

[文章编号] 1007-0893(2024)03-0070-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2024.03.020

# 深刺针法联合郭氏仰卧拔伸牵引手法 治疗神经根型颈椎病的效果

苏宏图<sup>1</sup> 敖志坚<sup>2</sup>

(1. 厦门市同安区中医医院, 福建 厦门 361100; 2. 长沙市中医医院, 湖南 长沙 410000)

**[摘要]** 目的: 分析深刺针法联合郭氏仰卧拔伸牵引手法对神经根型颈椎病(CSR)患者疼痛程度及颈椎病临床评价量表(CASCS)评分的影响。方法: 选取厦门市同安区中医医院2019年2月至2021年1月诊治的114例CSR患者, 随机分为两组, 每组57例。对照组患者给予西医联合常规手法及牵引治疗, 观察组患者给予深刺针法联合郭氏仰卧拔伸牵引手法治疗, 比较两组患者疗效、治疗前后中医证候积分、CASCS评分、视觉模拟评分法(VAS)、血液流变学指标、血清炎症因子水平。结果: 观察组患者总有效率92.98%, 高于对照组的78.95%, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ); 治疗后, 观察组患者颈项疼痛、肢体麻木、头晕目眩、神疲乏力、活动受限评分低于对照组, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ); 治疗后, 观察组患者CASCS各项评分均高于对照组, VAS评分低于对照组, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ); 治疗后, 观察组患者全血高切、中切、低切黏度、血浆黏度、血清白细胞介素-6(IL-6)、IL-1 $\beta$ 、肿瘤坏死因子- $\alpha$ (TNF- $\alpha$ )水平均低于对照组, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论: 深刺针法联合郭氏仰卧拔伸牵引手法治疗CSR, 可降低患者疼痛程度, 改善血液流变学指标, 降低机体炎症因子水平, 促进症状恢复。

**[关键词]** 神经根型颈椎病; 深刺针法; 郭氏仰卧拔伸牵引手法

**[中图分类号]** R 681.5<sup>+</sup>3 **[文献标识码]** B

神经根型颈椎病(cervical spondylotic radiculopathy, CSR)近年来发病日趋年轻化, 严重影响患者生活质量<sup>[1]</sup>。目前, 临床多采用中医方法与西医结合治疗CSR。中医学认为, CSR属“项痹”“痹证”范畴, 病机在于久劳成疾, 致气血失和, 致经络不通, 不通则痛。治疗应以理气止痛、活血化瘀为治疗原则<sup>[2]</sup>。深刺针法、郭氏仰卧拔伸牵引手法均可有效改善CSR患者临床症状, 可活血化瘀、舒筋活络, 但较少研究涉及两者联合治疗CSR临床效果。因此本研究选取114例CSR患者, 旨在观察深刺针法联合郭氏仰卧拔伸牵引手法临床疗效, 具体结果如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取厦门市同安区中医医院2019年2月至2021年1月诊治的114例CSR患者, 随机分为两组, 每组57例。观察组中男性38例, 女性19例; 年龄31~72岁, 平均(52.48 $\pm$ 8.74)岁; 病程1~15年, 平均(8.31 $\pm$ 3.12)年。对照组中男性36例, 女性21例; 年龄31~69岁, 平均(51.77 $\pm$ 9.24)岁; 病程2~16年, 平均(8.25 $\pm$ 2.66)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 病例选择

1.2.1 诊断标准 (1) 西医诊断符合《神经根型颈椎病诊疗规范化的专家共识》<sup>[3]</sup>: 伴有颈、肩、背疼痛, 上肢麻木等症状, 可有肌肉萎缩和上肢肌力减弱, 臂丛牵拉试验(+), 压颈试验(+); (2) 中医诊断符合《中医病证诊断疗效标准》<sup>[4]</sup>中“项痹”相关标准: 肩颈部刺痛, 颈部僵硬, 活动不利, 舌淡红、苔薄白、脉弦紧; 影像学检查: 颈椎关节增生, 椎间孔变小, 椎间隙狭窄, 有韧带钙化和骨质增生。

1.2.2 纳入标准 (1) 符合上述诊断标准; (2) 近2周末进行相关治疗; (3) 患者知情同意本研究。

1.2.3 排除标准 (1) 合并脊髓型等其他类型颈椎病; (2) 合并颈椎结核、骨肿瘤、骨质疏松症者; (3) 脊髓损伤、脊柱损伤者; (4) 严重肝肾功能不全者; (5) 伴有严重心脑血管疾病、糖尿病; (6) 妊娠期妇女及精神疾病患者。

