

神經根型頸椎病的研究概況

Research progress on cervical radiculopathy

周榮富 ZHOU Rongfu

(香港註冊中醫學會 醫學博士)

[摘要] 當前國內頸椎病的臨床治療針灸療法多樣，當中包括了針刺療法，電針療法，水針療法，針刀療法，刺血拔罐療法，穴位埋線療法，腹針療法，溫針灸療法，頭針療法，腕踝針療法，推拿加針刺療法，梅花針加針刺療法，超短波加針刺療法等，當中臨床結果顯示可獲取到良好的療效，可是對臨床療效評價的觀察指標尚欠規範，對統一的標準相對缺乏，尚未建立完整的理論體系及尚未有相對完善的療效根據。

[關鍵詞] 神經根型頸椎病；針灸療法；超短波

1 針灸干預為主的臨床研究

在臨床治療中，針灸醫師通過對患者相應穴區施以針刺及各種運針調氣手法，以啟動患者本體經絡系統，從而緩解疼痛，因其止痛效佳、安全可靠且不良反應少，針灸療法在中國被常規應用於頸椎病的臨床干預治療，其在消除神經根型頸椎病引發的頸痛及頸部僵硬方面獲得廣泛專家的認可及患者的接受。對於針灸治療神經根型頸椎病的臨床療效，當前國內所發表的臨床研究文獻均給予較肯定的評價，所涉及的干預措施主要為傳統針刺、腹針、穴位注射中草藥製劑、針刺配合經皮電刺激治療、針刺合併中草藥治療、針刺合併理療、皮膚針、挑刺、小針刀等；研究設計包括：多中心隨機對照試驗、隨機對照試驗及個案報導等。

1.1 針刺療法

彭娜等^[1]選取頸夾脊穴傍針刺法干預治療神經根型頸椎病，將符合納入標準的頸椎病患者隨機分組，治療組採用「頸夾脊穴傍針刺法干預」，對照組則用「常規針刺法」干預，治療前後對臨床症狀/體徵積分進行測評，結果提示：兩組綜合療效評價，治療組明顯優於對照組 ($P < 0.01$)，頸夾脊穴傍針刺法干預在頸椎病治療環節療效明顯，值得深入推廣。

辛鳳等^[2]採用溫通針法治療神經根型頸椎病，方法：治療組取穴風池（雙側）、頸夾脊（雙側）、大椎、天宗（患側）、尺澤（患側）、外關（患側）、合谷（患側）。溫通針法：左手拇指或食指切按穴位，右手將針刺入穴內，得氣後，左手加重壓力，右手拇指用力向前撚轉9次，使針下沉緊，針尖牽拉有感應的部位連續小幅度重插輕提9次；拇指再向前連續撚轉9次，針尖頂著有感應的部位推弩守氣，使針下繼續沉緊，同時押手施以關閉法，以促使針感傳至病所，產生熱感，守氣1min，留針後，緩慢出針，按壓針孔。進針後施以平補平瀉法，得氣留20min後取針；對照組常規針刺治療。結果提示：溫通針法干預治療神經根型頸椎病，其療效優於常規針刺干預，值得推廣。

鄧星佑^[3]採用雀啄刺法針刺干預治療神經根型頸椎病，將符合納入標準的患者隨機分組，治療組採用雀啄刺法干預，取穴「頸三針」+後溪、頸夾脊等穴；對照組採用普通針刺干預，結果提示：雀啄刺法干預其療效明顯優於普通針刺法，值得推廣應用。

陳建輝等^[4]採用特殊針法循經取穴治療神經根型頸椎病，方法：將84例患者隨機分為治療組56例和對照組28例；治療組主穴取風池、大椎、頸5穴、頸6穴、頸7穴；配穴為手陽明經症者配頸5夾脊穴、手五里、手三里、合谷，手少陽經症者配頸6夾脊穴、肩井、臑會、外關，手太陽經症者配頸7夾脊穴、天宗、小海、後溪；對照組取穴大椎、天柱、頸椎夾脊穴、曲池、合谷、外關、後溪。採用視覺類比評分法（VAS）評定臨床療效；結果：經10次治療後，治療組顯效34例，有效19例，無效3例，有效率佔94.6%；對照組顯效12例，有效10例，無效6例，有效率佔78.6%。兩組對比，差別有統計學意義 ($P < 0.05$)；結論顯示特殊針法循經取穴治療神經根型頸椎病優於傳統針刺療法，值得推廣。

