

针刀联合复位手法治疗颈型颈椎病临床疗效观察



陈敏^{1,*}, 何盈盈², 左振芹¹, 罗能先¹

¹ 贵州医科大学附属医院中医科, 贵州贵阳 550002

² 贵州省人民医院急诊科, 贵州贵阳 550001

摘要: 目的: 通过针刀疗法配合卧位成角定点复位手法(简称复位手法)治疗颈型颈椎病的临床观察, 选择一种治疗颈型颈椎病针对性强、见效快, 疗效好的治疗方法。方法: 选取于我科就诊的颈型颈椎病患者 60 例, 采用随机数字表法将这些患者分为治疗组(针刀配合手法组)和对照组(针刀治疗组), 每组 30 例患者, 每周治疗 1 次, 4 次 1 个疗程。治疗 1 疗程结束后, 通过观察治疗组和对照组在治疗前、治疗一个疗程后的视觉模拟评分量表(VAS)及颈椎活动度的变化来帮助判断哪一种治疗方法疗效更好。结果: 经过一个疗程的治疗后, 通过视觉模拟评分量表(VAS)及颈椎活动度的变化比较, 发现治疗组的疗效明显优于对照组的疗效。结论: 针刀配合卧位成角定点复位法是治疗颈型颈椎病的一种安全、可靠、有效的方法。

关键词: 针刀疗法; 卧位成角定点复位法; 治疗方法; 颈型颈椎病; 临床疗效

DOI: 10.57237/j.cmrd.2024.01.001

Observation on the Clinical Efficacy of Needle Knife Combined with Reduction Technique in the Treatment of Cervical Spondylosis

Chen Min^{1,*}, He Yingying², Zuo Zhenqin¹, Luo Nenxian¹

¹ Traditional Chinese Medicine Department, Affiliated Hospital of Guizhou Medical University, Guiyang 550002, China

² Emergency Department, Guizhou Provincial People's Hospital, Guiyang 550001, China

Abstract: Objective: To observe the clinical efficacy of acupuncture and knife therapy combined with lying angle fixed point reduction technique (referred to as reduction technique) in the treatment of cervical spondylosis, and to select a treatment method with strong targeting, fast effectiveness, and good therapeutic effect for cervical spondylosis. Method: Sixty patients with cervical spondylosis who were treated in our department were selected and randomly divided into a treatment group (needle knife combined with manual therapy group) and a control group (needle knife treatment group) using a random number table method. Each group had 30 patients, treated once a week, 4 times a course of treatment. After the completion of the first course of treatment, the visual analogue scale (VAS) and changes in cervical range of motion of the treatment group and the control group were observed before and after one course of treatment to help determine which treatment method has the best therapeutic effect. Result: After one course of treatment, it was found that the therapeutic

*通信作者: 陈敏, 410036680@qq.com

effect of the treatment group was significantly better than that of the control group through the comparison of visual analogue scale (VAS) and changes in cervical mobility. Conclusion: The combination of needle knife and lying position angle fixed point reduction method is a safe, reliable, and effective method for treating cervical spondylosis.

Keywords: Acupotomy; Fixed Point Repositioning Method for Decubitus Angulation; Treatment; Cervical Spondylosis; Clinical Efficacy

1. 引言

颈型颈椎病是各型颈椎病的早期阶段, 临床表现为颈项强直、疼痛, 甚者累及整个肩背部, 严重时可致颈部屈曲和旋转功能受限[1], 随年龄的增长发病率呈上升趋势[2], 发病率约占颈椎病的 40%-60 [3]。现代医学治疗颈型颈椎病最常用非甾体类药物, 对症处理, 以缓解疼痛, 减少复发, 这类药物易产生胃肠道、肾脏损伤等不良反应[4], 祖国医学治疗颈型颈椎病的方法如针灸、火罐、手法、按摩与针刀等方法众多。根据颈椎的解剖特点、生理结构、病理等特点着手, 经过反复比较, 认为针刀配合手法治疗颈型颈椎病, 具有见效快, 安全可靠, 操作简单等优点, 现报告如下。

