

针刀治疗神经根型颈椎病 30 例临床疗效及影像学变化观察^{*}

★ 刘星 王柏阳 邵继满 祁本杰 (江西省中医院 南昌 330006)

摘要:目的:观察针刀治疗神经根型颈椎病疗效。方法:将 60 例神经根型颈椎病患者随机分为针刀组 30 例和普通针刺组 30 例,观察治疗前后症状、体征和影像学改善情况。结果:针刀组在症状与主诉的缓解程度上及总体临床疗效的显愈率上优于普通针刺组,影像学变化两组无显著性差异。结论:针刀疗法适合于神经根型颈椎病的治疗。

关键词:针刀;神经根型颈椎病;影像学

中图分类号:R 245.31⁺9 **文献标识码:**B

笔者自 2005 年 8 月~2006 年 12 月用针刀治疗神经根型颈椎病取得了较满意的效果,同时观察影像学的变化,并与传统针刺疗法作临床对照,现介绍如下:

1 临床资料

神经根型颈椎病患者 60 例,其中男 28 例,女

32 例;年龄 28~60 岁,平均(45±7.6)岁;病程 4 周~12 年,平均(2.9±2.3)年。随机分为针刀治疗组(观察组)30 例和普通针刺组(对照组)30 例。两组患者在性别、年龄、病程、症状及体征等方面比较,差异无显著性意义。病例选择标准参照 1992 年《全国第二届颈椎病专题座谈会纪要》中神经根型颈椎病

^{*} 基金项目:江西省卫生厅中医药课题(040029)

性不仅在于产生的症状给病人带来痛苦,而且还有下尿路梗阻后所产生的全身性病理生理改变。但 BPH 却未必是进展性疾病,甚至病理变化不经治疗也会有所逆转,其梗阻症状也可能不再加重进而减轻。前列腺增生引起的排尿困难,主要为腺体结节增生对尿道的压迫所造成的机械性梗阻,此外,包膜及平滑肌的收缩与张力增加所出现的动力性梗阻也是重要因素。有的病人平时排尿症状并非很重,残余尿不多,出现急性尿潴留的症状仅是由饮酒、受凉、劳累、憋尿诱因等诱发而致^[2]。但中度 BPH 在国内以手术为首选治疗的倾向却比较严重,且技术良莠不齐,由此造成了患者损伤大、费用高、风险大、出现术后并发症等不良后果也越来越突出。因此,非手术治疗就显得格外重要。

我们采取中医手法按摩,食指通过患者肛门进入直肠部,触及前列腺,施以振动、按压、滑动等轻柔的良性刺激,使前列腺平滑肌松弛,从而使尿流率增加;并且通过对增生狭窄环、凹凸处的病灶进行手法治疗,使前列腺增生直接和间接狭窄环松弛、延长或中断,直接和间接凹凸处变小和消除,一方面解除了急性尿潴留的症状,另一方面对前列腺增生起到了

抑制和逆转的作用。

中医学认为,排尿障碍属“癃闭”范畴,病位在膀胱,而膀胱的气化调节与脾气的运输、肾气的开门合、肝气的疏泄密切相关。本治疗组使用针灸疗法,旨在温肾填精,通络祛瘀,通调水道。经现代医学研究证实,针刺上述穴位可调节大脑皮层与内脏神经功能,从而促进膀胱逼尿肌收缩缓解膀胱内括约肌及尿道外括约肌的痉挛,使膀胱恢复排尿功能。在针刺过程中,我们认为必须得气,当针达到一定深度后,必须使患者有酸麻胀感,如果能使针感上行至会阴部及下腹部则效果最佳。

综上所述,我们采用中医手法按摩前列腺辅以针灸治疗中度前列腺增生症并尿潴留,经统计学分析疗效确切、与手术相比损伤小,生活质量较高,费用低廉,值得进一步研究和推广。

参考文献

- [1] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则(第三辑)[S]. 北京:人民卫生出版社,1997:54-57.
- [2] 郭应彪,胡礼泉. 男科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2004:1 494-1 500.