1.2 電針療法為主

萬碧江等^[5]採用電針治療神經根型頸椎病 (CSR) 患者並對其疼痛綜合評分的影响進行評價, 方法: 將160例CSR患者隨機分為3組, 透刺電針組選取透刺電針干預(C4-C7夾脊、肩外俞-曲垣、天宗-臑俞、手三里-下廉); 夾脊電針組60例, 採用電針頸部夾脊治療, 每日1次; 頸復康組40例, 予口服頸復康治療, 每次1袋, 每日2次; 3組均治療6日為一療程, 治療2個療程; 採用國際公認的描述與測量疼痛的簡化MPQ量表評定疼痛改善情況。結果: 治療後透刺電針組、夾脊電針組對PRI、VAS、PPI及總分評價較治療前均有顯著改善 (均 $P < 0.01$), 頸復康組對PRI、VAS、PPI、疼痛總分亦有改善 (均 $P < 0.05$)。透刺電針組對各項評分的改善均優於頸復康組 (均 $P < 0.01$), 夾脊電針組對PRI、VAS、PPI及疼痛總分的改善亦優於頸復康組 (均 $P < 0.05$), 且透刺電針組對各項評分的改善均優於夾脊電針組 ($P < 0.05$)。結論: 透刺電針法治療神經根型頸椎病能迅速緩解疼痛, 對患者疼痛綜合評分的改善優於夾脊電針和口服頸復康治療。

譚惠民等^[6]採用夾脊電針干預治療神經根型頸椎病, 將符合納入標準的患者隨機分組, 治療組採用病變及上下各一個節段夾脊電針療法治療, 對照組採用針刺風池、天柱、肩井、後溪、合谷、外關加電針療法治療; 結果: 治療後2組患者病情均有所改善, 兩種方法療效比較差異有統計學意義; 結論提示: 夾脊電針療法治療神經根型頸椎病療效優於常規穴位加電針療法。

萬碧江等^[7]採用電針治療神經根型頸椎病患者並對上肢作肌電圖檢測觀察其對麻木程度的影响, 隨機分組後, 治療組實施透刺法干預「患側C4-C7夾脊、肩外俞-曲垣、天宗-臑、手三里-下廉」, 對照組60例取雙側C4、C5、C6、C7夾脊, 治療過程均採用電針干預; 兩組治療前後上肢肌電圖傳導速度的比較, 結果提示: 兩組患者臨床症狀均有改善, 且電針在抗炎止痛、消除局部炎症及水腫等方面效果顯著。

1.3 水針療法

陳波等^[8]採用多向穴位注射治療神經根型頸椎病50例 (治療組), 並設傳統毫針刺結合TDP照射治療神經根型頸椎病46例作為對照組, 結果提示: 多向穴位注射干預法治療神經根型頸椎病其臨床療效明顯優於對照組, 值得深入研究。

1.4 針刀療法

滕春光^[9]採用針刀治療神經根型頸椎病並與電針組對照比較評價其臨床療效, 方法: 將86例神經根型頸椎病患者用亂數字表法分成兩組, 其中針刀組43例, 電針組43例; 對不同組別兩個療程後的療效情況進行綜合比較。結果: 兩組療效率無顯著差異 ($P > 0.05$); 兩組進行等級比較, 差異有統計學意義 ($P < 0.05$)。結論顯示針刀治療神經根型頸椎病其療效優於電針組。

1.5 刺血拔罐

楊豔銀等^[10]採用刺絡放血配合針刺治療神經根型頸椎病30例, 在患側肘窩附近尋找瘀絡1~2處, 常規消毒後用7號一次性注射針頭刺絡放血, 每處約1~2 ml左右; 術中加拔火罐; 術畢用碘酒棉簽消毒, 再用輸液貼覆蓋針刺部位; 每4天治療1次, 2次為1療程, 連續2療程。結果: 痊癒21例, 佔70.0%; 顯效8例, 佔26.7%; 無效1例, 佔3.3%; 總有效率96.7%; 結論提示針刺配合刺絡放血治療神經根型頸椎病療效較好。