2 临床资料

2.1 诊断标准

参照《第三届全国颈椎病专题座谈会纪要》[5]中颈型颈椎病的诊断标准。

2.2 纳入标准

①符合年龄 18~65 岁的颈型颈椎病诊断患者; ②1 个月内未曾接受颈椎病的相关治疗; ③3 个月内未参与可能影响本研究结果的其他试验者; ④签署知情同意书。

2.3 排除标准

①先天性颈椎疾病, 或颈部外伤史, 或伴肿瘤、结核、严重骨质疏松病史者; ②晕针、晕血或对疼痛严重敏感者③有精神疾病或高血压、糖尿病控制不佳者。

2.4 一般资料

选取 2020 年 4 月—2021 年 10 月于我科就诊颈型颈椎病患者 60 例, 采用随机数字表法分为治疗组和对照组。实际操作过程中, 两组患者均无脱落及失访。

治疗组: 男 18 例, 女 12 例, 平均年龄 (43.53 ± 10.59) 岁, 平均病程 (4.81 ± 1.79); 对照组男 16 例, 女 14 例, 平均年龄 (41.22 ± 10.39) 岁, 平均病程 (4.45 ± 2.19)。

3 方法

3.1 治疗方法

对照组 (针刀组)

患者取俯卧位尽可能充分暴露枕骨粗隆以下的皮肤 (如有必要可作术区常规备皮), 取舒适低头屈曲位 (如有条件可用正脊床调节屈颈角度), 治疗周期为每周治疗 1 次, 4 次 1 个疗程。

定点: 选枕骨粗隆下, 上下项线之间取枕大 N、枕小 N、耳大 N 出口处 (纵向松解 $<0.5\text{cm}$), C2 棘突旁点 (纵向松解 $<0.5\text{cm}$), C2~C7 关节突点 (纵向松解 $<2\text{cm}$), 头夹肌起 (止) 点 (纵向松解 $<1\text{cm}$), 肩胛提肌止点 (纵向松解 $<1\text{cm}$), 予记号笔定点。

消毒: 定点处予碘伏消毒后, 铺无菌治疗巾, 于定点处行局部麻醉。

操作: 针刀充分松解。

选用 I 型 3.5 号针刀, 于枕骨粗隆下, 上下项线之间取枕大 N、枕小 N、耳大 N 出口处, 调整刀口线与身体纵轴平行, 避开神经、血管, 针刀垂直于定点处, 迅速刺入皮下, 向躯干方向倾斜刀体, 平行刺入直至条索 (结节) 处 $<0.5\text{cm}$, 纵行松解, 横行剥离 3~5 刀, 刀下有松动感即可出刀, 并用无菌纱布按压刀口处。

C2 棘突旁点: 针刀迅速刺入皮下至棘突骨面, 调整刀口至棘突侧面 $<0.5\text{cm}$ 左右, 行纵行松解, 横行剥离 3~5 刀, 刀下有松动感即可出刀, 并用无菌纱布按压刀口处。

C2~C7 关节突点: 选择 2~3 点, 针刀迅速刺入皮下直至关节突骨面 $<2\text{cm}$, 行纵行松解, 横行剥离 3~5 刀, 刀下有松动感即可出刀, 并用无菌纱布按压刀口

处。
头夹肌起（止）点：针刀刺入皮下直至棘突骨面（枕骨骨面<0.5cm，行纵行疏通，横行剥离 3~5 刀，刀下有松动感即可出刀，并用无菌纱布按压刀口处。

肩胛提肌止点：刺入皮下直至肩胛骨内上缘骨面<1cm，行纵行疏通，横行剥离 3~5 刀，刀下有松动感即可出刀，并用无菌纱布按压刀口处。针刀治疗每周一次，4 次一个疗程，3 月后复查。治疗术后施予正骨手法纠正错位的颈椎关节。