(收稿日期:2008-03-03)

诊断标准。^[1]

2 方法

2.1 治疗方法

针刀治疗组:患者俯卧位,胸下垫高使颈部前屈,充分暴露颈肩部。根据临床表现和体征结合 X 线片,在病变部位触按寻找条索、硬结、压痛等阳性反应点及小关节取 3~5 点作为进针点,用龙胆紫作标记,术野按西医外科手术要求常规消毒,术者戴无菌手套,铺无菌巾,用朱氏 4 号小针刀于上述治疗点,按针刀闭合性手术的四步进针规程,刀口线与神经、血管、肌纤维方向平行,针刀垂直于皮肤进针,用针刀松解棘间韧带和相应的筋膜、肌肉、韧带、关节囊。横行摆动、十字切割。操作要轻巧、准确,中病即止,以免引起患者不适,注意控制针刀深度,以免误伤棘间韧带、黄韧带,甚至误入椎管。术毕按压并贴创可贴。7 天治疗 1 次,一般治疗 3~5 次。

普通针刺组:穴取落枕、阿是穴、颈夹脊、肩井、大椎、天柱、大杼、风池、风府、曲池、合谷、内关。肩井、颈夹脊穴针刺不可过深,余皆常规刺法。行提插捻转手法,留针 20~30 min。每天治疗 1 次,每 6 次休息 1 d,一般不超过 20 次。

2.2 统计学处理

计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表达,经秩和检验和 t 检验;计数资料用卡方检验。以 $P < 0.05$ 具显著性差异。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

症状与体征改善评定根据日本学者田中靖久提出的神经根型颈椎病的 20 分法量表进行评定^[2],比较治疗前后积分差值;总体疗效评定参照《中医病证诊断疗效标准》^[3]制定;影像学改善评定分别从生理曲度、椎间孔大小、双边影、双突影、椎体滑移、椎间隙、骨质增生等情况比较两组病例影像学改善情况。

3.2 治疗结果

见表 1、2、3。

表 1 两组治疗前后症状和功能改变情况

积分类别	针刀治疗组(n=30)		针刺治疗组(n=30)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
症状与体征积分	3.33±1.21	7.23±1.48*	2.93±1.51	6.33±1.75*
工作和生活能力积分	1.40±0.621	2.53±0.57*	1.27±0.640	2.30±0.70*
手功能积分	-1.0±0.695	-0.13±0.434*	-0.77±0.728	0.20±0.407*
体征积分	3.13±1.258	7.20±1.13*	3.60±1.773	7.07±0.94*
症状功能总积分	6.77±2.11	16.83±2.87*	7.71±2.52	15.50±3.34*

注: * 治疗前后组内积分秩和检验和 t 检验 $P < 0.05$; △ 治疗后组间积分秩和检验 $P < 0.05$ 。

表 2 两组临床疗效及百分比比较

组别	n	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效率 (%)	显愈率 (%)
治疗组	30	15	10	3	2	93.3	83.3
对照组	30	10	5	12	3	90.0	50.0

经 Radit 分析, $P = 0.042$, 治疗组与对照组比较有显著性差异 ($P < 0.05$), 说明治疗组总体疗效优于对照组; 两组愈显率经 χ^2 检验, $P = 0.006$, 治疗组与对照组比较有显著性差异 ($P < 0.05$), 说明治疗组愈显率优于对照组; 两组总有效率经 χ^2 检验, $P = 0.640$, 说明两组有效率无显著性差异 ($P > 0.05$), 两组有效率大致相同。

表 3 针刀组、针刺组治疗前后影像学改善情况比较

观测指标	针刀组(n=30)			针刺组(n=30)		
	治疗前例数	治疗后改善	治疗后不变	治疗前例数	治疗后改善	治疗后不变
生理曲度改变	24	16*	8	21	9	12
双边影	18	6*	12	15	3	12
双突影	14	6*	8	17	5	12
椎体滑移	10	4*	6	15	4	11
椎间隙变窄	22	6*	16	19	3	16
骨质增生	28	0*	28	30	0	30
椎间孔变小	26	5*	21	23	3	20

注: * 组间治疗后改善情况经卡方检验, $P > 0.05$ 。

4 讨论

针刀疗法治疗神经根型颈椎病具有疗效好、费时少的优点。从疗效上来看, 针刀组的痊愈率和有效率均较对照组高; 从诊疗花费的时间上来看, 针刀治疗还有时间成本优势; 针刺治疗每天需要 30 min, 而针刀治疗每周仅需 30 min。

针刀治疗神经根型颈椎病, 主要是运用针刀闭合性松解颈肩部软组织的条索、硬结、压痛等阳性反应点及小关节, 即能取得良好的临床效果; 而对治疗前后的影像学观测, 治疗前后并无显著性差异; 从本次临床观测结果来看, 支持朱汉章教授提出的神经根型颈椎病的软组织损伤病因说^[4]。

参考文献

- [1] 孙宇, 陈琪. 第二届颈椎病专题座谈会纪要[J]. 中华外科杂志, 1993, 31(8): 472-475.
- [2] 田中靖久. 颈部神经根症治疗成绩判定基准[J]. 日本整形外科学会杂志, 1993, 67(3): 552.
- [3] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 186.
- [4] 朱汉章. 针刀医学原理[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1999: 126-150.

(收稿日期: 2007-10-12)