

[文章编号] 1007-0893(2023)22-0058-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2023.22.017

中医针灸治疗颈椎小关节错缝对患者康复的价值分析

蔡景渊

(漳州招商局经济技术开发区第一医院, 福建 漳州 363105)

[摘要] 目的: 研究对颈椎小关节错缝患者实施中医针灸治疗康复的价值。方法: 选择漳州招商局经济技术开发区第一医院 2021 年 2 月至 2022 年 2 月就诊的 72 例颈椎小关节错缝患者, 随机分为对照组(常规治疗)和观察组(在常规治疗基础上增加针灸治疗), 各 36 例, 比较两组患者实施效果。结果: 观察组患者总有效率为 97.22%, 高于对照组的 75.00%, 差异具有统计学意义($P < 0.05$); 观察组患者疼痛消失、肌力恢复、感觉恢复时间短于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$); 治疗后观察组患者视觉模拟评分法(VAS)、颈痛症状评分(NPQ)评分低于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$); 治疗后观察组患者血清肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、 γ 干扰素(IFN- γ)水平低于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 针对颈椎小关节错缝患者采取中医针灸治疗可有效提高疗效, 缩短病程, 减轻患者疼痛感以及炎症反应, 对其康复有积极作用。

[关键词] 颈椎小关节错缝; 中医针灸; 康复效果

[中图分类号] R 653 **[文献标识码]** B

颈椎小关节错缝患者主要由于人体颈椎小关节活动超过正常范围, 出现关节面错位表现, 该病发病率高, 主要由于外伤、睡姿错误等原因引起, 发病后引起颈痛症状, 治疗不当将影响到患者生活质量^[1]。临床上主要采取牵引治疗恢复关节活动功能, 牵引治疗能够有效改善神经根粘连, 改善局部组织水肿以及充血等情况。但效果有限, 需要多次治疗恢复患者颈椎活动能力, 造成治疗时间增加。从中医理论分析, 该病属于“骨错缝”“筋出槽”, 病机在于气滞血瘀、经络阻滞、受外邪入侵等^[2]。中医治疗主要采取针灸方式治疗, 针灸治疗能够针对性刺激对应穴位, 通过穴位刺激促进局部血液循环, 疏通气血, 从而改善由于经络阻滞、邪气入侵引起的颈痛症状。为研究针灸治疗效果, 本研究选取 72 例颈椎小关节错缝患者为研究对象展开分析, 具体如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择漳州招商局经济技术开发区第一医院 2021 年 2 月至 2022 年 2 月就诊的 72 例颈椎小关节错缝患者, 随机分为对照组和观察组, 各 36 例。对照组男性 19 例, 女性 17 例; 年龄 31~67 岁, 平均年龄(53.64 ± 3.15)岁; 病程 1~5 年, 平均病程(3.12 ± 0.25)年。观察组男性 20 例, 女性 16 例; 年龄 34~68 岁, 平均年龄(53.90 ± 3.19)岁; 病程 1~5 年, 平均病程(3.15 ± 0.24)年。

两组患者性别、年龄、病程等一般资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入及排除标准

1.2.1 纳入标准 (1) 符合《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[3]颈椎小关节错缝诊断标准; (2) 颈部活动受限并存在疼痛感; (3) 患者知情同意本研究; (4) 无治疗相关禁忌证, 近 1 个月内未接受过相关治疗。

1.2.2 排除标准 (1) 存在精神或智力异常, 无法配合调查; (2) 同时接受其他治疗方法; (3) 存在其他颈椎疾病; (4) 处于妊娠期等特殊时期。

1.3 方法

1.3.1 对照组 采取常规治疗方案, 根据患者病情采取牵引治疗, 让患者保持仰卧位后, 操作者使用右手承托下颌, 左手承托头部, 叮嘱患者放松身心后, 从水平方向牵拉患者头部, 牵拉力量需要至腰骶部位。然后对头部牵拉, 角度不超过 45°。反方向重复进行, 1 次·d⁻¹, 持续治疗 1 个月。同时给予塞来昔布(辉瑞制药有限公司, 国药准字 J20120063) 0.2 g·次⁻¹, 2 次·d⁻¹, 持续用药 1 个月。并进行推拿治疗, 协助患者保持坐立状态, 叮嘱患者将腰背部挺直, 放松肌肉, 通过捏揉等方式放松肌肉, 促进经脉活络, 使用患者耐受力度进行推拿, 感到微痛为宜, 20 min·次⁻¹, 1 次·d⁻¹。持续治疗 1 个月后观察疗效。

