

- 报,2004,10(11):66-72.
- [2]司徒仪,杨家林.妇科专病中医临床诊治[M].北京:人民卫生出版社,2005:121.
- [3]杨建花.近年来针灸治疗原发性痛经临床概况与思考[J].中国针灸,2004,24(5):364-366.
- [4]王金海,赵天平,吴焕淦,等.艾烟临床安全性评价的思考[J].上海针灸杂志,2010,29(1):6-11.
- [5]中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则[S].北京:中国医药科技出版社,2002:383.
- [6]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,1994,61-62.
- [7]Cox DJ, Meyer RG: Behavioral Treatment Parameters with Primary dysmenorrhea[J]. J Behav Med 1978,1:297.
- [8]永庆,洪敏,朱荃.原发性痛经研究进展[J].南京中医药大学学报,2003,19(1):62-64.
- [9]潘米香,刘世新,吴艳.应用前列腺素抑制剂治疗痛经80例临床分析[J].数理医学杂志,2000,13(6):81.
- [10]吴焕淦,严洁,余曙光,等.灸法研究的现状与发展趋势[J].上海针灸杂志,2009,28(1):1-6.
- [11]杨元华,刘堂义.艾灸疗法的生物物理机制初探[J].中国针灸,1996,16(10):17-18.
- [12]丁光宏,沈雪勇,褚君浩,等.中医灸与人体穴位红外辐射光谱特性研究[J].中国生物医学工程学报,2002,21(4):356-360.
- [13]邓海平,沈雪勇,丁光宏.艾灸与经络穴位红外辐射特性[J].中国针灸,2004,24(2):105-107.
- [14]闻志坚,谢企良,成鹏.红光对大鼠淋巴细胞转化及白细胞介素-2生产的影响[J].中华理疗杂志,1993,16:146.
- [15]乔志恒.物理治疗学全书[M].北京:科学技术文献出版社,2001:625.
- [16]李炎强,胡军,张晓兵,等.艾叶及其烟气颗粒物挥发性成分的分析[J].烟草科技,2005,219(10):15-21.
- [17]张文惠,汪国华,张佳佳.含雄黄药艾条烟气中砷及焦油含量的测定[J].中药材,1998,21(1):23-25.
- [18]万毅,刘碧山,沈德凯,等.艾叶挥发油治疗疮疡的实验研究[J].中国中医基础医学杂志,2007,13(8):595-597.
- [19]李春梅.艾灸烟雾的吸入对针灸师的影响[J].国外医学中医中药分册,1994,16(4):57-58.
- [20]曾常春,王先菊,李紫儒,等.激光针灸的研究及信息模拟[J].中国临床康复,2005,9:175-177.
- [21]Whittaker P. Laser acupuncture: past, present, and future[J]. Lasers Med Sci,2004,19:69-80.
- [22]汤敏,康瑜,吴敏洁,等.不同波长和功率的半导体激光“光针”对小鼠脑血流量的影响[J].激光生物学报,1998,7:86-89.
- [23]Niemz MH,著,张镇西,等,译.激光与生物组织的相互作用·原理及应用[M].西安:西安交通大学出版社,1999:34-67.
- [24]Ceylan Y, Hizmetli S, Silig Y. The effects of infrared laser and medical treatment on pain and Serotonin degradation products in patients with myofascial pain syndrome. A controlled trial[J]. Rheumatol Int,2003,24:260-263.
- [25]AR White. Ernst E. A systematic review of randomized controlled trials of acupuncture for neck pain[J]. Rheumatology,1999,38:143.
- [26]何艳艳,陈阳金,李正佳,等.半导体红光灸疗法代替艾灸的探讨[J].中国激光医学杂志,2005,14(6):394-395.
- [27]祝总贻.针灸经络生物物理学[M].北京:北京出版社,1989:189-206.

