

颈椎复位联合经筋推拿手法治疗 气滞血瘀型颈椎病的临床研究

于志国¹, 关睿骞¹, 吴文刚^{2*}

(1. 黑龙江中医药大学附属第二医院, 黑龙江 哈尔滨 150001;

2. 黑龙江中医药大学附属第一医院, 黑龙江 哈尔滨 150040)

摘要:目的:观察颈椎复位手法联合经筋推拿手法对气滞血瘀型颈椎间盘突出症患者的临床疗效。方法:选择就诊于黑龙江中医药大学附属第二医院符合纳入标准的气滞血瘀型颈椎间盘突出患者60例,采用随机数字表随机分为治疗组和对照组,各30例。对照组患者颈部仅采用经筋推拿手法,而治疗组患者在此基础上配合颈椎复位手法治疗;于治疗前、治疗后分别对两组患者的颈椎病临床评价量表(CASCS)、疼痛视觉模拟评分(VAS)、中医证候评分进行比较,并观察两组患者治疗前后血清炎症因子白介素-6的变化情况。结果:两组患者治疗后总有效率比较,没有统计学意义,但显愈率方面治疗组优于对照组($P < 0.05$);两组患者治疗后VAS评分均显著下降,且治疗组显著低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.01$);两组治疗后CASCS评分均显著升高,且治疗组明显高于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.01, P < 0.05$)。两组治疗后中医证候评分均显著下降,且治疗组显著低于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.01$)。两组治疗后血清炎症因子白介素-6均显著下降,且治疗组显著低于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.01$)。结论:颈椎复位配合经筋推拿手法在颈椎间盘突出症患者治疗中的疗效显著,较传统中医颈部推拿手法治疗法能更快地缓解患者痛苦,改善患者生活质量,降低炎症因子水平。

关键词:颈椎病;经筋推拿;颈椎复位手法;气滞血瘀;颈椎间盘突出

中图分类号: **文献标识码:** **DOI:** 10.19656/j.cnki.1002-2406.XXXXXX01

引用格式

于志国,关睿骞,吴文刚. 颈椎复位联合经筋推拿手法治疗气滞血瘀型颈椎病的临床研究[J]. 中医药信息, XXXX, XX(X): 1-5.

YU Z G, GUAN R Q, WU W G, et al. Clinical study of cervical reduction combined with meridian sinew Tuina manipulation in treating cervical spondylosis of qi stagnation and blood stasis pattern[J]. Information on TCM, XXXX, XX(X): 1-5.

Clinical Study of Cervical Reduction Combined with Meridian Sinew Tuina Manipulation in Treating Cervical Spondylosis of Qi Stagnation and Blood Stasis Pattern

YU Zhiguo¹, GUAN Ruiqian¹, WU Wengang^{2*}

(1. The Second Affiliated Hospital of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin 150001, China;

2. The First Affiliated Hospital of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin 150040, China)

Abstract: Objective: To observe the clinical effect of reduction manipulation combined with meridian sinew Tuina manipulation in the treatment of cervical intervertebral disc herniation (CIDH) of Qi stagnation and blood stasis pattern. Methods: 60 CIDH cases met the inclusion criteria of Qi stagnation and blood stasis

基金项目:黑龙江中医药大学附属第二医院院内基金项目(2019YB-03)

