

中西医治疗脊髓型颈椎病的研究进展

张佳艺¹, 姜益常^{2*}

¹黑龙江中医药大学研究生院, 黑龙江 哈尔滨

²黑龙江中医药大学附属第一医院骨伤三科, 黑龙江 哈尔滨

收稿日期: 2024年7月1日; 录用日期: 2024年7月26日; 发布日期: 2024年8月2日

摘要

脊髓型颈椎病(cervical spondylotic myelopathy, CSM)是以颈椎和椎间盘退变为主要病理基础, 相邻部位骨与软组织增生、钙化或退变, 黄韧带增厚或向前皱褶, 导致脊髓受压或供血障碍, 而出现肢体麻木乏力、手指精细动作困难、下肢行走不稳, 甚至瘫痪、大小便障碍为主要特征的神经功能性障碍。目前, 临床上对于神经压迫症状严重且非手术治疗效果差的脊髓型颈椎病患者需及时采取手术治疗, 而对于神经压迫症状轻的患者多采取非手术治疗, 其中中医治疗方法收效甚好。本文分析了脊髓型颈椎病的治疗现状, 重点阐述了小针刀在脊髓型颈椎病治疗中的运用, 旨在为脊髓型颈椎病的治疗提供参考。

关键词

脊髓型颈椎病, 手术治疗, 中医药疗法, 针刀治疗, 临床治疗进展

Progress in the Treatment of Cervical Spondylotic Myelopathy with Traditional Chinese and Western Medicine

Jiayi Zhang¹, Yichang Jiang^{2*}

¹Graduate School of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

²Department of Orthopedics and Traumatology, The First Affiliated Hospital of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

Received: Jul. 1st, 2024; accepted: Jul. 26th, 2024; published: Aug. 2nd, 2024

Abstract

Cervical spondylotic myelopathy (CSM) is based on cervical and intervertebral disc degeneration,

*通讯作者。

文章引用: 张佳艺, 姜益常. 中西医治疗脊髓型颈椎病的研究进展[J]. 临床医学进展, 2024, 14(8): 79-86.

DOI: 10.12677/acm.2024.1482185

hyperplasia, calcification, or degeneration of adjacent bone and soft tissue, thickening or forward crease of the ligamentum flandum, resulting in spinal cord compression or impaired blood supply. There are numbness and weakness of limbs, finger fine movement difficulties, walking instability of lower limbs, and even paralysis, urinary and bowel disorders as the main characteristics of neurological dysfunction. At present, timely surgical treatment is needed for patients with cervical spondylotic myelopathy with severe nerve compression symptoms and poor non-surgical treatment effect, while non-surgical treatment is usually taken for patients with mild nerve compression symptoms, among which Chinese medicine treatment is very effective. This article analyzes the current treatment status of cervical spondylotic myelopathy, and focuses on the application of small needle-knife in the treatment of cervical spondylotic myelopathy, in order to provide reference for the treatment of cervical spondylotic myelopathy.

Keywords

Cervical Spondylotic Myelopathy, Surgical Treatment, Traditional Chinese Medicine Therapy, Acupotomy Treatment, Progress of Clinical Treatment

Copyright © 2024 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 概述

CSM 起病缓慢而隐匿, 患者多表现为逐渐加重的神经功能损害, 脊髓不可逆损伤是最终临床结局, 但部分患者状态稳定([1], p. 1)。轻度的 CSM 可仅仅表现为间断、轻微的肢体麻木, 无运动功能障碍; 中、重度脊髓型颈椎病患者通常出现手部精细动作障碍; 在躯干四肢上, 一般表现为感觉方面的异常, 如麻木、灼烧、冰凉、蚁行感等, 或胸腹束带感, 也可表现为行走不稳, 患者通常自述脚踩棉花感; 病情严重的患者还可能出现不同程度的膀胱和直肠功能障碍, 例如尿失禁、尿潴留或便秘, 性功能也可能减退; 最严重的情况下, 患者甚至可能出现肢体瘫痪([1], p. 1)。CSM 作为颈椎病分型中危害最严重的一型, 发病率为 12%~30%, 是目前公认造成脊髓损害最主要的非创伤性因素[2]。

2. 脊髓型颈椎病治疗现状

CSM 由于其致残率高, 学术界一致认为此类型颈椎病应当在严格掌握手术指征情况下及时进行手术治疗, 以避免脊髓及神经不可逆的损伤。循证医学证据提示保守治疗对于 CSM 症状轻或病情发展缓慢的患者, 在减轻症状和延缓疾病发展方面效果良好[3]。