1.6 穴位埋線

孫文善等^[11]採用PGLA微創埋線治療神經根型頸椎病, 方法: 將90例神經根型頸椎病患者分為兩組, 各45例; PGLA埋線組採用PGLA埋線療法治療, 針刺對照組採用常規針刺治療。結果: PGLA埋線組與針刺對照組在症狀改善方面有顯著差異 ($P < 0.01$); 治療後PGLA埋線組在PRI總分、VAS評分和PPI計分方面與針刺對照組也有顯著差異 ($P < 0.01$); 針刺對照組的總有效率73.3%, 而PGLA埋線組的總有效率为93%, 兩組差異具有顯著統計學意義 ($P < 0.01$), PGLA埋線組總有效率顯著高於針刺對照組。結論顯示應用PGLA埋線具有良好的臨床療效, 值得推廣。

1.7 腹針

雷正權等^[12]採用腹針治療神經根型頸椎病, 方法將120例患者隨機分為治療組 (60例) 和對照組 (60例),

分別採用腹針和體針治療，治療組腹針取中脘（深刺），關元（深刺），商曲（雙、淺刺），滑肉門（雙、中刺），石關（雙、淺刺）；垂直於皮膚進針，過皮後緩慢插入至相應深度，輕捻轉，不提插，對照組為常規針刺操作；留針30 min，一天1次，10天為1療程；結果治療組療效明顯高於對照組，有統計學意義（ $P < 0.05$ ）；結論腹針治療神經根型頸椎病療效確切，值得推廣。

1.8 溫針灸

劉敏娟等^[13]選用溫針療法干預治療神經根型頸椎病，將符合標準的患者隨機分組，治療組採用溫針灸為主治療，夾脊穴針刺時毫針呈75°角向脊柱方向刺入，根據患者胖瘦進針1.5~2寸，針刺得氣後在主穴施以艾灸：取數段2cm艾條，用棉簽杆在艾條一端紮一小孔，然後將艾條點燃後插在針柄上施灸，以皮膚泛紅而不灼傷為度，待艾絨自然燃盡，小心把灰取下即可，每日一次。對照組採用藥物配合牽引治療，兩組在治療三個療程後進行療效評價；結果提示：在改善患者症狀及縮短療程方面，溫針組干預其療效明顯優於對照組，值得臨床推廣。

1.9 頭針

王瑀等^[14]採用頭針運動療法治療神經根型頸椎病，方法：將158例患者隨機分成兩組，治療組87例，用頭針運動療法，取32號1.5寸不銹鋼毫針針刺頂中帶、頂枕帶上1/3（排刺）、對側頂顳後斜帶中1/3，用小幅度提插瀉法行針；對照組71例，常規取穴行針灸干預；結果提示頭針運動療法干預治療神經根型頸椎病有良好效果。

1.10 腕踝針

戴琳俊等^[15]選取腕踝針干預治療神經根型頸椎病，將符合納入標準的頸椎病患者隨機分組，治療組採用腕踝針為主治療，上2（腕掌側面中央，掌長肌腱與橈側腕屈肌腱之間，相當於內關穴處），上5（腕背中央，即外關穴處），6（位於距小指側尺骨緣1cm處）；操作：常規消毒後，用三指持針柄，針體與皮膚30°角，用拇指輕捻針柄，使針尖快速通過皮膚，針尖通過皮膚後，將針放平，這時針尖會將皮膚挑起約0.2cm大小的皮丘，將針體貼近皮膚表面，循縱的直線方向沿皮下進針，針刺進皮下的長度一般為35mm，要求不出現酸、麻、脹、痛等感覺，把針體留在皮下組織的淺層，留針30min；對照組採用頸夾脊穴為主治療；結果：兩組均能改善神經根型頸椎病患者的疼痛程度，組內治療前後比較有顯著性差異（ $P < 0.01$ ），但組間比較無明顯差異（ $P > 0.05$ ）；兩組均能改善神經根型頸椎病患者的症狀及體徵，組內治療前後比較有顯著性差異（ $P < 0.01$ ），但組間比較無明顯差異（ $P > 0.05$ ）；兩組總體療效比較，差異不明顯（ $P > 0.05$ ）；結論提示腕踝針法和頸夾脊穴針刺法是治療神經根型頸椎病的有效方法，但腕踝針法具有取穴方便、不易發生針刺不良反應等優點，值得臨床推廣應用。

