

想策略之一^[14]。当实验大鼠发生脑缺血再灌注后,采用电针穴位刺激能有效降低 ICAM-1 和 P-选择素表达水平,提示电针穴位治疗能抑制炎症黏附分子表达,阻断白细胞在内皮上的聚集与黏附,保护脑血管内皮细胞功能,改善脑缺血再灌注损伤。

参 考 文 献

- [1] Pantoni L, Sarti C, Inzitari D. Cytokines and cell adhesion molecules in cerebral ischemia experimental bases and therapeutic perspective. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*, 1998, 18:503-513.
- [2] Vemuganti R, Dempsey RJ, Bowen KK. Inhibition of intercellular adhesion molecule-1 protein expression by antisense oligonucleotides is neuroprotective after transient middle cerebral artery occlusion in rat. *Stroke*, 2004, 35:179-184.
- [3] 张国红, 王春霖, 吕平, 等. 大鼠局灶性脑缺血再灌注后不同时间 E-选择素、P-选择素和细胞间黏附分子-1 的表达. *中国药理学通报*, 2005, 21:1218-1223.
- [4] Longa EZ, Weinstein PR, Carlson S, et al. Reversible middle cerebral artery occlusion without craniectomy in rats. *Stroke*, 1989, 20:84-91.
- [5] 华兴邦, 李辞蓉, 周浩良, 等. 大鼠穴位图谱的研制. *实验动物与动物实验*, 1991, 15:1-3.
- [6] 马云枝, 武继涛. 活血化瘀法在脑血管病中的应用. *北京中医药大学学报*, 2001, 24:57-59.
- [7] 庞勇, 李保良. 不同穴位治疗缺血性中风的临床研究. *中国针灸*, 2000, 20:69-72.
- [8] 徐以增, 毕臻. 古代中风病针灸文献探讨. *上海针灸杂志*, 1998, 17:42-43.
- [9] 李力仙, 杨忠. 黏附分子与脑缺血再灌注损伤. *国外医学免疫学分册*, 2003, 26:132-134.
- [10] Zhang RL, Chopp M, Zolota C, et al. The temporal profiles of ICAM-1 protein and mRNA expression after transient MCA occlusion in the rat. *Brain Res*, 1995, 682:182-188.
- [11] Suzuki H, Abe K, Tojo S, et al. Postischemic expression of P-selectin immunoreactivity in rat brain. *Neurosci Lett*, 1997, 228:151-154.
- [12] 狄政莉, 万琪, 王洪典, 等. P-选择素在大鼠全脑缺血再灌注微血管内皮细胞损伤中的作用. *卒中与神经疾病杂志*, 2002, 19:194-196.
- [13] 刘玉珍, 韩景献, 姜文, 等. 醒脑开窍针法对脑缺血再灌注后细胞间黏附分子-1 和 P-选择素表达调节的实验研究. *天津中医药*, 2005, 22:462-466.
- [14] 叶心国, 余绍祖, 李承晏. 亚低温对脑缺血再灌注大鼠的 ICAM-1 表达、MPO 活性和脑梗死体积的影响. *中华物理医学与康复杂志*, 2005, 27:442-444.

(修回日期:2007-06-29)
(本文编辑:易 浩)

· 短篇论著 ·

推拿、Maitland 手法及电针联合治疗神经根型
颈椎病的疗效观察

杜广中 卜彦青 张磊

神经根型颈椎病是颈椎病中最常见的类型,约占总数的 60% 以上^[1],有迹象显示其发病率仍在不断上升,已引起人们高度关注。目前临床针对神经根型颈椎病患者的治疗多采用非手术疗法,其中以传统推拿、Maitland 手法及针灸治疗较为常见,已被临床广泛采用,并具有良好疗效;但仍有部分患者经治疗后效果不够理想。为寻求更有效治疗方法,本研究于 2003 年 8 月至 2007 年 4 月间联合传统推拿、Maitland 手法及电针刺激综合治疗神经根型颈椎病患者,并同时与传统推拿配合电针刺激进行疗效对比,发现前者疗效明显优于后者。现将结果报道如下。

一、资料与方法

入选对象均为在本单位针灸推拿科门诊接受治疗的颈椎病患者,共计 271 例,均符合神经根型颈椎病诊断标准^[2]。患者以颈肩背部酸胀痛、一侧或双侧麻木疼痛为主要症状,并经颈椎 CT 或 MRI 检查确诊。将上述患者随机分为 2 组,其中治疗组 142 例,对照组 129 例,采用张鸣生等^[3]介绍的颈椎病临床评价量表对患者入选时状况进行评定,2 组患者性别、年龄、