2.1. 手术治疗术式

2.1.1. 前方入路手术

颈前入路术以其独特优点在临床上日益突出, 其中包括但不限于减压彻底、创伤小以及有效恢复颈椎生理曲度。前方入路手术主要包括椎间盘切除减压融合术(ACDF)与椎体次全切除减压融合术(ACCF)两种术式。ACDF 和 ACCF 的主要适应证是: 影像学检查提示脊髓受压来自前方、椎管内无明显狭窄、脊髓受压节段小于或等于 3 个、颈椎整体曲度差(K-line 阴性)以及节段性不稳定。一项研究回顾比较了脊髓受压节段 < 3 病例中 ACDF、ACCF 的优劣, 该研究提出与 ACCF 相比, ACDF 在手术过程中出血量少, 手术并发症少, 而两种术式术后吞咽困难、声音嘶哑、移植物挤压、感染、硬膜外血肿和脑脊液发生率

无明显差异[4]。而美国私人保险数据库的数据提示, 脊髓受压节段 < 3 病例中, ACCF 与 ACDF 相比, ACCF 的循环并发症、休克/当日输血、C5 麻痹和翻修手术出现的比率明显更高[5]。美国国家手术质量改进计划(NSQIP)数据库的数据提示, 在 3708 名接受单节段 ACCF 或双节段 ACDF 的患者中, 与接受双节段 ACDF 的患者相比, 接受单节段 ACCF 治疗的患者的手术时间、住院时间更长, 术后并发症的概率增加, 但再入院率较低; 而 939 名接受双节段 ACCF 或双节段 ACDF 的患者的多变量回归分析提示, 与接受双节段 ACDF 的患者相比, 接受双节段 ACCF 治疗的患者住院时间显著延长以及出现并发症的风险增加[6]。此外, 随着 3D 打印的发展, 3D 打印人工椎体及椎间融合器在颈椎前路手术中应用逐步普及。王志强等回顾比较了 3D 打印植入物与钛网笼植入物在 CSM 患者中的应用, 结果表明, 3D 打印植入物具有手术时间更短、融合椎体高度丢失更少和能更好地维持颈椎生理曲度等优点[7]。

2.1.2. 后方入路手术

颈椎后方入路术主要通过扩大椎管内容积, 采用“弓弦原理”促使脊髓往后方移动, 具体来说, 这种治疗方式可以减轻脊髓受到的压力, 改善脊髓的血液供应, 促进脊髓恢复, 较前方入路术更安全。后方入路手术在临床上大致分为椎管扩大成形术及椎板切除术。主要适用于脊髓受压节段 ≥ 3 个的多节段脊髓型颈椎病(multilevel cervical spondylotic myelopathy, MCSM)、脊髓后方受压如黄韧带肥厚、椎板凸向椎管内的骨赘等病变, 同时也适用于椎管前方受压迫严重([1], p. 2)。前方入路手术风险大时, 可以先行后路手术以增加椎管容积同时降低手术风险的情况。

1) 椎管扩大成形术

椎管扩大成形术有单开门和双开门两种术式, 梁龙等通过 Meta 分析得出颈椎后路单开门和双开门椎管成形术在改善脊髓型颈椎病患者目测类比评分、JOA 评分、日本骨科协会评分恢复率、Nurick 分级、颈椎曲度、活动度等方面无显著差异[8]。颈椎后路单开门手术对颈椎后路椎体造成损伤较少, 能在一定程度上维持椎体后柱稳定性, 而双开门椎管成形术在术中及术后的出血量、手术时间和术后住院时间、轴性症状发生率, 以及术后疼痛症状改善方面均明显优于单开门组[9]。张启福等对 65 例 MCSM 的临床资料进行回顾性分析, 结果表明, 颈椎前路椎体次全切除植骨融合与后路单开门椎管扩大成形两种手术方式对促进患者神经功能恢复的疗效相近, 且两者都会引起 MCSM 患者颈椎活动度的减少, 但前者对患者损伤更大, 易导致术中出血量大、手术时间长, 并对颈椎活动度的影响更大[10]。

2) 椎板切除术

椎板全切术一直是 MCSM 的标准手术治疗方案[11]。但由于创伤较大, 并发症较多, SHIRAIISHI 进行了改良, 提出跳跃式椎板切除术, 与椎板全切术相比, 这种手术只需切除部分椎板和黄韧带, 从而保留了更多的肌肉组织附着, 可以减少术后轴性症状的发生[12]。目前, 临床上通常采用后入路椎板切除加侧块螺钉内固定的方法来治疗 MCSM。