### 1.3 方法

1.3.1 对照组 采取常规手法及牵引治疗。患者取坐位, 采取扳颈、上提颈椎、颈肩部放松、点按穴位等常规操作, 牵引治疗时保持颈部向躯干纵轴前倾15°~20°, 牵引物质量为自身体质量10%~15%, 20 min·次<sup>-1</sup>,

[收稿日期] 2023-11-25

[作者简介] 苏宏图, 男, 副主任医师, 主要研究方向是四肢骨关节疾病的中西医治疗。

1 次 · d<sup>-1</sup>，治疗 4 周。

1.3.2 观察组 采取深刺针法联合郭氏仰卧拔伸牵引手法治疗。深刺针法：选择风池、后溪、外关、大椎、百劳、肩井、束骨、颈夹脊穴位，协助患者端坐，俯伏桌面，使用 0.35 mm×60.00 mm 针灸针，以 45° 刺入第 7 颈椎与第 1 胸椎之间的棘突间隙处，深度 1.5~2.0 寸，留针 15 min；之后选择 0.35 mm×20.00 mm 针灸针刺入其他穴位，留针 15 min，隔日 1 次。郭氏仰卧拔伸牵引手法：协助患者俯卧位，以右手手掌在颈肩部按、揉、推、拿，约 5 min，使颈肌松弛；患者取仰卧位，双手重叠微托颈部，着力点取第 3, 4, 5, 6 颈椎棘突间隙，牵引力度以患者颈后着力感强、牵引处无明显不适感为宜，先持续牵引 15 s，逐步减力放松 10 s，再加力持续牵引，定点牵引 10 min；操作者使用食、中、环三指，以指腹用力沿颈部两侧膀胱经和督脉直线平推，由下而上拔伸弹拨，双手协作，进行 3~5 遍。隔日治疗 1 次，与深刺针法交替进行，治疗 4 周。

1.4 疗效评判标准

显效：症状体征基本消失，不影响正常工作，中医证候积分减分率 ≥ 70%；有效：症状体征明显改善，对日常生活和生活有一定影响，30% ≤ 中医证候积分减分率 < 70%；无效：未达到上述标准。减分率 = (治疗前积分 - 治疗后积分) / 治疗前积分 × 100%，总有效率 = (显效 + 有效) / 总例数 × 100%。

1.5 观察指标

(1) 中医证候积分：依据《中药新药临床研究指导原则》<sup>[5]</sup>中相关临床证候评定，包括颈项疼痛、肢体麻木、头晕目眩、神疲乏力、活动受限评分，根据症状严重程度评为 6 分(重)、4 分(中)、2 分(轻)、0 分(无)。(2) 颈椎病临床评价量表及疼痛评估：统计两组患者治

疗前后视觉模拟评分法 (visual analogue scales, VAS)、颈椎病临床评价量表 (clinicol assessment scale for cervical spondylosis, CASCS) 评分情况。VAS 评估疼痛程度，分值越高疼痛程度越重<sup>[2]</sup>。CASCS 包括症状、体征及工作生活能力，各领域分值越高临床治疗效果越好<sup>[3]</sup>。

(3) 血液流变学指标：检测两组治疗前后全血高切、中切、低切黏度及血浆黏度。(4) 血清炎症因子水平：取两组患者治疗前后晨起空腹外周肘静脉血 3 mL，离心取上层血清 (3500 r · min<sup>-1</sup>，半径 8 cm，10 min)，酶联免疫法检测血清白细胞介素 -6 (interleukin-6, IL-6)、IL-1β、肿瘤坏死因子 -α (tumor necrosis factor-α, TNF-α) 水平。

1.6 统计学分析

采用 SPSS 22.0 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  $\chi^2$  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 92.98%，高于对照组的 78.95%，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 = 57, n(%)]

组别	显效	有效	无效	总有效
对照组	20(35.09)	25(43.86)	12(11.05)	45(78.95)
观察组	26(45.61)	27(47.37)	4(7.02)	53(92.98) <sup>a</sup>

注：与对照组比较，<sup>a</sup>*P* < 0.05。

2.2 两组患者治疗前后中医证候积分比较

治疗后，观察组患者颈项疼痛、肢体麻木、头晕目眩、神疲乏力、活动受限评分低于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 2。