(2013-01-11 收稿)

推拿正骨配合电针综合治疗寰枢关节半脱位型颈椎病 147 例的临床观察

张 勇

(广东省肇庆市第二人民医院,肇庆,526060)

摘要 目的:观察推拿正骨配合电针综合治疗寰枢关节半脱位型颈椎病的临床疗效。方法:将寰枢关节错位型颈椎病患者147例,按就诊顺序随机分为电针治疗的对照组和配合推拿正骨的治疗组,其中对照组73例,治疗组74例,2个疗程后观察临床疗效和NPQ评分和McGill评分的变化。结果:治疗组总有效率97.3%,对照组总有效率84.9%,治疗组疗效优于对照组($P < 0.01$);治疗组的痊愈率患者的治疗时间明显短于对照组,两者差异具有统计学意义($P < 0.05$)。治疗组与对照组的受试者的NPQ评分和McGill评分在治疗过程和随访期间均有下降趋势,2组变化差异有统计学意义($P < 0.05$),治疗组优于对照组。结论:推拿正骨配合电针的综合疗法比单纯电针可更有效地治疗寰枢关节半脱位型颈椎病,能达到提高疗效、缩短疗程的目的。

关键词 寰枢关节半脱位型颈椎病;推拿正骨;电针

Observation of Tuina Bone Setting Combined with Electro-acupuncture on 147 Cervical Spondylosis Patients Due to Huanshu Joint Dislocation

Zhang Yong

(Zhaoqing 2nd People's Hospital of Guangdong Province, Zhaoqing 526060, China)

Abstract Objective: To observe Tuina bone setting combined with electro-acupuncture for treating cervical spondylosis due to Huanshu

joint dislocation. **Methods:** 147 patients were divided to 2 groups according to visit sequence. There were 73 patients in control group, 74 patients in treatment group. Efficacy, NPQ scorings, McGills scoring were analyzed after 2 treatment courses. **Methods:** Effective rate of treatment group was 97.3% compared to 84.9% of control group ($P < 0.01$); the treatment group was treated with less time ($P < 0.05$), and demonstrated lower scores during treatment and follow-up period ($P < 0.05$). **Conclusion:** Tuina bone setting combined with electro-acupuncture is more effective than using electro-acupuncture alone for treating cervical spondylosis due to Huanshu joint dislocation.

Key Words Huanshu joint dislocation; Tuina bone setting bone setting; Electro-acupuncture

doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2013.06.026

寰枢关节半脱位型颈椎病是以寰枢关节为中心,以寰枢关节及寰枕关节的微小错位及其周围组织的损伤、劳损、退行性改变的病变所产生的以头痛、转颈受限、眩晕、恶心为主症的特发性病症^[1]。该病常因外伤、劳累,感受外邪及工作或生活中不良姿势而诱发,可发生在各个年龄段,是临床常见的损伤性颈椎病^[2]。我科从2010年1月至2011年12月间采用推拿正骨配合电针综合治疗寰枢关节半脱位型颈椎病,相比单纯的电针治疗有较好的临床疗效,现将研究情况报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 147例门诊和住院患者按就诊顺序随机分为推拿正骨配合电针综合疗法的治疗组和电针疗法的对照组,治疗组74例,对照组73例。其中治疗组男性30例,女性44例,年龄20~70岁,平均48.59岁,病程1d至12.8年,平均3.29年;对照组中男性28例,女性45例;年龄21~70岁,平均48.17岁;病程1d至13.1年,平均3.35年;2组患者在性别、年龄、病程等方面比较无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 病例选择标准 1)纳入标准:按照国家中医药管理局1994年颁布的《中医病证诊断疗效标准》^[3]和《实用脊柱病学》^[4]进行确诊。2)排除标准:a. 年龄<20岁或>70岁者;b. 寰枢椎骨折、脱位及先天畸形,骨质疏松、结核、空洞、肿瘤、原发性椎管狭窄等疾病;c. 合并心、肝、肾、造血系统等的严重病患者;d. 孕妇或哺乳期妇女;e. 晕针患者。

1.2 治疗方法

1.2.1 针刺治疗(治疗组与对照组均采用) 穴位选取双侧天柱、风池、百劳、颈夹脊、外关及阿是穴;有头痛、头晕感觉者加百会、太阳穴(双);有肩背部症状者加肩井、肩中俞^[5];常规进针,得气后,加用上海华谊G6805电针治疗仪疏密波脉冲刺激,频率100次/min,30min/次,1次/d,10d为1个疗程,疗程间隔2~3d^[6]。共2个疗程。