1.3.2 观察组 在对照组基础上采取针灸治疗, 叮

[收稿日期] 2023-09-26

[作者简介] 蔡景渊, 男, 主治医师, 主要研究方向是中医针灸学。

嘱患者保持坐立位，肩颈平直，放松身心。采取捏揉方法放松肌肉，促进经络放松。选取风池、天柱、大椎、悬钟、颈夹脊等穴位作为主穴；百会、后溪、肩外俞、身柱等穴位作为配穴。取 0.30 mm×40 mm 一次性针灸针，对皮肤区域消毒后刺入，得气后留针 30 min，使用平补平泻针刺方法，针刺后于风池、大椎穴加艾柱温针灸。1 次·d⁻¹，持续治疗 1 周，休息 3 d 后继续下一阶段治疗。持续治疗 1 个月后观察疗效。

1.4 观察指标

(1) 根据《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[3]评价临床疗效，显效：症状消失，恢复正常活动，X 线片检查关节错缝消失；有效：症状、活动功能明显改善，X 线片影像明显改善；无效：症状和颈椎功能、X 线片检查均未见改善。总有效率 = (显效 + 有效) / 总例数 × 100%。(2) 统计两组患者疼痛消失、肌力恢复以及感觉恢复的时间。(3) 疼痛评价，使用视觉模拟评分法(visual analogue scales, VAS)^[4]，0~10 分，分数降低即疼痛感缓解，了解患者主观疼痛感受。使用颈痛症状评分(neck pain questionnaire, NPQ)^[5]，0~100 分，分数高即症状严重，评估颈椎疾病治疗中治疗效果。(4) 炎症因子水平，取患者空腹静脉血 2 mL，经过离心处理 5 min (3000 r·min⁻¹)，在 -80℃ 冷冻保存备用。使用酶联免疫吸附法进行检测，按照设备操作说明书严格执行，测定炎症因子肿瘤坏死因子-α(tumor necrosis factor-α, TNF-α)、γ 干扰素(interferon-γ, IFN-γ)。

1.5 统计学分析

采用 SPSS 26.0 软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较

观察组患者总有效率为 97.22%，高于对照组的 75.00%，差异具有统计学意义(*P* < 0.05)，见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较 [n = 36, n(%)]

组别	显效	有效	无效	总有效
对照组	16(44.44)	11(30.56)	9(25.00)	27(75.00)
观察组	22(61.11)	13(36.11)	1(2.78)	35(97.22) ^a

注：与对照组比较，^a*P* < 0.05。

2.2 两组患者疼痛消失时间比较

观察组患者疼痛消失、肌力恢复、感觉恢复时间短于对照组，差异具有统计学意义(*P* < 0.05)，见表 2。

2.3 两组患者治疗前后颈痛症状评分比较

治疗后观察组患者 VAS、NPQ 评分低于对照组，差异具有统计学意义(*P* < 0.05)，见表 3。

表 2 两组患者疼痛消失时间比较 (n = 36, $\bar{x} \pm s$, d)

组别	疼痛消失	肌力恢复	感觉恢复
对照组	11.72 ± 1.32	13.76 ± 1.48	12.64 ± 1.67
观察组	7.95 ± 2.27 ^b	8.50 ± 1.86 ^b	8.16 ± 2.30 ^b

注：与对照组比较，^b*P* < 0.05。

表 3 两组患者治疗前后颈痛症状评分比较 (n = 36, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	VAS	NPQ
对照组	治疗前	6.86 ± 1.12	42.28 ± 5.32
	治疗后	2.45 ± 0.36	21.67 ± 2.16
观察组	治疗前	6.90 ± 1.18	42.31 ± 5.24
	治疗后	0.62 ± 0.10 ^c	9.85 ± 3.75 ^c

注：VAS—视觉模拟评分法；NPQ—颈痛症状评分。与对照组治疗后比较，^c*P* < 0.05。

2.4 两组患者治疗前后血清炎症因子水平比较

治疗后观察组患者血清 TNF-α、IFN-γ 水平低于对照组，差异具有统计学意义(*P* < 0.05)，见表 4。

表 4 两组患者治疗前后血清炎症因子水平比较

(n = 36, $\bar{x} \pm s$, ng·mL⁻¹)