病程以及颈椎病临床评分结果详见表 1,经统计学分析,组间差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

表 1 2 组患者一般情况及病情比较

组 别	例数	性别(例)		年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	病程 (月, $\bar{x} \pm s$)	颈椎病临床 评分(分, $\bar{x} \pm s$)
		男	女			
治疗组	142	57	85	37.9 $\pm$ 12.4	5.3 $\pm$ 4.8	64.37 $\pm$ 8.87
对照组	129	51	78	35.7 $\pm$ 10.6	6.1 $\pm$ 5.3	66.05 $\pm$ 9.32

2 组患者均给予电针穴位治疗,采用华佗牌毫针,取天柱、风池、大椎、肩井、天宗、至阳、手三里、后溪、昆仑、束骨等穴,待针刺得气后接 6805-II 型电针仪,留针 20 min,每天治疗 1 次,每周治疗 6 d,治疗 12 次为 1 个疗程。

治疗组患者同时加用传统推拿与 Maitland 手法治疗^[3],患者取坐位,头稍前屈,医者立于患者侧后方。治疗步骤如下:(1)放松准备,采用 法施于颈项、肩背及患侧上肢等肌肉,从项枕开始, 风府至大椎、风池至肩井、肩髃至外关、肩井至后溪,依次 斜方肌、头最长肌、肩胛提肌、冈上肌及上肢肌群;再用揉法沿上述部位操作 1 遍。两法作用频率均为 60 ~ 90 次/min,力度以患者舒适为度,时间约持续 5 min。(2)分筋点穴,包括:拿法,拿颈椎棘突旁斜方肌、头夹肌群,拿颈侧斜角

作者单位:250012 济南,山东大学齐鲁医院针灸推拿科(杜广中、张磊);山东省中医药研究院(卜彦青)

肌、肩颈斜方肌外缘、上肢肌群等,频率为 40~60 次/min,力度以局部有酸胀感为度,治疗时间持续 3 min;拨法,沿督脉拨风府至大椎项韧带,沿棘突旁拨斜方肌、头最长肌,拨颈侧斜角肌,拨枕骨粗隆,拨肩胛提肌止点,拨其它肌腱、韧带粘连处,频率为 40~60 次/min,力度以拨动肌肉且患者耐受为度,治疗时间持续 3 min;点法,采用局部点揉与循经点揉相结合,分别点揉天柱、风池、风府、大椎、肩井、肩中俞、肩外俞、天宗、至阳、灵台、天鼎、缺盆、手三里、列缺、阳谷、腕骨、后溪、阿是穴等,点揉力度以有麻串、酸胀感为度,每穴点揉 10 s,时间持续 3 min。(3)关节松动术,采用 Maitland 手法^[4],具体操作包括:①分离牵引;②侧推棘突;③垂直按压横突;④屈伸摆动;⑤侧屈摆动;⑥旋转摆动等,每次 8~10 min。(4)放松活动,采用轻柔按摩手法放松颈、肩、上肢部位约 2 min,搓抖上肢约 1 min。上述治疗每天 1 次,每周治疗 6 d,治疗 12 次为 1 个疗程。对照组患者仅加用传统推拿治疗,治疗时取正坐位,头稍前屈,医者立于患者侧后方,其推拿操作亦分为 4 个步骤,其中第 1,2,4 个步骤同治疗组,第 3 个步骤为拔伸复位,即医者立于患者背后,以一手掌托住患者下颌,另一手掌扶住枕部,用力(4~6 kg)缓缓将患者头部向前上方(前屈 15~30°)拔伸牵引,以患者臀部稍离开凳子为度,持续 1 min,并在牵引过程中使患者颈部前屈、后伸 15~30°及左、右旋转 15~30°,反复 2 次,时间约 2 min。上述联合治疗每次持续 10~30 min,每天 1 次,每周治疗 6 d,治疗 12 次为 1 个疗程。

上述患者经 2 个疗程治疗后,由专人采用颈椎病临床评价量表^[3]对其进行评分,临床疗效评定标准如下:临床治愈——患者疼痛消失,感觉、反射、肌力等恢复正常,能正常参加劳动;好转——疼痛缓解,感觉、反射、肌力等有所恢复,只能参加一般强度劳动;无效——患者症状、体征均无明显好转甚至恶化。

本研究所得数据以($\bar{x} \pm s$)表示,计量资料比较采用配对样本 *t* 检验,组间疗效比较采用 Ridit 分析, $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

二、结果

2 组患者治疗后其临床评价积分均较治疗前显著提高($P < 0.05$),并且治疗组患者的提高幅度显著大于对照组($P < 0.05$);对 2 组患者临床疗效进行比较,发现治疗组患者疗效明显优于对照组($P < 0.05$),具体情况详见表 2。