治疗组（针刀配合手法组）：针刀操作同上。
卧位成角定点复位法操作见下。

手法治疗：针刀治疗后患者平躺于治疗床，嘱患者配合术者操作，配合有节律的深呼吸缓解情绪紧张；嘱患者缓慢转向患侧，直至最大限度。操作者一手手掌托住枕部，拇指轻轻定位于患椎横突部，另一手扶持下颌，双手协调调整屈颈度数，颈椎成角（上颈段 C1-2，略低头，头颈成角 1-15°；中段 C3—5，轻度屈颈 15-35°；下段 C6—7：中度屈颈 35-50°）：使成角落于患椎，再将下颌继续向一侧轻巧用力，顿挫旋转，并向后上方轻轻提拉-下，即可闻及“咔嚓”声响，复位即告成功，健侧同法。[6]

3.2 观察指标及方法

3.2.1 疼痛评分

视觉模拟评分量表（VAS）。VAS 评分是通过直线标记 0~10cm 的刻度，表示从“无痛”到“最严重的疼痛”

的疼痛程度，让患者指出线上的刻度并作标记表示疼痛程度的评分方法。

3.2.2 颈椎活动度

前后屈伸活动正常可分别达到 45°；左右侧屈活动正常可达 45°；左右旋转活动可达 60°~80°。分别测量 2 组治疗前后的前后屈伸、左右侧屈、左右旋转活动度。
(2)皮尺测量法测量颈椎活动度，测量胸骨切迹与下颌（屈与伸）、肩峰至耳垂下缘（侧弯）、肩峰至下（旋转）的距离，即为所测的距离[7]。

3.2.3 疗效判定标准

参照国家中医药管理局 2012 年颁布的《中医病证诊断疗效标准》[8]中颈椎病的疗效评定标准拟定。①痊愈：颈肩部疼痛消失，活动自如，正常工作；②显效：颈肩部疼痛基本消失，活动基本正常，工作或劳累后上述症状稍加重，休息后可自行缓解；③有效：颈肩部疼痛较前缓解，活动度明显改善，不影响一般工作，不能长时间低头工作；④无效：颈肩部疼痛及活动度无缓解。

3.3 数据处理

采用 SPSS 20.0 统计软件进行数据处理，计量资料符合正态分布以（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，采用 t 检验；计数资料采用 χ^2 检验。

4 结果

表 1 2 组治疗前后 vas 评分比较：（ $\bar{x} \pm s$ ）

Table 1 Comparison of VAS scores before and after treatment between groups ($\bar{X} \pm S$)

组别	例数	治疗前评分	治疗后评分
治疗组	30	7.775 \pm 0.945	3.165 \pm 1.328 $\Delta \blacktriangle$
对照组	30	7.762 \pm 0.823	3.926 \pm 1.524 Δ

注：与治疗前比较， $\Delta P<0.05$ ；与对照组比较，2) $\blacktriangle P<0.05$ ，治疗组疗效优于对照组

表 2 治疗后 2 组临床疗效评定表

Table 2 Clinical efficacy evaluation table of the two groups after treatment

组别	N	痊愈 (%)	显效 (%)	有效 (%)	无效 (%)	愈显率 (%)
治疗组	30	4 (13.3%)	21 (70%)	5 (16.7%)	0	83.3% \blacktriangle
对照组	30	2 (6.7%)	15 (50%)	12 (40%)	1 (3.3%)	56.6%

注：两组患者疗效经 χ^2 检验， $\blacktriangle P<0.05$ ，治疗组疗效优于对照组

表 3 两组治疗前后颈椎前屈后伸活动度测量结果

Table 3 Measurement results of cervical flexion and extension before and after treatment in the two groups

组别	n	时间	前屈活动度	后伸活动度
治疗组	30	治疗前	37.932±9.525	35.932±4.525
		治疗后	42.353±10.352Δ▲	40.307±1.852Δ▲
对照组	30	治疗前	37.793±10.132	35.732±4.407
		治疗后	41.135±9.853Δ	39.121±1.452Δ