组别	时间	TNF-α	IFN-γ
对照组	治疗前	627.54 ± 10.16	921.43 ± 16.72
	治疗后	362.33 ± 8.75	554.38 ± 15.26
观察组	治疗前	627.31 ± 10.70	920.89 ± 16.54
	治疗后	282.45 ± 7.20 ^d	437.71 ± 14.19 ^d

注：TNF-α—肿瘤坏死因子-α；IFN-γ—γ 干扰素。与对照组治疗后比较，^d*P* < 0.05。

3 讨论

人体颈椎包括多个小体积关节，日常活动频率高，负重过度或活动不当都有可能引起退行性改变。颈椎小关节错缝患者由于颈椎小关节活动超过正常范围，出现关节面错位，小关节面形成错位而引发疾病。该病中老年人发病率较高，患者发病后会产生颈痛症状，严重时影响患者正常活动能力，造成生活质量降低。该病主要由睡姿不当、外力伤害、颈部不良伸展等引起，不同患者有不同的症状表现，部分患者产生头晕、头痛等症状，给患者生活带来负面影响。在中医理论中，该病属于“骨错缝”“筋出槽”范畴，病机在于患者经脉不通、气滞血瘀、受外邪入侵等原因，引起发病^[6]。在临床治疗上，给予患者塞来昔布抗炎治疗，缓解患者的疼痛感，同时通过手法牵引推拿治疗改善关节错位，促进颈椎功能和活动能力的恢复。牵引推拿手法通过对颈椎活动的限制控制椎间盘压力，从而减轻症状。但牵引推拿治疗发挥作用时间短，中断治疗后容易病情反复发作^[7]。同时受到患者颈部肌肉、体质量、患者配合度等因素的干扰，也难以达到预期疗效。仅依赖于牵引推拿治疗很难改善气滞血瘀、经络不通的病机，且塞来昔布镇痛作用有限，无法达到根治效果。

中医治疗中, 针灸通过对患者穴位刺激发挥出调节经络, 促进气血运行的效果, 有利于调节阴阳平衡, 达到治疗目的。针灸治疗选取穴位进行刺激, 更有利于作用于病机病灶, 疏通肩颈部位的气血, 改善患者活动受限及疼痛感^[8]。选取风池、天柱、大椎、悬钟、颈夹脊等穴位作为主穴; 百会、后溪、肩外俞、身柱等穴位作为配穴^[9]。选取对应穴位进行针刺治疗, 刺激肩颈部血液循环, 促进气血运行, 疏通经络, 更有利于取得良好疗效^[10]。其中风池穴具有祛风清利、平抑肝胆作用, 主治颈项疼痛, 针刺治疗还可改善头痛眩晕; 天柱穴具有化气壮阳作用, 主治头颈、肩背疼痛, 常用于颈椎病治疗中; 大椎穴具有镇痛清热作用, 可治疗颈项疼痛、感冒发热等症状^[11]; 悬钟穴具有通经活络、壮骨益肾作用, 主要治疗颈项疼痛、中风等疾病; 颈夹脊穴具有祛风活血、通经活络作用, 在颈椎病治疗中常见, 同时可缓解头痛眩晕。配穴百会穴具有息风醒脑作用, 在中风、失眠治疗中常见, 有利于促进头颈部气血运行; 后溪穴具有清热解郁、舒筋祛风作用, 主要治疗头颈部疼痛、腰背部疼痛等, 也能改善头晕目眩; 肩外俞穴具有祛风镇痛、通经活络功效, 主要治疗肘臂、颈项、肩背疼痛; 身柱具有宁心安神、清热宣肺功效, 主要治疗脊背疼痛等疾病。从现代医学理论分析, 针灸治疗通过针刺作用有利于缓解肌肉痉挛, 大幅减轻椎间盘压力作用, 针灸可以作用于椎间孔间隙, 减轻由于神经根受压产生的应力, 消除神经根组织粘连^[12]。同时也能促进局部区域血液循环, 改善充血水肿的情况, 缓解椎间盘和周围组织的压力, 达到良好治疗效果。通过针刺对颈椎活动范围的限制, 促进颈椎组织水肿和充血的消退, 从而改善不适感。本研究中, 观察组患者治疗总有效率较对照组高, 疼痛消失、肌力恢复、感觉恢复时间短于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。可见经过施针, 有利于提高治疗针对性, 全面提高疗效, 缩短患者病程, 加快患者康复速度。同时经过对疼痛感评估, 观察组患者治疗后 VAS、NPQ 评分低于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。证实针灸治疗在缓解患者疼痛感上有着突出优势, 能大幅减轻患者的疼痛感, 减轻症状严重程度。