1.2.2 推拿正骨手法(治疗组加用) 患者可取靠椅端坐位,年迈体弱者取卧位,使患者肌肉放松。在常

规准备手法后行正骨整复手法——寰枢关节坐位旋转扳法:患者坐于低凳上,嘱患者放松,颈部向前下略屈曲,医者立于其侧后方,一手拇指顶住枢椎棘突,另一手扶于头部对侧,其肘弯托于患者下颌部。医者肘臂部协调用力,缓慢地将患者颈椎向上拔伸,同时将头部向患侧旋转,当旋转到阻力位时略停,随即以“巧力寸劲”做3~5度左右的快速扳动,而顶住棘突的拇指亦同时进行推动,常可听到“喀哒”的弹响声,拇指下亦有棘突跳动感。后进行拿揉肩井,按揉颈肩部等结束手法^[7]。若患者过于紧张或年龄较大,可选择龙氏手法如下:寰枢关节仰卧摇正整复法:患者仰卧、低枕位,嘱患者微闭双眼,全身放松,医者一手托其下颌,另一手托枕部,将其头上仰、侧转,缓慢摇动2~3下,待其颈部放松后,将头转至较大幅度时稍加有限度的闪动力,多可听到关节复位时“喀哒”的弹响声。一般先向健侧,后向患侧摇正为好^[8]。每次约30min,1次/d,10次为1个疗程,疗程间隔2~3d。共2个疗程。同时,要求2组患者在日常生活中保持正确的颈部姿势,禁止躺、卧着看电视或阅读,尤其伏靠在桌案、沙发、椅子上或车上睡觉,减少或避免颈、肩、背部的疲劳及扭挫伤的发生^[9]。

2 疗效标准及治疗结果

2.1 疗效观察

2.1.1 疗效评定标准^[3] 治愈:临床症状全部或基本消失,能正常工作和活动,随访3个月未复发;显效:临床主要症状近乎消失,颈部活动自如或稍受限,但不影响日常工作和生活;随访3个月未加重;有效:临床症状改善,颈部疼痛明显减轻;无效:临床症状无改善、体征无变化或加重。

2.1.2 观察指标 Northwick Park 颈痛量表[NPQ,中文版已在香港作了有效性评估(validation)]和 McGill 疼痛量表。

2.2 治疗结果 统计学处理采用SPSS 13.0软件进行统计学分析。计数资料比较采用卡方检验,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ (均值 $\pm$ 标准差)进行统计学描述,并采用 t 检验(其中组间比较采用单因素 t 检验,组内前后比较

采用配对 t 检验)。

2.2.1 表1结果显示2组疗效的比较差异有统计学意义($P < 0.05$),治疗组优于对照组。

表1 2组疗效的比较

组别	治疗组	对照组
例数	74	73
痊愈	44	14
显效	22	21
有效	6	27
无效	2	11

注: $P < 0.001$ 。

2.2.2 痊愈治疗时间对比 治疗组44例,治愈时间(5.14 ± 3.68)d,对照组14例,治愈时间(12.18 ± 6.72)d,痊愈治疗时间对比有统计学意义, $P < 0.001$ 。结果显示治疗组的治疗模式能缩短疗程。

2.2.3 2组患者NPQ、McGill量表评分见表2。两组NPQ评分治疗前无统计学意义;治疗后 $t = 2.884$, $P = 0.005$,有统计学意义。两组McGill评分治疗前无统计学意义,治疗后 $t = 2.754$, $P = 0.07$,有统计学意义。

表2 2组患者NPQ、McGill量表评分治疗前后比较($\bar{x} \pm s$)

项目	治疗组		对照组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
NPQ评分	36.56 ± 14.87	$18.54 \pm 12.31^{**}$	35.90 ± 12.43	25.55 ± 16.84
McGill评分	17.76 ± 7.88	$8.63 \pm 6.23^{\Delta\Delta}$	17.88 ± 8.42	11.85 ± 7.86

注:治疗前2组NPQ评分比较, $t = 0.292$, $P = 0.771 > 0.05$;治疗后2组NPQ评分比较, $t = 2.884$, $^{**}P < 0.01$;治疗前2组McGill评分比较, $t = 0.089$, $P = 0.929 > 0.05$;治疗后2组McGill评分比较, $t = 2.754$, $^{\Delta\Delta}P < 0.01$ 。