表 2 两组患者治疗前后中医证候积分比较 (n = 57,  $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	时间	颈项疼痛	肢体麻木	头晕目眩	神疲乏力	活动受限
对照组	治疗前	4.12 ± 1.04	4.19 ± 1.02	3.79 ± 0.91	3.71 ± 0.81	4.17 ± 0.94
	治疗后	2.18 ± 0.70	2.41 ± 0.54	2.18 ± 0.64	2.21 ± 0.59	2.26 ± 0.43
观察组	治疗前	4.08 ± 1.02	4.15 ± 0.99	3.85 ± 0.87	3.64 ± 0.72	4.25 ± 0.87
	治疗后	1.46 ± 0.31 <sup>b</sup>	1.74 ± 0.38 <sup>b</sup>	1.46 ± 0.29 <sup>b</sup>	1.58 ± 0.41 <sup>b</sup>	1.82 ± 0.38 <sup>b</sup>

注：与对照组治疗后比较，<sup>b</sup>*P* < 0.05。

2.3 两组患者治疗前后临床效果、疼痛程度比较

治疗后，观察组患者 CASCS 各项评分均高于对照组，VAS 评分低于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 3。

2.4 两组患者治疗前后血液流变学指标比较

治疗后，观察组患者全血高切、中切、低切黏度及血浆黏度均低于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 4。

表 3 两组患者治疗前后 CASCS、VAS 评分比较

(n = 57,  $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	时间	CASCS			VAS
		症状	体征	工作生活能力	
对照组	治疗前	12.84 ± 2.36	52.47 ± 6.08	5.87 ± 1.51	6.72 ± 1.74
	治疗后	15.72 ± 3.49	60.58 ± 7.81	7.26 ± 1.48	2.96 ± 0.42
观察组	治疗前	12.58 ± 2.23	53.26 ± 6.52	5.96 ± 1.23	6.89 ± 1.56
	治疗后	18.41 ± 4.52 <sup>c</sup>	67.92 ± 9.25 <sup>c</sup>	8.93 ± 1.74 <sup>c</sup>	1.82 ± 0.56 <sup>c</sup>

注：CASCS 一颈椎病临床评价量表；VAS 一视觉模拟评分法。与对照组治疗后比较，<sup>c</sup>*P* < 0.05。

表4 两组患者治疗前后血液流变学指标比较

(n = 57,  $\bar{x} \pm s$ , mPa · s)

组别	时间	全血高切黏度	全血中切黏度	全血低切黏度	血浆黏度
对照组	治疗前	4.45 ± 0.57	5.87 ± 0.75	21.06 ± 4.67	1.80 ± 0.54
	治疗后	4.21 ± 0.53	5.68 ± 0.71	16.98 ± 2.46	1.68 ± 0.42
观察组	治疗前	4.36 ± 0.52	5.95 ± 0.78	20.23 ± 4.25	1.72 ± 0.41
	治疗后	3.88 ± 0.32 <sup>d</sup>	5.04 ± 0.62 <sup>d</sup>	15.26 ± 2.82 <sup>d</sup>	1.14 ± 0.31 <sup>d</sup>

注: 与对照组治疗后比较, <sup>d</sup>P < 0.05。

### 2.5 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 IL-6、IL-1β、TNF-α 水平均低于对照组, 差异具有统计学意义 (P < 0.05), 见表 5。

表5 两组患者治疗前后血清炎症因子水平比较

(n = 57,  $\bar{x} \pm s$ , ng · L<sup>-1</sup>)

组别	时间	IL-1β	IL-6	TNF-α
对照组	治疗前	6.47 ± 1.34	42.12 ± 5.34	17.01 ± 3.82
	治疗后	2.61 ± 0.67	27.41 ± 3.97	9.58 ± 1.82
观察组	治疗前	6.60 ± 1.21	43.25 ± 6.04	17.36 ± 3.15
	治疗后	1.54 ± 0.52 <sup>e</sup>	18.26 ± 2.84 <sup>e</sup>	5.95 ± 1.08 <sup>e</sup>

