

临床研究

针刀及整复手法为主治疗颈椎病的临床研究

Clinical investigation on treatment of cervical spondylopathy with needle knife and manipulation

高楠,任婷婷,金妍

GAO Nan, REN Tingting, JIN Yan

关键词 骨科手法; 颈椎病 **Key words** Orthopedic manipulation; Cervical spondylopathy

1999 年以来我们采用小针刀及整复手法为主治疗颈椎病 380 例获满意疗效,总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 全部病例参照 1992 年 10 月“全国第二届颈椎病专题座谈会”制定的诊断分类标准^[1]。观察组(A)380 例中,男 178 例,女 202 例;年龄 18~72 岁,平均(46.25 ±10.32)岁;病程 15 d~35 年,平均(2.50 ±1.88)年。颈型 90 例,神经根型 130 例,椎动脉型 80 例,交感神经型 60 例,脊髓型 20 例。对照组(B)348 例,男 170 例,女 178 例;年龄 19~75 岁,平均(51.62 ±11.86)岁;病程 20 d~36 年,平均(2.26 ±1.42)年。颈型 80 例,神经根型 120 例,椎动脉型 70 例,交感神经型 60 例,脊髓型 18 例。两组病例在性别、年龄分布、职业、体质状况、生活习惯及治疗经过等方面无显著性差异,均除外严重高血压、冠心病、全身感染性疾病及凝血障碍性疾病(如血友病)。

1.2 辅助检查 全部病例均经 X 线检查,一般情况下颈型拍颈椎正侧位片,神经根型加拍双斜位片及行颈椎 CT 检查,椎动脉型加拍开口正位片及行经颅多普勒(TCD)检查,交感神经型加行 TCD、心电变异分析(5 min),脊髓型加行 CT 检查 10 例,行 MR 检查 28 例。检查结果(以 A、B 例表示,A、B 分别代表观察组与对照组中的相应例数):X 线检查颈曲改变(320,318)例;颈椎失稳(1 节颈椎)(248,250)例,其中仰旋移位(38,42)例,俯旋移位(104,119)例,水平旋转移位(193,162)例,水平侧方移位(13,9)例;椎间孔变窄(122,138)例;椎体后缘、小关节、钩椎关节增生(320,290)例;环枢椎半脱位(42,31)例。

TCD 检查:椎-基底动脉系统供血不足(55,42)例。心电变异分析(5 min)异常为(23,13)例。CT 及 MR 检查:神经根受压(79,61)例;相对椎管狭窄(11~13 mm)(包括发育性狭窄)(98,77)例,其中增生性骨性狭窄(55,43)例,椎间盘突出(43,34)例。

对椎体移位 ≥3 mm,椎间盘突出游离较大及绝对椎管狭窄,严重骨质疏松病例未统计在内。

2 治疗方法

2.1 观察组(A)

2.1.1 一般治疗 休息、避免大幅度转颈;颈型、神经根型、脊髓型急性期配合解热镇痛剂、镇静剂及血液循环改善剂以抗炎消肿解痉,应用抗生素防治感染,恢复期应用神经营养调节剂;椎动脉型配合血管解痉剂。

2.1.2 针刀操作 体位。一般取俯卧位,胸前垫薄枕,颈前屈,双手重叠于额前放松。 定点。取颈部最明显的异常压痛点、结节、钙化等,一般每次选 2~6 点。 操作。基本刺法:左手扪及痛点或结节,拇指加压,分离固定,右手持刀,刀口线与纵轴平行与皮面垂直,快速刺入皮下,缓慢匀速摸索进针刀,遇坚韧点可纵行疏通、横行剥离,或纵行切开 1~3 刀,针刀下感松软即出针刀。适于颈韧带钙化、棘间棘上韧带损伤,颈肌及筋膜粘连等。特殊刺法:颈环枕筋膜挛缩时,针刀入皮下后调整针刀方向与颅骨面垂直、或直接与骨面垂直进针刀,至病灶点行疏通剥离术(操作时针刀应咬住骨面,范围不可过大,手法不可粗重,以防伤及神经、血管、骨膜组织);小关节囊刺法,针刀入皮下后至患椎小关节后面(一般应至上位椎体下关节突下缘处)咬住骨面摸索下移针刀至小关节囊处横行刀口线垂直或斜向上 5°~10 角刺入 1~2 mm,一般 1 刀即可。 注意。必须

有 X 线检查资料,熟悉解剖,避开解剖定位明确的神经血管。安全范围:一般取距后正中中线 0~0.5 cm, 1.0~1.5 cm(0.5~1.0 cm 过深可刺入椎管, 1.5 cm 可伤及椎动脉、神经等)。安全深度:一般 2 cm 或至骨面。出针刀后应压迫止血 5 min,观察 20 min,无继续出血及晕针反应可续行其他治疗。