1.11 推拿+針刺

元鋒國等^[16]採用推拿配合針刺治療神經根型頸椎病，方法：將60例患者隨機分成兩組，治療組採用推拿配合針刺，根據X線、CT、MRI等檢查及手法觸診、神經定位診斷判斷頸椎小關節錯位類型為前後滑脫式錯位、左右旋轉式錯位、側彎側擺式錯位、傾位或仰位式錯位、鈎椎關節錯位、椎間隙變窄等不同類型採用相應的手法復位；對照組採用單純針刺治療方法，應用簡化McGill疼痛詢問量表，對頸椎病患者疼痛進行客觀量化觀察，用X光片檢查對頸椎病治療前後進行動態觀察分析；結果：治療組30例患者，痊癒20例，顯效4例，有效5例，無效1例，總有效率96.67%，療效優於對照組（ $P < 0.05$ ）。結論顯示推拿配合針刺可明顯改善患者的各項症狀，療效肯定，值得在臨床上推廣。

1.12 梅花針刺+針刺

羅莎等^[17]採用梅花針循經扣刺聯合針刺頸夾脊穴治療神經根型頸椎病，方法：將60例患者隨機分為兩組各30例，治療組予雙上肢三陽經扣刺，雙側C3~C7夾脊穴治療；對照組予雙側C3~C7夾脊穴治療，採用視覺類比評分法（VAS），觀察兩組鎮痛效果、臨床療效。結果：治療組在鎮痛效果、臨床療效上均優於對照組，差異有顯著性意義（ $P < 0.05$ ）；結論：循經扣刺配合針刺頸夾脊穴治療神經根型頸椎病療效滿意。

1.13 超短波+針刺

石瑜等^[18]採用超短波與針刺配合治療神經根型頸椎病，將符合標準的患者隨機分為治療組和對照組，治療組以「超短波+針刺」干預，對照組則「常規針刺」干預，結果提示：「超短波+針刺」干預治療神經根型頸椎病療效顯著，值得臨床推薦。

1.14 綜合療法

陸保全等^[19]採用綜合療法治療神經根型頸椎病，方法：150例神經根型頸椎病患者隨機分為對照組和治療組，對照組75例給予常規治療，治療組75例在對照組基礎上給予綜合治療（牽引+針刺+中頻電）；結果：兩組總有效率分別為82.7%、98.7%，治療組效果明顯優於對照組（ $P < 0.05$ ）；結論顯示綜合治療神經根型頸椎病療效明顯，值得臨床推廣應用。

王豔國等^[20]對近年手法治療神經根型頸椎病的文獻進行系統評價分析，方法：電腦檢索Cochrane Library、PubMed、EMbase、CBM、CNKI、VIP資料庫，全面搜集有關手法治療神經根型頸椎病的隨機對照試驗和半隨機對照試驗；由兩名評價者按照Cochrane系統評價員手冊5.0.1提取資料並進行方法學品質評估，資料分析採用RevMan 5.1軟體；對納入的28個臨床試驗進行Meta分析，結果提示：「單純手法干預」治療神經根型頸椎病其療效明顯優於「牽引+藥物」干預；「手法+其它療法干預」進行相關性比較中，除「手法+針刺干預」與「針刺干預」相比較外，其差異均有統計學意義（ $P < 0.05$ ）；結論顯示手法治療神經根型頸椎病方面具有一定優勢；但由於納入的原始文獻品質不高，影響研究結果的論證強度；確切的結論尚需要高品質的臨床研究進行進一步驗證。近年也有學者基於Jadad評分法對納入的針灸RCT相關文獻進行測評，初步分析表明當前所納入文獻評價值=2.3分（最高上線為5分），提示其不足為當前所存文獻品質偏低，納入病例數較少。其次，在當前國內相關試驗中，評價患者治療前後療效的指標相對單純，多數臨床顯效率僅局限于醫師主觀判斷，療效評價指標在國際公認層面相對欠缺，為此，受諸類影響所限，針刺干預臨床研究操作及評價的可重複性相對偏低，進一步導致試驗資料/結果的外推性相對偏差^[21]。