TNF- α 作为常见的炎症指标, 参与人体炎症反应, 通过观察 TNF- α 水平变化评估机体炎症反应。IFN- γ 作为多功能活性蛋白, 具有抗病毒、调节免疫功能等作用, 在类风湿性关节炎治疗中常见^[13]。针灸治疗通过作用于不同穴位, 能够促进激素等物质分泌刺激神经组织, 放松肌肉组织, 达到缓解疼痛的效果。同时有研究指出, 针刺刺激能调节炎症因子通路, 从而抑制炎症因子激活, 发挥出抑制炎症的抗炎作用^[14]。本研究结果发现, 观察

组治疗后血清 TNF- α 、IFN- γ 水平低于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。证实针灸治疗有利于调节炎症水平发挥出抗炎作用, 抑制炎症反应, 更有利于患者预后和康复, 对临床疗效有积极影响^[15]。

综上所述, 针对颈椎小关节错缝患者采取中医针灸治疗可有效提高疗效, 缩短病程, 减轻患者疼痛感以及炎症反应, 对其康复有积极作用。

[参考文献]

- [1] 吴艳孙. 加味桂枝加葛根汤联合推拿在颈椎病患者治疗中的效果观察 [J]. 江西中医药大学学报, 2023, 35 (4): 50-53.
- [2] 张怡瑾, 李辉, 陈子颖, 等. 基于“筋出槽, 骨错缝”病机探析推拿治疗颈椎病的调衡作用 [J]. 中医杂志, 2023, 64 (14): 1436-1439.
- [3] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行) [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 58-60.
- [4] 倪博然, 赵进喜, 黄为钧, 等. 基于视觉模拟评分法探究中医临床疗效评价新方法 [J]. 中华中医药杂志, 2021, 36 (1): 288-292.
- [5] 刘奕均. 基于“颈腰同治”理论针刺治疗颈型颈椎病颈痛的随机对照研究 [D]. 北京: 北京中医药大学, 2020.
- [6] 韩时应, 唐纯志, 崔韶阳, 等. 浮针疗法联合曲旋直提法治疗颈型颈椎病的临床观察 [J]. 广州中医药大学学报, 2022, 39 (8): 1803-1808.
- [7] 陈峰, 朱妹妹, 谢芸, 等. 仰卧位旋转拔伸手法治疗神经根型颈椎病临床疗效观察 [J]. 中国初级卫生保健, 2022, 36 (3): 123-126.
- [8] 熊忠兴, 朱俊琛. 针刺治疗老年颈椎小关节错缝的临床观察 [J]. 中国民间疗法, 2022, 30 (4): 52-54.
- [9] 段振芳. 中医针灸治疗颈椎小关节错缝对患者康复的促进作用探讨 [J]. 中医临床研究, 2021, 13 (30): 129-132.
- [10] 邓真, 詹红生, 李国中, 等. 颈椎旋扳法对“骨错缝”颈椎应力作用的有限元分析 [J]. 中国中医骨伤科杂志, 2021, 29 (10): 37-42, 46.
- [11] 李瑞国, 王占有. 针刀“三步缓推分层松解法”治疗老年神经根型颈椎病的临床效果 [J]. 中国老年学杂志, 2021, 41 (18): 3977-3979.
- [12] 占茂林, 蔡荣林, 郭耀斌, 等. 恢刺法结合改良颈椎扳法治疗寰枢关节错位所致颈源性头痛的临床疗效观察 [J]. 中华中医药杂志, 2021, 36 (8): 5092-5096.
- [13] 耿光星, 张学广, 耿世馨, 等. 超声引导下颈神经阻滞联合银质针导热疗法在颈型颈椎病治疗中的疗效观察 [J]. 中国疼痛医学杂志, 2021, 27 (7): 553-555.
- [14] 黄毅. 旋提手法加针刺治疗颈椎小关节错缝临床观察 [J]. 实用中医药杂志, 2021, 37 (3): 476-477.
- [15] 刘川源, 王平, 张德宏, 等. 旋提手法治疗颈椎病研究进展 [J]. 陕西中医, 2023, 44 (3): 403-405.