注：与治疗前比较，ΔP<0.05；与对照组比较，2) ▲P<0.05，治疗组疗效优于对照组

表 4 两组治疗前后颈椎左屈、右屈活动度测量结果

Table 4 Cervical flexion and right flexion range of motion before and after treatment in the two groups

组别	n	时间	左屈活动度	右屈活动度
治疗组	30	治疗前	31.832±4.525	35.532±4.525
		治疗后	42.353±1.852Δ▲	42.307±1.249Δ▲
对照组	30	治疗前	32.125±4.186	34.732±4.407
		治疗后	40.135±2.353Δ※	41.021±1.552Δ※

注：与治疗前比较，ΔP<0.05；与对照组比较，2) ▲P<0.05，说明治疗组疗效优于对照组

表 5 两组治疗前后颈椎左旋、右旋活动度测量结果

Table 5 Cervical rotatory measurements before and after treatment in the two groups

组别	n	时间	左屈活动度	右屈活动度
治疗组	30	治疗前	55.489±10.325	56.132±10.525
		治疗后	70.353±7.852Δ▲	70.507±7.249Δ▲
对照组	30	治疗前	56.125±10.886	57.132±11.007
		治疗后	66.535±8.353Δ※	67.021±8.552Δ※

注：与治疗前比较，ΔP<0.05；与对照组比较，2) ▲P<0.05，治疗组疗效优于对照组

5 讨论

颈型颈椎病又称上颈综合征，或局部型颈椎病，是各型颈椎病的早期阶段，是由于椎间盘退行性变的早期，髓核与纤维环脱水变性，椎体不稳，颈肌防御性痉挛，刺激后纵韧带与第 1~4 颈神经根，其主要表现为颈部酸痛及沉重不适感，可向枕部及肩背部放射，颈部肌肉紧张僵硬可有压痛或颈项强直、疼痛，甚者整个肩背疼痛僵硬，严重时致颈部屈曲和旋转功能受限[1]，属于祖国医学“项痹”“肩颈痛”“痹证”的范畴[9]。其病机为“气滞血瘀、不通则痛”，治以疏经通络，活血止痛[10]为目的。

颈型颈椎病多由颈部软组织劳损、病变、外伤等因素引起[11]。颈椎的平衡由椎体周围肌肉紧密协调的动力平衡和椎体、椎间盘等结构的静力平衡组成。颈椎的平衡处于不停的运动平衡中，长期伏案工作、学习，久而久之易使颈项部肌肉、韧带受到过度牵拉，未得到能及时缓解。易形成劳损，使颈部过度屈曲，

椎体纵向负荷增加，椎间盘过度挤压引起病变，这些都会影响颈椎的稳定[12, 13]。颈椎的这种平衡失调使颈椎的稳定性受到影响，改变颈椎原来的应力点，受力点失衡，加速颈椎椎体退变[14]，颈椎的动力平衡和静力平衡，两者在生理上相互联系，病理上相互影响，任何引起上述一种或两种力学平衡的破坏因素都会直接或间接引起颈椎整体的生物力学平衡失稳，这也是颈椎病发生、发展乃至病情恶化的必由之路 [15]

针刀对颈椎病灶处的粘连、瘢痕、挛缩，行纵行松解，横行剥离起到改善病灶局部微循环、消除无菌性炎症，降低异常高应力及颈周肌肉张力，缓解肌肉痉挛、解除神经卡压等作用，以期恢复和重建颈椎周围的软组织的动态平衡，起到治疗目的[16, 17]。针刀通过对病变部位的软组织瘢痕、粘连、痉挛、增生等病灶进行切割、分离、铲除等以起到松解的作用，还有针的作用，能疏通筋络，调节经气，为颈椎的复位创造条件，继用手法复位，以便于使错位的关节得到纠正[18, 19]。针刀治疗作用于颈椎局部，可以使颈椎局部血管扩张，血流量增加，以此促进颈椎局部新陈

代谢,起到放松肌肉、松解粘连,舒通筋脉、活血散瘀的作用。从而达到“以松为通,通则不痛”的治疗目的。[20-22]