作者简介:于志国(1974-),男,博士,副主任医师,主要研究方向:推拿正骨治疗颈椎病。

通讯作者:吴文刚(1956-),男,博士,主任医师,主要研究方向:针灸推拿治疗颈椎病。

pattern were randomly divided into the treatment group and the control group, with 30 cases in each group. The control group was treated with meridian sinew Tuina manipulation; on which basis, the treatment group was also treated with cervical reduction. The scores of CASCs, VAS and TCM symptoms, as well as the serum changes of IL-6 were assessed before and after the treatment in the two groups. Results: There was no statistical difference in the total effective rate between the two groups, but marked effective rate was significantly higher in the treatment group than that in the control group ($P < 0.05$). The VAS level was significantly decreased after the treatment compared to those before the treatment in the two groups; of which the decrease in the treatment group was more significant ($P < 0.01$). The CASCs score was significantly increased after the treatment compared to that before the treatment; of which the increase in the treatment group was more significant ($P < 0.05$). The score of TCM symptoms in the treatment group was significantly improved compared to that in the control group ($P < 0.01$). The serum level of inflammatory factor IL-6 was significantly lower than that in the control group ($P < 0.01$). Conclusion: Cervical reduction combined with meridian sinew Tuina manipulation is effective in the treatment of CIDH, it can alleviate pain faster and better improve life quality of the patients compared to conventional TCM Tuina manipulation.

Key words: Cervical spondylosis; Pushing and pressing meridian sinew; Qi stagnation and blood stasis; Cervical intervertebral disc herniation

颈椎间盘突出(CIDH)属中医学“项痹”范畴,是临床常见颈部疾病,具有发病率高的特点,严重影响患者的生活质量^[1]。对如何预防本疾病的发生,提高患病人群的生活质量及消除临床症状等问题,急需解决。

项目申请团队自2013年首次运用独创的颈椎复位配合经筋推拿手法治疗CIDH,获得十分满意的疗效,且具有疗效确切,创伤小,费用低的特点。而手法治疗CIDH的机制尚不清楚,为此,本研究运用颈椎病临床评价量表(CASCs)、疼痛视觉模拟评分(VAS)和中医证候评分评价颈椎关节复位配合经筋推拿手法治疗CIDH的临床疗效,进一步探讨颈椎关节复位配合经筋推拿手法对血清炎性因子白介素-6的影响,以期形成较为规范化,科学化,适用化的操作方案,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2020年1月—2020年12月就诊于黑龙江中医药大学附属第二医院,符合纳入标准的气滞血瘀型颈椎间盘突出症患者60例,按照随机数字表随机分为治疗组和对照组,各30例。观察组中男性14例,女性16例;年龄(37.2 ± 4.2)岁;病程1~6周。对照组中男性15例,女性15例;年龄(37.7 ± 5.2)岁;病程1~6周。两组患者性别、年龄和病程等一般资料比较,无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。见表1。

1.2 诊断标准

依据“十三五”规划教材《推拿治疗学》^[2]中气滞血瘀型颈椎病的诊断标准制定。①由于颈椎急、慢性损

伤,或长期姿势不良造成椎旁软组织劳损,颈椎关节突关节紊乱、错缝,颈椎生理曲度改变,稳定性下降,从而诱发椎间盘代偿性退变,造成颈椎内、外力失调平衡,出现该区域的刺激症状。②表现为颈部前屈,旋转,后伸幅度明显减小,颈夹肌、斜方肌等局部出现紧张性疼痛。③颈部有僵硬感易于疲劳。④劳累后症状加重,休息后症状减轻。

表1 两组患者一般资料情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	性别(女/男)	年龄(岁)	病程(年)
治疗组	30	12/18	55.54 ± 6.78	7.89 ± 2.22
对照组	30	11/19	56.71 ± 7.23	7.79 ± 2.12

1.3 纳入标准

①符合诊断标准;②颈部慢性的不易缓解的疼痛,或伴有上肢(一侧或双侧)的麻木或疼痛;受累侧上肢腱反射、肌力减弱;皮肤感觉减退;③颈椎棘突及旁开0.5寸压痛;椎间孔挤压试验阳性;④颈椎CT或MRI检查示:颈椎间盘突出,可伴有神经根受压迫。

1.4 排除标准

①突出大于椎管直径的1/3,伴二便失禁或下肢瘫;②突出物游离于椎管腔者;③伴椎管狭窄或椎体滑脱者;④颈椎滑脱、骨质疏松症、结核及肿瘤患者;⑤中途退出、或用药影响结果者。

