

针灸配合推拿治疗神经根型颈椎病的疗效分析

齐祉帆

苏州明基医院 江苏 苏州 215000

【摘要】：目的：探讨针灸配合推拿治疗神经根型颈椎病（CSR）的疗效。方法：抽取本院收治的 CSR 患者 80 例研究，随机数字表法分为对照组与观察组，每组 40 例。两组均接受常规治疗，对照组加针灸方案，观察组则加针灸配合推拿方案。比较效果。结果：观察组总有效率高于对照组（ $P<0.05$ ）；两组治疗前中医症状积分、颈椎生理曲度、疼痛比较无显著差异（ $P>0.05$ ），观察组治疗后中医症状积分低于对照组（ $P<0.05$ ），颈椎生理曲度上外侧关节间隙、齿状突与两侧块距离、椎体棘突和中线距离短于对照组（ $P<0.05$ ），但颈椎曲度高于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：针灸配合推拿治疗 CSR 与针灸方案比较，可进一步改善临床症状与颈椎生理曲度，提高临床疗效，值得应用。

【关键词】：神经根型颈椎病；针灸；推拿；中医症状积分；颈椎生理曲度

DOI:10.12417/2705-098X.25.21.050

神经根型颈椎病（CSR）的核心病理基础在于椎间盘退行性改变与继发性骨赘形成，共同导致颈椎生物力学失衡^[1]。其内在病理进程表现为：椎间盘脱水及蛋白多糖流失引发椎间隙高度降低，进而削弱前纵韧带与后纵韧带的张力维持功能，造成椎体间稳定性下降；同时，关节突关节与钩椎关节为代偿异常载荷刺激而出现骨质异常增生，最终导致神经根遭受机械性压迫及炎性刺激^[2]。中医理论将该病归为“经筋痹证”范畴，核心病机在于督肾亏虚致经筋失养，加之湿热瘀阻络脉。督脉循行失司导致阳气输布受阻，肾精亏虚难以濡养颈项筋骨；而湿热瘀浊壅滞颈脊，致使气血运行受阻，形成“不通则痛”、“不荣则痛”的病理状态^[3]。临床实践中，针刺疗法虽可通过调节经气缓解疼痛，但单一应用难以完全解除筋骨结构的力学失衡；推拿手法则可纠正关节结构紊乱，恢复“骨正筋柔”的生理状态，与针灸形成协同干预效应。本次就收治的 80 例患者研究，旨在探讨针灸配合推拿治疗的效果，报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

抽取本院 2022 年 1 月~2025 年 1 月收治的 CSR 患者 80 例研究，随机数字表法分组，每组 40 例。纳入标准：明确诊断为 CSR；临床资料完整；愿意配合研究。排除标准：伴有肝肾病变、精神异常、入组前接受过手术治疗、中途退出研究、妊娠期或哺乳期等。对照组：男/女为 20/20；年龄均值 32.85 ± 4.71 岁（25~65 岁）。观察组：男/女为 18/22；年龄均值 32.47 ± 4.87 岁（24~67 岁）。前述资料两组无差异（ $P>0.05$ ），可比较。

1.2 方法

1.2.1 基础药物治疗方案

两组患者均接受标准化基础药物治疗：①颈痛颗粒（山东明仁福瑞达制药，国药准字 Z19991024）：每日 3 次，每次 4g 袋装颗粒温水冲服。②美洛昔康分散片（海南全星制药，国药准字 H20020245）：每日 2 次，每次 7.5mg 口服。

1.2.2 对照组

在药物治疗基础上实施针灸，选择循经取穴针刺疗法：①取穴定位：依据《针灸治疗学》标准定位合谷（LI4）、手三里（LI10）、颈夹脊（Ex-B2）、风池（GB20）、天柱（BL10）、肩中俞（SI15）及阿是穴。②针具操作：选用 0.25mm×40mm 毫针，颈夹脊穴向颈椎方向斜刺 15-20mm，得气标准为局部酸胀感向肩臂放射（VAS≥3 分），行平补平泻手法；其余穴位直刺得气后行泻法（提插幅度 3-5mm，频率 2Hz）。③治疗参数：留针 20 分钟，每日 1 次，连续 7 日为 1 疗程，持续治疗 2 个疗程。