注: IL-6 一白细胞介素-6; TNF-α 一肿瘤坏死因子-α。与对照组治疗后比较, <sup>e</sup>P < 0.05。

### 3 讨论

CSR 患者主要表现为颈部麻木疼痛与上肢放射性疼痛, 随病情进展, 患者功能活动受限加重, 极大降低生活质量。西医治疗 CSR 以抗炎镇痛药和物理治疗为主, 虽可缓解患者临床症状, 但难以良好控制病情, 存在病症反复发作及不良反应增多等问题, 目前中西医结合治疗在 CSR 治疗中取得了显著疗效<sup>[6]</sup>。

中医理论认为 CSR 多因积劳伤颈, 精气亏虚, 筋骨懈惰, 兼之外感风寒湿邪, 髓海失养, 气血难和, 日久而发病, 故中医治则以活血通络、补气益肾为主<sup>[7]</sup>。本研究观察组选取深刺针法联合郭氏仰卧拔伸牵引手法治疗 CSR, 其中深刺针法有通络活血之效, 针刺颈夹脊、百劳、肩井、外关、风池、后溪、束骨穴位, 可调节阴阳, 疏经通络, 针刺大椎穴可理气活血<sup>[9]</sup>。郭氏仰卧拔伸牵引手法为郭宪章主任医师所创, 其从事骨伤科疾病多年, 尤擅长运用手法治疗骨科常见病。郭氏仰卧拔伸牵引手法是理筋手法和拔伸牵引手法的联合, 有理筋松解、舒筋活络、行气止痛、活血化瘀之效, 与深刺针法联合可提高针刺镇痛效果, 协同发挥舒经活络、活血化瘀的功效。

现代研究证实, 针刺大椎穴有助于改善颈部血流,

减轻神经血管压迫, 缓解患者疼痛麻木症状<sup>[8]</sup>。郭氏仰卧拔伸牵引手法可梳理韧带, 理顺肌纤维, 纠正椎曲紊乱, 恢复错位的椎体、椎间关节, 从而善受压神经血液循环, 促进致痛物质消散及炎症物质的分解与转化, 减轻对血管、神经的刺激, 缓解患者根性疼痛。在此基础上联合深刺针法, 可进一步松解粘连软组织, 改善局部活动功能; 还可有效恢复椎间孔狭窄, 减轻神经根压迫, 协同缓解患者疼痛。

本研究结果显示, 观察组治疗后总有效率、CASCS 评分均高于对照组, VAS 评分、中医证候积分均低于对照组, 差异具有统计学意义 (P < 0.05), 说明深刺针法联合郭氏仰卧拔伸牵引手法治疗 CSR 可减轻患者疼痛, 促进症状恢复。本研究结果还发现, 治疗后, 观察组血液流变学指标、血清炎症指标优于对照组, 差异具有统计学意义 (P < 0.05), 提示深刺针法联合郭氏仰卧拔伸牵引手法可有效改善血液循环, 抑制炎症。

综上所述, 深刺针法联合郭氏仰卧拔伸牵引手法治疗 CSR, 可改善血液循环, 抑制炎症, 缓解患者疼痛并改善症状。

### [参考文献]

- [1] 赖日华, 黄长明, 董辉祥. 手法配合传统枕颌带牵引联合双氯芬酸钠贴治疗神经根型颈椎病 60 例 [J]. 颈腰痛杂志, 2020, 41 (6): 128-129.
- [2] 朱立国, 唐彬, 魏戎, 等. 中药治疗神经根型颈椎病的应用与配伍规律 [J]. 中国医药导报, 2019, 16 (24): 127-130, 153.
- [3] 中国骨科相关专家小组, 神经根型颈椎病诊疗规范化研究专家共识. 神经根型颈椎病诊疗规范化的专家共识 [J]. 中华外科杂志, 2015, 53 (11): 812-814.
- [4] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准 [S]. 北京: 中国中医药出版社, 2017.
- [5] 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: 74-77.
- [6] 谢瑞, 于杰, 尹逊路, 等. 神经根型颈椎病的现代中医治疗研究进展 [J]. 海南医学院学报, 2019, 25 (17): 1356-1360.
- [7] 康新民, 李泽佳, 王临青, 等. 郭氏仰卧拔伸牵引手法治疗神经根型颈椎病 78 例临床观察 [J]. 甘肃中医药大学学报, 2020, 37 (2): 80-83.
- [8] 乔红伟, 朱惠玮. 传统推拿手法联合脏腑推拿治疗瘀血阻络型腰椎间盘突出症的临床观察 [J]. 中国民间疗法, 2022, 30 (5): 51-54.