1.5 剔除标准

①试验过程中病情变化者;②试验过程中情绪波动不能配合者;③各种因素导致试验不能完成者。

1.6 治疗方法

60例符合纳入标准的患者均由2名专业的推拿医

师进行操作,每次操作 30 min,每日 1 次,5 d 为 1 个疗程,共治疗 2 个疗程。

1.6.1 对照组

对照组患者采用经筋推拿手法进行治疗。具体操作方法为:受试者坐位或俯卧位。术者用一指禅推、或点按、或拿揉、或揉拨等手法沿颈肩部和后头部经筋进行治疗,以膀胱经筋、足少阳胆经筋、手阳明大肠经筋为重点,以“松筋解结”为法,手法由轻到重,刚柔相济,使局部松软为宜。顺次自上而下往返操作 3~5 遍,时间约 25 min。

1.6.2 治疗组

治疗组采用颈椎关节复位联合经筋推拿手法。经筋推拿手法同对照组。

颈椎关节复位手法:医师立于受试者身后,并令受试者取坐位。具体操作方法为:①用右手中、拇指指腹按揉法按揉双侧风池穴 1 min;用右手拇、食、中指指腹捏法捏双侧风池穴至双侧颈根部 5 min;揉法放松颈、肩、上背及上肢部肌肉 5 min。②令患者放松,医师双上肢尺侧远端用力压受试者双肩,医师双手拇指分别按双侧风池穴,两手掌及余四指托受试者下颌部,医师双手先向上用力牵拉颈部;为将颈部牵拉开医师的双手及前臂分别施加反方向力;牵引同时使受试者头颈依次做前屈、后伸、左旋、右旋。③对受试者双肩并做提拿法,同时对患侧上肢肱二、三头肌做拿揉法,最后用多指横拨受试者腋下(臂丛神经分支),以受试者患侧手指产生麻窜感为宜。

1.7 临床疗效评定标准

参考《中医病证诊断疗效标准》^[3]制定。治愈:临床颈痛等症状、体征消失,功能恢复正常,疗效指标≥90%;显效:临床颈痛等症状、体征消失,或者显著减轻,功能基本恢复正常,70%≤疗效指标<90%;有效:临床颈痛等症状、体征较治疗前减轻,但有部分症状、体征或功能障碍,30%≤疗效指标<70%;无效:临床颈痛等症状或体征较治疗前没有改善,甚至加重,疗效指标<30%。

总有效率 = 治愈率 + 显效率 + 有效率

显愈率 = 治愈率 + 显效率

疗效指标(%) = (治疗后积分 - 治疗前积分) / 治疗前积分 × 100%

1.8 观察指标

①VAS 疼痛评分:分别用数字 0~10 表示,其中 0 代表无痛、10 指疼痛最为剧烈;受试者根据实际的疼痛情况做出自我评价。②CASCs 量表评分:CASCs 量表总分共 100 分,其中主观症状部分 18 分,工作、生活、

社会适应力部分 9 分,临床体征部分 73 分,共三部分组成。比较两组受试患者治疗前后 VAS 及 CASCs 的评分变化。③中医证候评分:中医证候评分共 23 个条目,每个条目 1~4 分,满分为 92 分,患者根据自身情况如实填写,分值越低表明症状越轻。④血清炎性因子白介素-6(IL-6):采用血清炎性因子白介素-6 试剂盒按照说明书进行测定。

1.9 统计学处理

所得数据录入 SPSS21.0 软件并分析,其中计量资料部分用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示。既满足正态性又满足方差齐性的数据行单因素方差分析;对于部分不能满足正态的数据经转换使其服从正态分布,而不服从方差齐性者采用非参数检验法。 $P < 0.5$ 为有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较

通过两组不同的手法治疗后,两组患者总有效率方面比较没有统计学意义($P > 0.5$),表明两组手法治疗对于患者疗效方面均有效。但显愈率通过卡方检验,治疗组的手法方案治疗要明显优于对照组($P < 0.5$)。见表 2。

表 2 两组患者临床疗效比较(例)