1.2.3 观察组

在对照组针灸基础上联合推拿治疗，本次选择筋骨同治推拿术：①操作区域：枕后三角区、颈肩移行带、肩胛骨脊柱缘。②核心穴位：风府（GV16）、大椎（GV14）、天宗（SI11）及阿是穴。③手法流程：第一，松解阶段：揉法作用于斜方肌上束（压力 0.3-0.5kg/cm²，频率 1.5Hz）；一指禅推法沿椎动脉沟推进（振幅 2mm，线速度 10cm/min）。第二，解痉阶段：拿法针对胸锁乳突肌锁骨头（捏提力度 1.0-1.2kg，持续 5 秒/次）。第三，整复阶段：按揉法点压穴位（垂直压力 4kg，旋转角 15°，每穴 8-10 周）；侧屈扳法调整 C5/C6 关节（屈曲角度 30°，侧屈力度阈值 6Nm）。第四，整合阶段：擦法沿膀胱经走行；抖法结束治疗（振幅频率匹配 0.8Hz，持续 60 秒）。连续 7 日为 1 疗程，持续治疗 2 个疗程。

1.3 观察指标

（1）疗效比较，参照《中医病症诊断疗效标准》中颈椎病相关规范，结合神经根功能恢复特征进行综合分级^[4]：①临床痊愈：神经根刺激征（颈肩痛、上肢放射痛、感觉异常）完全消失；颈椎活动度达生理范围（前屈≥45°、后伸≥45°、侧屈≥40°），患肢肌力 V 级。②显效：疼痛视觉模拟评分（VAS）降低≥70%，感觉障碍区域缩小≥80%；颈椎活动度恢复>85%

正常值，肌力提升 ≥ 1 级。③有效：VAS评分降低30%-69%，感觉障碍面积缩小30%-79%；颈椎活动度恢复50%-85%，肌力提升1级但未达V级。④无效：未满足前述标准。总有效率=（临床痊愈例数+显效例数+有效例数）/纳入病例总数 $\times 100\%$ 。

（2）中医症状积分比较，本次选择活动受限、神疲乏力、头晕目眩、肢体麻木四个症状评价，0分、2分、4分、6分依次对应无、轻度、中度、重度症状。

（3）颈椎生理曲度比较，包括外侧关节间隙、齿状突与两侧块距离、椎体棘突和中线距离、颈椎曲度，利用CT正侧位测量。

1.4 统计学分析

本研究数据用SPSS23.0分析，分别用%、 $\bar{x} \pm s$ 表示计数资料、计量资料，检验方法则分别是 χ^2 检验、t检验。 $P < 0.05$ 提示有差异。

2 结果

2.1 疗效比较

观察组总有效率高于对照组（ $P < 0.05$ ），见表1。

表1 疗效比较[n(%)]

组别	观察组 (n=40)	对照组 (n=40)	χ^2	P
临床痊愈	18 (45.00)	12 (30.00)		
显效	13 (32.50)	12 (30.00)		
有效	8 (20.00)	9 (22.50)		
无效	1 (2.50)	7 (17.50)		
总有效率	39 (97.50)	33 (82.50)	5.000	0.053

2.2 中医症状积分比较

两组治疗前中医症状积分无显著差异（ $P > 0.05$ ），观察组治疗后中医症状积分低于对照组（ $P < 0.05$ ），见表2。

表2 中医症状积分比较（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别		观察组 (n=40)	对照组 (n=40)	t	P
活动	治疗前	3.85 $\pm$ 1.05	3.92 $\pm$ 1.06	0.297	0.767
受限	治疗后	1.22 $\pm$ 0.31	1.78 $\pm$ 0.39	7.109	0.000
神疲	治疗前	3.62 $\pm$ 0.85	3.69 $\pm$ 0.82	0.375	0.709
乏力	治疗后	1.08 $\pm$ 0.25	1.68 $\pm$ 0.31	9.528	0.000
头晕	治疗前	3.95 $\pm$ 1.14	3.88 $\pm$ 1.16	0.272	0.786
目眩	治疗后	1.28 $\pm$ 0.32	1.86 $\pm$ 0.38	7.384	0.000
肢体	治疗前	3.84 $\pm$ 1.14	3.93 $\pm$ 1.11	0.358	0.721
麻木	治疗后	1.25 $\pm$ 0.33	1.76 $\pm$ 0.35	6.705	0.000

2.3 颈椎生理曲度比较

两组治疗前颈椎生理曲度无显著差异（ $P > 0.05$ ），观察组治疗后外侧关节间隙、齿状突与两侧块距离、椎体棘突和中线距离短于对照组（ $P < 0.05$ ），但颈椎曲度高于对照组（ $P < 0.05$ ），见表3。