有研究[23]认为手法治疗颈型颈椎病的机制有以下几点:①缓解颈椎局部肌肉紧张和痉挛②使颈椎椎体间隙增宽,椎间孔扩大,解除颈椎对神经根的卡压③纠正颈椎椎体的移位或半脱位或脱位④镇痛止麻。手法治疗通过改变颈椎间盘的应力分布,可以起到降低椎间盘的退变速度和应力松弛率,从而起到有效缓解颈椎病的临床症状[24-26];手法复位,不仅能使错位的颈椎椎体恢复到正常的解剖位置,还可以纠正颈椎关节错位,骨质增生等原因引起的椎基底动脉供血不足的情况,调整关节面位置,增加关节灵活度,缓解肌肉痉挛,改善颈部姿势和运动,从而有效改善颈椎病临床症状[27-30]。

针刀治疗主要是针对肌肉、肌腱、筋膜、关节囊等软组织,通过松解、剥离等方式起到减轻颈部肌张力,疏通颈椎周围的软组织、血管神经的粘连,松解疤痕和挛缩,解除对神经的卡压;并且通过创伤修复机制改善颈部血液循环,促进炎症吸收,消除疼痛症状,恢复颈部组织的动力平衡[31];手法治疗主要是对椎体、椎间盘、小关节错位对神经、血管形成卡压予以纠正,解除对神经、血管的卡压,恢复静力平衡。因此,针刀配合手法治疗颈型颈椎病是恢复和重建颈部的解剖平衡、力学平衡,最终实现代谢平衡[32, 33]。

参考文献

[1] SIU DC, TSE LA, YU IT, et al. Computer products usage and prevalence of computer related musculoskeletal dis-comfort among adolescents [J]. Work, 2009, 34(4): 449-454.

[2] 针刀治疗颈型颈椎病的临床研究进展 [J]. 胡乐乐, 胡延青, 王海东. 中医研究. 2018(10).

[3] 吴在德, 吴肇汉. 外科学 [M]. 6 版. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 880-885.

[4] 王和鸣, 黄桂成. 中医骨伤学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012.

[5] 李增春, 陈德玉, 吴德升, 赵杰, 王新伟, 卢旭华, 郭永飞, 于彬, 刘忠汉, 赵定麟. 第三届全国颈椎病专题座谈会纪要 [J]. 中华外科杂志, 2008(23): 1796-1799.

[6] 温针联合王氏整脊手法治疗颈椎病 36 例 [J]. 黄明江, 黄宗菊. 实用中医药杂志. 2010(08).

[7] 颈椎活动度测量的研究现状及进展 [J] 宋辉, 李浩鹏, 高中洋, 高正超, 贺西京. 生物骨科材料与临床研究. 2017(05).

[8] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准 [S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 186-190.

[9] 张欣. 针刀治疗颈型颈椎病实验与临床研究及机理探讨 [D]. 南京中医药大学, 2015.

[10] 陈敏, 何盈盈, 左振芹, 谢甦, 罗雄. 督脉同心圆刺法配合恒古骨伤愈合剂治疗腰椎间盘突出症的临床观察 [J]. 中国民间疗法, 2021, 29(23): 78-80+103.

[11] 针刀治疗颈型颈椎病研究进展 [J] 盛旭飏, 马勇. 中医学报. 2017(09).

[12] 牵引锻炼颈托在颈型颈椎病治疗中的应用效果 [J]. 肖亮星, 李友余, 江泽平, 关宏刚. 中国骨科临床与基础研究杂志. 2017(05).

[13] 左振芹, 陈敏, 谢甦, 罗能先. 白脉软膏刮痧配合灸法在颈椎病治疗中的效果 [J]. 中国现代医生. 2021, 59(16): 146-149.

[14] 魏威, 廖胜辉, 韩颖. 非创伤性生理曲度变直与颈型颈椎病关系的生物力学研究 [J]. 中华中医药学刊, 2011, 29(11): 2474-2476.