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	显愈率(%)	总有效率(%)
治疗组	30	3	19	7	1	73.33 [*]	96.66
对照组	30	1	8	18	3	30.00	90.00

注:与治疗组比较,^{*} $P < 0.05$ 。

2.2 两组治疗前后 CASCs 评分比较

两组患者治疗前 CASCs 评分比较,没有统计学意义($P > 0.05$);治疗后两组 CASCs 评分均较治疗前升高($P < 0.01$),且治疗组优于对照组($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组治疗前后 CASCs 评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	30	69.03 ± 1.43	89.37 ± 2.30 [*]
对照组	30	68.07 ± 0.65	87.20 ± 4.57 [*]
<i>t</i> 值		3.347	-2.323
<i>P</i> 值		0.001	0.024

注:与治疗前比较,^{*} $P < 0.01$ 。

2.3 两组患者治疗后 VAS 评分比较

两组患者治疗前 VAS 评分比较,没有统计学意义($P > 0.05$);治疗后两种治疗方案均可以降低 VAS 评分($P < 0.01$),但颈椎关节复位联合经筋推拿手法的治疗组评分要明显优于对照组($P < 0.01$),说明治疗组手法缓解疼痛方面要明显优越于对照组。见表 4。

表4 两组治疗前治疗后VAS评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	30	7.15 ± 1.85	2.47 ± 0.52*
对照组	30	7.23 ± 1.81	5.06 ± 1.73*
<i>t</i> 值		0.169	7.853
<i>P</i> 值		0.827	0.000

注:与治疗前比较,**P* < 0.01。

2.4 两组患者治疗前后中医证候评分比较

两组患者治疗前中医证候评分比较,没有统计学意义(*P* > 0.05);治疗后两组患者中医症候评分均有改善(*P* < 0.01),提示两组手法均可以缓解临床症状,且治疗组优于对照组(*P* < 0.01)。见表5。

表5 两组患者中医证候评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	30	62.65 ± 5.12	39.56 ± 5.11*
对照组	30	62.48 ± 5.89	47.26 ± 5.96*
<i>t</i> 值		-0.119	5.372
<i>P</i> 值		0.905	0.000

注:与治疗前比较,**P* < 0.01。

2.5 两组患者治疗前后血清炎性因子白介素-6表达情况比较

治疗组IL-6水平从治疗前的(16.47 ± 3.43)pg/mL降至(4.26 ± 1.42)pg/mL;对照组从治疗前的(17.53 ± 3.35)pg/mL降至(9.82 ± 2.14)pg/mL。可见两种方案均可以降低炎性因子水平,但治疗组优于对照组(*P* < 0.05)。见表6。

表6 两组患者治疗前后血清IL-6水平比较($\bar{x} \pm s$,pg/mL)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	30	16.47 ± 3.43	4.26 ± 1.42*
对照组	30	17.53 ± 3.35	9.82 ± 2.14*
<i>t</i> 值		1.211	11.857
<i>P</i> 值		> 0.05	< 0.05

注:与治疗前比较,**P* < 0.01。

3 讨论

随着网络信息技术的发展及手机的普及,颈椎病发病率逐年递增,世卫组织公布的全球十大顽症中,颈椎病位列第二,我国发病率已达17.5%^[5-6]。我国北方地区,属寒地气候,冬天相对漫长,致使寒凝血瘀、瘀阻颈部脉络的血瘀型颈椎病为北方的常见病机。有关本病的治疗方案众多,西医多采用手术方法,但副作用较大,医疗费用高。中医以推拿、针刺、中药等非手术治疗方法为主。尽管中医、西医均取得一定的效果,但本病的机制仍有待于进一步研究。其中血清炎性因子IL-6是目前研究较多的客观指标之一,该因子主要参与急性炎症反应,可诱导急性期反应蛋白的合成。