2.1.3 整复手法 旋转移位整复手法(以 C₂ 水平右旋为例)。先用放松手法:于颈项部、背部行理筋按摩(力量渗透至骨面,患者术后感放松)。复位手法:患者仰卧位,术者坐于患者头位床头,右手食中 2 指叠加(中指在食指上),钩住 C₂ 棘突左侧,拇指及掌根部扣于后枕部,左手钩抱住患者的下颌部,让患者头部自然放于术者右前臂上,助手立于患者体侧,双手按压患者双肩部与术者徐徐对抗牵引,术者双手同时用力,使患者头部自然向左侧旋转(来回数次,使患者放松),至活动极限(此时注意分散患者注意力),作瞬间顿挫手法(主要力量在右手食、中指),当听到“咕喽”声或手指下有滑动感即告复位成功。复行放松理筋手法。若复位成功,则颈围固定 10 d。去项围后,行颈部功能锻炼。 倾斜移位整复法(以 C₄ 俯旋移位为例)。先行放松手法。复位手法:患者坐位,于牵引(牵引法同对照组)状态下,双手环抱颈部,双拇指重叠放于患椎棘突上前后闪动,同时后拉颈部,下压患椎棘突,闻及响声,患者多即时缓解疼痛。复行放松手法。若复位成功,颈围固定 10 d 后,去颈围,行颈部功能锻炼。 椎体侧方移位方法。复位手法要点:于牵引下侧推患椎或侧卧位(反向卧)下压患椎。

针刀并复位手法一般隔 7 d 行 1 次,视病情缓解情况,一般做 1~3 次,1 个月后观察疗效。

2.2 对照组(B) 一般治疗同 A 组。针灸及推拿治疗参照针灸治疗学、推拿治疗学第五版教材。牵引:坐位(椎动脉型可用卧位)。 牵引角度:颈曲过屈、变直一般取前屈位 15°~20°,反弓取前屈 5°~15°。 牵引力(8%~10%)×kg 体重。 牵引时每次 20~25 min,每天 1~2 次,2 周为 1 个疗程。 牵引不适或加重应放弃该法。

1 个月后观察疗效。

3 治疗结果

3.1 自拟疗效标准 临床治愈:症状体征消失,X

线检查移位椎体序列改善或正常,TCD 检查大致正常;显效:症状体征基本消失,X 线、TCD 检查改善或大致正常;进步:症状体征明显改善,X 线、TCD 检查改善;无效:症状体征有改善但不稳定,或无改善甚至加重,X 线、TCD 检查无改善。有效率为临床治愈率和显效率之和。

3.2 治疗结果 经 ² 检验,结果见表 1。观察组(A)疗效明显优于对照组(B),两者比较差异有显著性意义。

表 1 两组颈椎病例疗效比较

Tab. 1 Comparison of therapeutic effect of two groups

类别	组别	例数	临床治愈(例)	显效(例)	进步(例)	无效(例)	² 值	P 值
颈型	A	90	82	8	0	0	8.73	<0.01
	B	80	66	10	4	0		
神经根型	A	130	97	27	6	0	4.19	<0.05
	B	120	59	42	15	4		
椎动脉型	A	80	56	13	9	2	13.19	<0.01
	B	70	42	9	15	4		
交感神经型	A	60	21	30	6	3		
	B	60	18	30	10	2		
脊髓型	A	20	4	8	4	4		
	B	18	1	8	4	5		
合计	A	380	260	86	25	9	13.19	<0.01
	B	348	186	99	48	15		

4 讨论

恢复颈椎力平衡是颈椎病向愈的关键环节^[1]。针刀具有切割、疏通、剥离功能,配合整复手法能有效松解瘢痕粘连、挛缩、钙化灶等,以纠正颈椎序列,调节椎周力平衡,增强颈椎稳定性,改善椎间盘代谢及形态,降低对脊髓神经的压应力,绝对或相对扩大椎管、神经、血管通道容积,增强适应调节机制,根本改善临床症状。临床观察发现,粘连瘢痕等病理产物,多存在于维持颈部后伸的项韧带、棘间韧带、项部后伸肌、肌筋膜及小关节囊的背侧等,这为针刀及手法操作提供了安全、方便的解剖基础条件。但对于年老体弱、严重椎体增生、损坏、变形、椎管狭窄者,手法整复仍需慎用。在颈椎病治疗中,小针刀是否具有“针刺样效应”等其他机理,需进一步观察研究。

参考文献

1 易金根,张军,金家华,等. 正确认识颈椎病——读“青少年颈椎病的病因病机及预防”一文后的思考. 中国中医骨伤科杂志,1997,5(3):46.

(收稿日期:2003-09-08 本文编辑:连智华)