表 2 2 组患者治疗前、后临床评价积分及疗效比较

组别	例数	临床评价积分(分, $\bar{x} \pm s$)		临床疗效(例,%)		
		治疗前	治疗后	治愈	好转	无效
治疗组	142	64.37 ± 8.87	87.66 ± 8.08 ^{ab}	102(72) ^b	33(23)	7(5)
对照组	129	66.05 ± 9.32	83.21 ± 9.19 ^a	64(50)	56(43)	9(7)

注:与治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组比较,^b $P < 0.05$

三、讨论

据相关资料统计,颈椎病在不同人群中的发病率为 1.7%~17.6%^[5],伏案时间过长、不良姿势(尤其是过度低头)、高龄、情绪紧张及办公场所通风差等因素均可诱发本病^[6]。随着家庭电脑普及、伏案工作日益增多且压力日趋紧张、社会老龄化等问题,有迹象显示颈椎病发病率呈不断上升态势,且有向

低龄化发展的趋势,因此必须高度重视对颈椎病的防治;由于神经根型颈椎病是最常见类型,故对该型颈椎病的预防及治疗显得尤为重要。

目前临床多采用非手术疗法(如牵引、物理因子治疗、推拿、关节松动术等)治疗神经根型颈椎病患者^[7],其中传统推拿能松解劳损、紧张甚至痉挛的颈部肌肉(尤其是颈伸肌群),调节肌肉与相应软组织等外源动力性稳定结构,干预失稳的颈椎节段位移或成角,使狭窄的颈椎间隙增宽^[8,9]。Maitland 手法是常见关节松动术之一,也是现代康复治疗基本技术,该手法系根据关节运动生物力学原理,在关节面上施以微小作用力而引起关节较大幅度运动^[10]。将关节松动术用于神经根型颈椎病治疗,主要是通过调整颈椎间关节,使颈部有节律、反复地被动活动,为椎体、椎间盘、椎旁局部韧带等静力性稳定结构的自我良性调节提供条件,并直接牵拉关节及周围软组织,以保持关节伸展性,改善关节活动范围。很明显,Maitland 手法主要是从关节位移或成角入手对关节进行调整,对颈部肌肉及相应软组织的调节不够重视;而传统推拿虽然强调筋骨整体观,但由于传统理论局限,实际上更多的是针对颈部肌肉及相应软组织进行调节,而对颈椎间关节的调整作用并不显著。本研究联合采用传统推拿、Maitland 手法及电针综合治疗神经根型颈椎病患者,将传统推拿和 Maitland 手法的优势有机结合,首先采用传统推拿松解局部肌肉与相应软组织,然后采用 Maitland 手法有针对性地精确调整颈椎间关节,最后通过电针刺激相应腧穴镇痛消炎,其疗效显著,值得临床推广、应用。

参 考 文 献

- [1] 於先贵. 综合康复疗法治疗神经根型颈椎病 65 例. 中华物理医学与康复杂志, 2007, 29: 162-163.
- [2] 中华人民共和国卫生部医政司. 中国康医学诊疗规范. 北京: 华夏出版社, 1999: 308-319.
- [3] 张鸣生, 许伟成, 林仲民, 等. 颈椎病临床评价量表的信度与效度研究. 中华物理医学与康复杂志, 2003, 25: 151-154.
- [4] 宛丰, 黄梅. 应用 Maitland 手法治疗椎动脉型颈椎病的疗效观察. 中华物理医学与康复杂志, 2005, 27: 648.
- [5] 梁秋发, 原林, 黄立清, 等. 广东省佛山市 3 所大学成年教职工及其家属颈椎病的流行病学调查及 3 年随访分析. 中国临床康复, 2006, 16: 3-5.
- [6] 吴德升, 芮永, 林研, 等. 陆家嘴地区金融从业人员颈椎病现状的流行病学调查和预防对策的研究. 脊柱外科杂志, 2006, 13: 150-154.
- [7] 周建伟, 蒋振亚, 叶锐彬, 等. 针灸推拿为主治疗神经根型颈椎病. 中国针灸, 2006, 8: 537-543.
- [8] 严隽陶. 推拿学. 北京: 中国中医药出版社, 2005: 132-135.
- [9] 杜广中, 李岩, 王淑香. 电针配合推拿治疗退行性下颈椎不稳症 117 例. 上海针灸杂志, 2006, 25: 9-10.
- [10] 燕铁斌. 现代康复治疗技术. 合肥: 安徽科学技术出版社, 1994: 59-68.

(收稿日期: 2007-06-20)

(本文编辑: 易 浩)