曹舜等以桂枝加葛根汤联合针刺治疗颈型颈椎病,并对炎性细胞因子IL-6、TNF-α水平的影响进行了详细分析和探讨;黄兆刚在IL-6、IL-10、TNF-α、TGF-β1、NO与颈椎病病情严重程度关系的研究中再次证明了IL-6因子在颈椎病患者血清中存在较高的表达^[7-8]。

有研究报道通过运用非手术疗法,如颈部牵引、推拿及药物对确诊为颈椎间盘突出的患者进行综合治疗后,可收到较好的效果^[9];另有研究发现,药物经颈椎骶管直接作用病变间盘,在此基础上行杠杆微调手法,可以达到改善颈部供血,从而减轻颈神经根受压,最终达到疼痛减轻的目的^[10];然而也有学者认为,CIDH的初期应减轻间盘负荷为目的,适合理疗而不适合手法复位,后期的手法推拿不仅可使疗效更加巩固,同时可加速恢复椎间盘的速度^[11-12]。这些研究都有力地证明了推拿手法在颈椎病治疗中的重要性。白鹤等^[13]以温针灸联合颌枕牵引治疗椎动脉型颈椎病肝肾不足证取得了较好效果,并确定了牵引这种治疗方法对于颈椎病的可靠疗效。

本课题以颈椎关节复位配合经筋推拿手法治疗CIDH,消除颈肩部筋症状及提高CIDH人群生存质量作为研究目标,采用颈部经筋推拿手法基础上施加关节复位手法,以目前比较科学的量表科学对比,通过分析对比治疗前后及治疗组及对照组之间受试者CIDH压迫程度和相应临床症状的改善程度,同时结合患者血清IL-6指标变化,深入探讨经筋推拿手法基础上给予颈椎关节复位的作用机制。本次研究使用的治疗手法,与牵引的效果有着“异曲同工”之处。对于气滞血瘀型颈椎病患者,推拿一直以来都具有显著疗效,能放松颈部肌肉的痉挛、松解粘连、化瘀通络止痛^[14-15]。临床上利用正骨类手法治疗颈椎病的案例也很多,以陈红秀为代表的苏氏正骨治疗单元治疗气滞血瘀型颈型颈椎病的临床疗效观察中,其取得了较为显著的效果^[16]。以脊柱微调手法治疗颈椎病关键参数研究中,取得了突破性的临床疗效^[17-20]。本次研究手法属于脊柱微调手法中的一种。其中复位手法不仅能使痉挛的颈部肌肉得到放松,还能促进神经根水肿的吸收,此外在神经根复位、改善椎间孔椎间隙、减轻血管受压等方面均有较理想效果。对于来自间盘外突的压迫复位方法可降低纵韧带张力,复位外突的髓核,有利于神经根周围水肿的吸收,使异常的颈椎恢复解剖位,恢复颈椎内外平衡的作用^[21]。本团队在多年临床实践中发现,虽然本病的治疗方法多样,但以推拿手法为主的保守治疗,仍为主要手段。

探讨中医推拿对提高CIDH压迫程度和相应临床

症状改善的作用机制,为中医推拿疗法的进一步推广应用提供科学依据,是推拿学科进步与发展的主要方向。本研究发现,通过微调手法的运用,治疗组 CASCS 评分改善程度要明显好于对照组,两组中医证候评分、VAS 均有所降低,治疗组优于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.01$)。同时观测到两组血清 IL-6 数值均有所降低,且治疗组优于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.01$),从客观层面反映了疗效。表明了治疗组治疗手法的安全性与可靠性。课题组以疗法独特,见效迅速,治愈率高,无创伤,费用低廉为特点。其创新点在于首次提出运用独特的颈椎关节复位配合经筋推拿手法治疗 CIDH 这种常见疑难疾病。

综上所述,本课题研究所采用的方法属中医传统特色疗法,对于发展和发扬传统医学疗法具有重要的理论意义和很高的实用价值。本次研究试验方法可行性强,安全,高效,无毒副作用,疗效确切可靠且易于为受试者接受,操作的可重复性强,易于临床开展及推广使用。

参考文献:

[1] 汪军民,朱姗姗,吴有超. 川芎嗪和推拿对颈椎病患者血浆内皮素的影响[J]. 中国康复,2000,15(1):3-4.