表3 颈椎生理曲度比较（ $\bar{x} \pm s$ ，mm）

组别		观察组 (n=40)	对照组 (n=40)	t	P
外侧关节间隙	治疗前	0.59 $\pm$ 0.18	0.57 $\pm$ 0.17	0.511	0.611
	治疗后	0.32 $\pm$ 0.09	0.41 $\pm$ 0.12	3.795	0.000
齿状突与两侧块距离	治疗前	1.38 $\pm$ 0.43	1.41 $\pm$ 0.42	0.315	0.753
	治疗后	0.25 $\pm$ 0.06	0.48 $\pm$ 0.11	11.609	0.000
椎体棘突和中线距离	治疗前	2.36 $\pm$ 0.73	2.41 $\pm$ 0.72	0.308	0.758
	治疗后	0.95 $\pm$ 0.24	1.42 $\pm$ 0.36	6.870	0.000
颈椎曲度	治疗前	2.57 $\pm$ 0.73	2.62 $\pm$ 0.71	0.310	0.757
	治疗后	4.79 $\pm$ 1.36	3.52 $\pm$ 1.14	4.526	0.000

3 讨论

神经根型颈椎病的核心病理在于椎间盘退行性变与骨赘形成引发的颈椎生物力学失衡，导致神经根受压及局部炎症微环境形成^[5]。传统单一疗法（如单纯针灸）虽能通过经气调节缓解疼痛，但对筋骨结构的力学紊乱纠正不足，难以完全恢复“骨正筋柔”的生理状态^[6]。中医理论强调“经筋痹证”需兼顾“通络”与“正骨”，即通过针刺疏泄瘀阻、推拿纠正关节紊乱，形成协同干预。本研究基于“筋骨同治”原则，设计针灸联合推拿的综合方案，旨在同步解决经筋失养与筋骨错缝的双重病理环节。

本研究显示：观察组总有效率高于对照组（ $P < 0.05$ ）；观察组治疗后中医症状积分低于对照组（ $P < 0.05$ ），颈椎生理曲度上外侧关节间隙、齿状突与两侧块距离、椎体棘突和中线距离短于对照组（ $P < 0.05$ ），但颈椎曲度高于对照组（ $P < 0.05$ ）。可见，针灸配合推拿方案治疗CSR能进一步提升疗效，分析其机制可能在于：

（1）筋骨力学平衡重建：观察组采用的推拿整复手法（如侧屈扳法调整C5/C6关节）直接纠正椎体旋转移位，使外侧关节间隙、齿状突与两侧块距离显著缩短，恢复钩椎关节对位关系，减轻神经根机械压迫^[7]。而针灸虽能松解肌筋，但缺乏关节微调能力，故对照组颈椎曲度改善有限。

（2）经筋-气血联动调节：推拿的松解阶段（揉法作用于斜方肌）降低肌筋膜张力，改善局部微循环，为针刺“得气”创

造有利条件；针刺颈夹脊穴激发经气感传（酸胀放射感），进一步促进炎性介质清除。二者协同使肢体麻木、头晕目眩等气血瘀滞症状显著缓解。

（3）神经-免疫稳态恢复：推拿解痉阶段（拿法针对胸锁乳突肌）抑制伤害性传入信号，降低背根神经节 P 物质释放；

针刺风池、天柱穴调节迷走神经张力，抑制 TNF- α 等促炎因子合成^[8]。双重干预加速神经根水肿消退，使观察组总有效率提升至 97.50%。

综上，针灸配合推拿治疗 CSR 与针灸方案比较，可进一步改善临床症状与颈椎生理曲度，提高临床疗效，值得应用。

参考文献：

- [1] 宋祖芳. 针灸推拿配合颈椎功能康复训练对神经根型颈椎病患者颈椎活动度的影响[J]. 中医外治杂志, 2025, 34(1): 59-62.
- [2] 张洪霞. 针灸推拿配合颈椎功能康复训练对神经根型颈椎病患者颈椎活动能力的影响[J]. 反射疗法与康复医学, 2023, 4(11): 39-42.
- [3] 陈彦德. 神经根型颈椎病患者应用针灸配合推拿、牵引治疗的效果探讨[J]. 中医临床研究, 2021, 13(5): 76-79.
- [4] 耿昊, 时素华, 杨清华, 等. 针灸推拿配合中药方剂改善神经根型颈椎病近期预后及生存质量应用效果[J]. 辽宁中医药大学学报, 2018, 20(6): 101-103.
- [5] 白莹, 何战飞. 颈痛颗粒配合针灸、推拿、牵引治疗神经根型颈椎病的临床效果[J]. 临床医学研究与实践, 2019, 4(29): 142-143.
- [6] 高志群. 火疗配合针灸推拿治疗神经根型颈椎病的效果观察及 VAS 评分影响分析[J]. 当代医学, 2020, 26(18): 122-123.
- [7] 李亚君, 周恩. 推拿中经穴疏导配合针灸治疗气滞血瘀型神经根型颈椎病疗效观察[J]. 四川中医, 2022, 40(11): 202-204.
- [8] 纪荣文. 针灸推拿结合常规康复治疗在老年神经根型颈椎病患者康复治疗中效果分析[J]. 黑龙江中医药, 2023, 52(1): 89-91.