疗效,结果见表2,两组比较差异有显著性统计学意义( $P < 0.05$ )。

表 2 4周后两组疗效结果(例)

组别	痊愈	有效	无效	合计
治疗组	28	10	2	40
对照组	11	21	6	38

## 3 讨论

临床观察表明理脊通脉手法<sup>[4]</sup>从中医角度及现代医学机制出发通过序贯手法放松椎旁及肩部肌肉、提高机体痛阈从而起到缓解局部肌肉痉挛、松解粘连、减轻疼痛等作用,从而恢复颈椎的软组织固有生理功能。改良整复手法充分利用术者双手及其协调配合,一方面形成抱球状动作改变以往单手单方向旋转动作,使整个颈椎节段在双手环抱中旋转同时给予最大保护,避免单方向无保护易产生过度旋转损伤;另一方面该手法采用手掌根从下颈部发瞬劲可以避免从下颈部或上颈部发力易对寰枢椎产生损伤,具有良好的安全性,整复成功率高,尤其适合初学者运用。术者亦可以根据颈椎病变节段,以手托颈椎使其前屈或后伸锁定颈椎病变节段,以发力手指逐节定点后整复,从而改善颈椎内源结构功能紊乱。理脊手法和旋转整复手法两者共同运用科学调整了颈椎系统内源性结构和外源性结构功能紊乱,恢复颈椎的正常生理曲度,使其达到动、静力平衡,通过临床观察该手法能明显改善神经根型颈椎病患者的症状、体征。在经过几次治疗后,多数患者的颈项疼痛不适、上肢疼痛、麻木均有不同程度的减轻,比传统颈椎牵引术具更好的临床疗效。治疗后期同时指导患者加强颈项肌功能锻炼、改变不良的生活姿势,加强外源性稳定,减少其复发。通过对照研究表明理脊通脉手法配合改良卧位整复手法治疗神经根型颈椎病具有更好的治疗效果,是一种值得临床推广应用的治疗方法。

### 参考文献

- 1 孙宇,李贵存.第二届颈椎病专题座谈会纪要.解放军医学杂志,1994,19(2):156-158
- 2 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准.南京:南京大学出版社,1994:186
- 3 姜宏,施杞.介绍一种神经根型颈椎病的疗效评定方法.中华骨科杂志,1998,18(6):381
- 4 刘志坤,睦承志,肖红,等.理脊通脉手法治疗颈型颈椎病临床疗效观察.中国中医骨伤科杂志,2005,13(3):44-45

(收稿日期:2006-09-16 本文编辑:王宏)