[15] 赵东升. 颈椎病的发病机制及临床检查 [J]. 中国疗养医学, 2014, 23(9): 817-818.

[16] 陈关富, 赖志刚. 针刀治疗颈源性眩晕 [M]. 四川: 四川科技出版社, 2006.

[17] 陈敏; 左振芹; 钟亚彬等; 针刀疗法联合医用臭氧治疗屈指肌腱狭窄性腱鞘炎疗效观察, 针灸临床杂志, 2012, 28(12): 32-34.

[18] 针灸联合推拿疗法治疗椎动脉型颈椎病疗效及对患者血流动力学的影响 [J]. 沈羽思. 现代中西医结合杂志. 2018(35).

[19] 陈敏, 左振芹, 向东东等. 针刀治疗股外侧皮神经卡压综合症的疗效观察 [J]. 针灸临床杂志. 2013(02).

[20] 李丽, 孙敬龙, 鹿海峰. 循经弹拨法治疗肩周炎的临床疗效观察 [J]. 中华物理医学与康复杂志, 2014, 36(1): 75-76, 118.

[21] 曹丽, 王凡. 针刀疗法与针刺拔罐法治疗颈型颈椎病疗效对比观察 [J]. 中国针灸, 2014, 34(5): 499-502.

[22] 周世民, 张驰, 张鑫, 等. 针刀项后六点加减治疗颈型颈椎病临床疗效观察 [J]. 辽宁中医杂志, 2010, 37(8): 1580-1581.

[23] 符文彬, 梁兆晖, 徐书君, 等. NPQ 颈痛量表在对慢性颈痛患者的适用性评价 [C]. 广东省针灸学会学术研讨会暨全国脑卒中及脊柱相关性非药物诊疗技术培训班, 2011.

- [24] 姜宏, 施祀. 颈椎手法的生物力学研究与探索 [J]. 中国中医骨伤科杂志. 1999, 7(2): 52-54.
- [25] 生物力学在中医骨伤手法治疗颈椎病中的应用 [J] 邓真, 牛文鑫, 王辉昊, 詹红生. 医用生物力学. 2015(06).
- [26] 手法治疗颈椎病的若干问题 [J]. 李义凯. 中医正骨. 2018(03).
- [27] 颈椎病手法治疗研究近况 [J]. 钟仲, 周红海, 徐毅高, 陈龙豪, 杨钦, 何心愉. 广西中医药. 2019(06).
- [28] 郭黎平, 陈曦, 樊继宏, 焦培峰, 钟世镇. 颈椎拔伸旋转手法内在应力的实时监测 [J]. 中国临床解剖学杂志, 2010, 28(05): 578-581. DOI: 10.13418/j.issn.1001-165x.2010.05.038.
- [29] 多元化整脊手法快速治疗颈型颈椎病疗效评价 [J]. 何成斌, 王虹乔, 程胜强, 卢飞, 苏比努尔. 当代医学. 2018(33).
- [30] 陈立, 张明月, 兰秀芳, 等. 仰卧拔伸手法结合颈肌等长收缩锻炼治疗颈型颈椎病的临床研究 [J]. 中医正骨, 2013, 25(10): 17-23.
- [31] 朴起范, 郭长青, 付伟涛, 等. 针刀疗法对腰椎间盘突出症根性神经痛大鼠血清 IL-1 和 IL-6 的影响 [J]. 安徽中医药大学学报, 2014, 33(6): 42-45.
- [32] 房敏, 朱清广, 洪水棕. 推拿手法调整脊柱骨错缝的杠杆原理分析 [J]. 中国骨伤, 2010, 23(10): 780-783.
- [33] 针刀医学原理及研究进展 [J] 丁宇, 王燮荣. 现代中西医结合杂志. 2011(35).

作者简介

陈敏

1984 年生, 副主任医师. 主要研究方向为针灸的基础与临床研究, 针刀医学的基础与临床研究, 中西医治疗神经系统疾病的基础与临床研究, 正骨手法的临床研究.

E-mail: 410036680@qq.com