2 針灸治療神經根型頸椎病的機理研究

針對針刺治療神經根型頸椎病的療效機理研究，當前主要存在以下幾種方法：觀察血流動力學的改變、檢測患者治療前後血液成分的改變及比較頸椎椎體影像形態學改變等。

朱志強等^[22]以經顱多普勒超聲檢查（TCD）為檢測方式，對腹針治療神經根型頸椎病患者其血液流變的影響進行評價，即對治療前後各組三方面血液流變測評：Vp-收縮峰期血流速度、Vd-舒張末期血流速度及Vm-平均血流速度，結果提示：腹針治療組干預明顯優於對照組，其差異具有統計學意義（ $P < 0.05$ ）。結論提示腹針治療能顯著改善椎-基底動脈血流速度。周建偉等^[23]也借助TCD檢測對神經根型頸椎病患者針刺推拿法治療前後Vp、Vd及Vm等指標變化進行評價，結果顯示：針刺推拿方法干預對椎-基底動脈血液動力學的紊亂有著顯著改善。張建宏等^[24]通過觀察經顱多普勒超聲（TCD）及腦幹聽覺誘發電位（BAEP）變化來評價針刺治療椎動脈型頸椎病患者相應情況，結果提示：在改善患者椎-基循環的血流速度及神經傳導方面，針刺干預改善作用顯著。萬碧江等^[25]基於血漿TNF- α 及IL1 β 測定法對透刺電針干預神經根型頸椎病治療前後進行評價，結果提示三組干預後相關指標均有所下降，且透刺電針組干預在治療前後組內比較，差異有統計學意義（ $P < 0.01$ ）；組間比較亦有統計學意義（ $P < 0.05$ ）。結果提示：在血漿IL1 β 含量調節方面，電針夾脊組干預明顯優於頸復康組，其消炎效果顯著，值得深入研究。董洪英等^[26]基於血清TXB2含量測評對符合納入標準的頸椎病患者于針刺治療前後進行放免法干預評價，結果提示：頸椎病根性痛與血清TXB2含量有正向相關性，可進一步探討研究。

由上述論述可知，當前國內頸椎病的臨床治療針灸療法多樣，也可獲取到良好的療效，可是對臨床療效評價的觀察指標尚欠規範，對統一的標準相對缺乏，尚未建立完整的理論體系及尚未有相對完善的療效根據。