3 体会

颈椎在解剖结构上具有相对比较薄弱,四周缺乏其他骨性保护的特点,且活动度又大,负重也多。长期劳损和姿势不正可引发颈椎一系列退行性改变,直接导致颈椎动静力平衡的破坏,使得椎间韧带逐渐松弛,椎间关节失去稳定。寰枢关节是一个复合关节,在脊柱中活动度最大,寰枢椎之间无椎间盘连接,尤其寰椎和枢椎之小关节面均近水平状,由于其解剖结构及生物力学的特点,稳定性较差,在炎症、外伤、劳损退变等因素作用下易致寰枢关节损伤、错位,甚至发生关节半脱位,出现局部疼痛,以致压迫、刺激周围血管、神经等组织产生头痛、眩晕、恶心相应的临床症状^[10]。

在诊治的过程中需主意两点:1)诊断明确:枢椎齿状突侧移位,X线片即可;齿状突前后略移位,需行cT或MRI。症状明显而X线片不能观察者,经CT或MRI查出。鉴别诊断:寰枢关节半脱位应先排除寰枢椎骨折、脱位,并与颈颅交界区发育异常、寰枢融合畸形、齿

状突骨化中心未完全融合,呈分叉样或先天缺如等相鉴别^[11]。2)应规范手法治疗寰枢关节半脱位的操作。一要稳妥。寰枢关节半脱位推拿正骨法应该是一种被控制的、短暂的、有限度的、分阶段的被动运动;二要准确。要预先确定活动范围和部位,一旦达到目的,随即停手;三要轻巧。颈椎关节都有一定的活动范围和运动方向,运用本法要因势利导,不能超出其生理功能,更忌强拉硬扳,急躁从事^[12]。

电针治疗具有祛风除湿,通经活络,止痛除痹的作用,可有效地缓解肌肉紧张,改善局部血液循环,促进代谢,消除脊柱关节周围肿胀,缓急止痛。推拿手法和正骨整复可使偏歪的棘突及轻微错缝得到纠正,可直接使错位的寰枢关节复位,恢复已被破坏的颈椎内外平衡,改善周围血管、神经等组织的压迫和刺激,消除颈部疼痛,恢复颈椎正常生理活动,缓解头痛、眩晕、恶心等临床症状。甚至部分患者可达到一次治愈的效果。我们研究结果也表明,电针结合推拿正骨整复治疗比单纯电针治疗具有较好的临床疗效,且Northwick Park颈痛量表和McGill疼痛量表评分方面也显示,电针结合推拿正骨整复综合治疗的效果比单纯电针在治疗此型颈椎病方面更有优势。

因此,我们认为推拿正骨配合电针即两种疗法有机结合,在治疗寰枢关节半脱位型颈椎病方面,可有效提高原有电针治疗的临床疗效,且能缩短疗程,值得推广。

参考文献

- [1]马东升.环枢关节半脱位的临床研究[J].中国中医骨伤科杂志,1997,6(5):10-13.
- [2]周秉文.颈肩痛[M].北京:人民卫生出版社,1998:334-335.
- [3]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.
- [4]潘之清.实用脊柱病学[M].济南:山东科学技术出版社,1996:340.
- [5]石学敏.针灸学[M].北京:中国中医药出版社,2007,6:207-208.
- [6]何青.TDP电针加正骨推拿治疗关节功能紊乱型颈椎病的临床研究[J].中国医学研究与临床,2006,4(5):39-40.
- [7]靳隽陶.推拿学[M].北京:中国中医药出版社,2003,6:135-138.
- [8]龙层花.脊柱病因治疗学[M].北京:世界图书出版公司,2012:109.
- [9]王刚,王彤.临床作业疗法[M].北京:华夏出版社,2006:403-406.
- [10]王仲斌,张阳春.短杠杆微调手法治疗环枢关节紊乱症86例[J].浙江中医杂志,2011,46(5):366-367.
- [11]骆泽荣,祁明明.环枢关节半脱位的临床、检查及诊断[J].医学信息,2012,25(7):234.
- [12]王有善.拔伸旋转法治疗环枢关节半脱位的探讨[J].按摩与康复医学,2011,2(8):44.

(2013-04-02 收稿)