[2] 范炳华. 推拿治疗学[M]. 北京:中国中医药出版社,2016:50.

[3] 国家中医药管理局. 中医病症诊断疗效标准[M]. 南京:南京大学出版社,1994:144.

[4] 全权,符少杨,李滋平,等. 颈痛颗粒联合针刺治疗神经根型颈椎病疗效及对血清 IL-6、TNF- α 、IL-1 β 水平影响[J]. 北方药学,2020,17(7):38-39.

[5] VENOSA M, ROMANINI E, PADUA R, et al. Comparison of high-intensity laser therapy and combination of ultrasound treatment and transcutaneous nerve stimulation in patients with cervical spondylosis: a randomized controlled trial[J]. Lasers Med Sci,2019,34(5): 947-953.

[6] 尚经轩. 颈椎牵引治疗神经根型颈椎病的研究进展[J]. 黑龙江

科技信息,2016(30):151-152.

[7] 曹舜,丁洪伟. 桂枝加葛根汤联合针刺治疗颈型颈椎病的疗效及对炎性细胞因子 IL-6、TNF- α 水平的影响[J]. 时珍国医国药,2019,30(1):134-135.

[8] 黄兆刚. IL-6、IL-10、TNF- α 、TGF- β 1、NO 与颈椎病病情严重程度关系的研究[J]. 湖南师范大学学报(医学版),2018,15(5):116-119.

[9] 杨小平. 非手术综合治疗 45 例颈椎间盘突出症[J]. 海南医学院学报,2008,14(5):559-561.

[10] 于高路,李茵,王毅君,等. 骶管滴注结合短杠杆微调手法治疗颈椎间盘突出症[J]. 四川中医,2002,20(12):50-51.

[11] 刘云兴. 中西医结合治疗颈椎间盘突出症[J]. 实用中西医结合临床,2004,4(6):35-36.

[12] 陈义良,张小莉,夏建忠,等. 刺络拔罐结合针灸推拿治疗血瘀型颈椎间盘突出症 36 例临床观察[J]. 江苏中医药,2011,43(3):64-65.

[13] 白鹤. 温针灸联合颌枕牵引治疗椎动脉型颈椎病肝肾不足证临床观察[J]. 山西中医,2021,37(7):33-34.

[14] 王海兴,况君,郑甦. 颈椎荣通方联合旋提手法治疗神经根型(气滞血瘀型)颈椎病的临床疗效观察[J]. 实用中西医结合临床,2021,21(3):115-118.

[15] 徐凯捷,朱泽,蔡晓辉,等. 加味血府逐瘀汤联合改良牵引法治疗神经根型颈椎病气滞血瘀证临床观察[J]. 光明中医,2021,36(5):746-749.

[16] 陈红秀. 苏氏正骨治疗单元治疗气滞血瘀型颈型颈椎病的临床疗效观察[D]. 天津:天津中医药大学,2020:4.

[17] 张昊,孙武权,沈国权,等. 脊柱微调手法治疗颈椎病关键参数研究[J]. 山东中医杂志,2021,40(6):589-590.

[18] 张帅攀,朱清广,孔令军,等. 脊柱微调手法治疗颈型颈椎病的临床疗效观察[J]. 中华中医药杂志,2021,36(5):3034-3037.

[19] 陈尔坚,尹振军,温琦增,等. 颈部微调手法联合颈伸肌训练治疗颈型颈椎病疗效观察[J]. 福建中医药,2021,52(3):50-51.

[20] 宣守松,罗永宝,何天峰,等. 脊柱微调手法治疗神经根型颈椎病临床观察[J]. 河北中医,2020,42(12):1871-1873.

[21] 徐三文,汪卫军. 颈椎间盘突出症的推拿治疗现状[J]. 按摩与导引,2001,17(6):63-64.

(收稿日期:2021-07-31)