- [1] 彭娜, 劉密, 李金香, 等. 頸夾脊穴傍針刺法治療神經根型頸椎病30 例療效觀察. 福建中醫藥, 2013, 44(2):1-2.
- [2] 辛鳳, 鄧路, 周智梁. 溫通針法治療神經根型頸椎病40 例療效觀察. 河北中醫, 2013, 35(3):399-400.
- [3] 鄧星佑. 雀啄刺法針灸治療神經根型頸椎病療效觀察. 中國民族民間醫藥, 2013, 13(4):61-62.
- [4] 陳建輝, 林國平. 特殊針法聯合循經取穴治療神經根型頸椎病56例. 中醫研究, 2013, 26(5):70-72.
- [5] 萬碧江, 黃偉, 張壓西, 等. 透刺電針對神經根型頸椎病患者疼痛綜合評分的影響. 中國針灸, 2013, 33(5):407-410.
- [6] 譚惠民, 高維濱, 秦繼紅. 夾脊電針治療神經根型頸椎病的臨床研究. 吉林中醫藥, 2013, 33(1):86-87.
- [7] 萬碧江, 張亞西, 陳培紅, 等. 透刺電針對神經根型頸椎病患者麻木程度及上肢肌電圖的影響. 湖北中醫藥大學學報, 2013, 15(1):47-48.
- [8] 陳波, 陳杏枝, 劉紅. 多向穴位注射治療神經根型頸椎病臨床觀察. 針灸臨床雜誌, 2013, 29(2):23-25.
- [9] 滕春光. 針刀與電針治療神經根型頸椎病臨床療效對比觀察. 中醫臨床研究, 2013, 5(2):47-48.
- [10] 楊豔銀, 張軍. 針刺董氏奇穴配合刺絡放血治療神經根型頸椎病. 山東中醫雜誌, 2013, 32(1):35-36.
- [11] 孫文善, 王余民, 陸偉珍. PGLA 微創埋線治療神經根型頸椎病臨床觀察. 針灸臨床雜誌, 2013, 29(3):43-45.
- [12] 雷正權, 楊斌, 王利峰, 等. 腹針治療神經根型頸椎病的臨床研究. 陝西中醫學院學報, 2012, 35(6):66-67.
- [13] 劉敏娟, 王魁, 鄭蘇, 等. 溫針配合中藥離子導入治療神經根型頸椎病臨床研究. 遼寧中醫藥大學學報, 2013, 15(1):189-191.
- [14] 王瑀, 潘長青. 頭針運動療法治療神經根型頸椎病87例療效觀察. 中醫藥導報, 2012, 18(6):56-57.
- [15] 戴琳俊, 李丹丹. 腕踝針治療神經根型頸椎病30例. 湖南中醫雜誌, 2013, 29(5):78-80.
- [16] 元鋒國, 郭志芳, 陳連清, 等. 針刺配合手法復位及頸牽引治療神經根型頸椎病60例臨床觀察. 中醫臨床研究, 2013, 5(4):32-33.
- [17] 羅莎, 勾芳. 循經扣刺聯合針刺頸夾脊穴治療神經根型頸椎病臨床觀察. 四川中醫, 2013, 31(2):123-124.
- [18] 石瑜, 吳志明, 瞿建文. 針刺與超短波配合治療神經根型頸椎病的臨床觀察. 雲南中醫學院學報, 2013, 36(1):69-70.
- [19] 陸保全, 盧愛玲. 理療結合針刺治療神經根型頸椎病療效分析. 中國實用神經疾病雜誌, 2013, 16(8):25-27.
- [20] 王豔國, 郭秀琴, 張琪等. 手法治療神經根型頸椎病的系統評價. 中華中醫藥雜誌, 2013, 28(2):499-503.
- [21] Erik J. Thoomes, Gwendolijne G. M. Scholten-Peeters, Alice J. de Boer, Remy A. Olsthoorn, Karin Verkerk, Christine Lin, Arianne P. Verhagen. Lack of uniform diagnostic criteria for cervical radiculopathy in conservative intervention studies: a systematic review. Eur Spine J. 2013 August; 21(8): 1459-1470.
- [22] 朱志強, 呂春燕, 程少威, 等. 腹針治療神經根型頸椎病及其對血液流變的影響. 中國民族民間醫藥, 2013, 9(3):81-82.
- [23] 周建偉, 胡玲香, 李寧, 等. 針刺推拿綜合方案治療椎動脈型頸椎病經顱多普勒超聲觀察. 中國中醫藥資訊雜誌, 2005, 12(11): 10-13.
- [24] 張建宏, 範建中, 齊志強. 針刺治療椎動脈型頸椎病的TCD和BAEP觀察. 中華物理醫學與康復雜誌, 2005, 27(4): 229-232.
- [25] 萬碧江, 黃偉, 張壓西, 等. 透刺電針治療神經根型頸椎病臨床觀察及對患者血漿TNF - α 和IL1 β 的影響. 中華中醫藥學刊, 2003, 31(2):373-375.
- [26] 董洪英, 王秀雲, 孟向文. 針刺對神經根型頸椎病血清血栓素B2影響與療效的研究. 中醫藥學刊, 2003, 21(9):1428-1429.

(編委 : 黃賢樟審校2014.12.14)