2.2. 中医保守治疗

2.2.1. 中药疗法

根据 CSM 的发病特点, 其在中医属“痉证”、“痹症”、“骨痹”、“痿证”范畴, 病位在脊髓[13]。以下总结了部分中医学者对 CSM 的治疗观。

名老中医张天健认为 CSM 的病机为“荣气虚, 卫气实”, 在《内经·逆调论》中也有提到: “荣气虚则不仁, 卫气虚则不用, 荣卫俱虚则不仁且不用。”张天健总结多年临床工作经验, 将 CSM 分为气虚瘀阻型、瘀湿阻滞型、肝肾亏虚型, 分别用补阳还五汤加减(生黄芪、当归、红花、地龙、丹参、桃仁、千年健、木瓜、牛膝、川芎、葛根、蜈蚣)、平胃散加味(苍术、白术、厚朴、陈皮、半夏、炒薏苡仁、茯苓、桂枝、细辛、巴戟天、丹参、制狗脊、白花蛇)、六味地黄他或左归饮加减(生地黄、熟地黄、山萸肉、

枸杞子、当归、龟板胶、丹参、甘草、山药、玉竹、知母、鲜石斛、石决明)治疗, 根据中医常见病诊疗常规中颈椎病的出院标准来进行评定, 优秀 8 例, 占比 34.8%; 良好 11 例, 占比 47.8%; 可 2 例, 占比 8.7%; 差 1 例, 占比 4.3%, 优良率为 82.6% [14]。杨博文等学者认为 CSM 主要病因在于肝肾不足或亏虚, 特别是以肝肾的不足为主要病因, 同时风寒湿邪引起的血瘀气滞、滞塞不通为主要临床表现, 为本虚标实证。故杨博文等学者将 80 只小鼠随机分 5 组(假手术组、模型组、低剂量组、中剂量组、高剂量组), 每组 16 只, 在建立模型后, 其中低、中、高剂量组均予不同浓度益肾养髓方(巴戟天、熟地黄、白芍、鹿角霜、桂枝、丹参、黄芪、鬼箭羽、羌活)灌胃, 其余组予蒸馏水灌胃。结论: BBB 大鼠脊髓损伤评分标准: 假手术组在灌胃前、灌胃 2 周以及灌胃 4 周时, BBB 评分保持稳定, 未发生显著变化。在各时间节点上, 中药灌胃组和模型组与假手术相比, 均显示出统计学上的差异($P < 0.05$)。特别是在灌胃 2 周和 4 周后, 中药中浓度组和高浓度组 BBB 评分明显优于模型组, 这种差异具有统计学意义($P < 0.05$); 在透射电镜下, 杨博文等学者仔细观察了不同组别脊髓的微观形态。在假手术组中, 发现脊髓髓鞘结构保持完整, 呈现出规则的同圆心状排列, 神经元线粒体嵴清晰可见, 没有明显异常。然而, 在模型组和低剂量组中, 观察到了脊髓髓鞘结构的明显紊乱。这些髓鞘不再是规则的同圆心状排列, 而是呈现出分层状。有些髓鞘出现了断裂和卷曲的现象, 板层结构内部以及细胞内出现了空泡样的改变。更为严重的是, 神经元线粒体嵴也出现了断裂和缺失的情况。在中剂量组中, 发现脊髓髓鞘的形态有所改善。虽然板层结构仍有断裂, 但数量较少。空泡样改变的情况也相对较轻。与模型组相比, 高剂量组的脊髓髓鞘结构排列更为规则, 松散程度较轻。线粒体的形态破坏较轻, 细胞器的数量也较多。这表明高剂量的处理对脊髓髓鞘结构有一定的保护作用。总的来说, 透射电镜下的观察结果为我们提供了脊髓在不同处理条件下的微观形态变化, 为进一步研究脊髓损伤和修复机制提供了有力的依据[15]。对于 CSM 的中医治疗, 还有学者联合中药与手法进行治疗。金柯廷等学者运用中药内服圣愈汤(熟地、白芍、川芎、人参、当归、黄芪)配合颈椎序贯牵旋推还手法治疗 CSM。结果: 治疗 11 月后患者诸症状消失, 胸腹部束带感及行走时踩棉花感消失, 双侧霍夫曼征(-), 四肢腱反射正常, 复查颈椎核磁示: 1) 颈椎骨质增生; 2) 部分椎体缘许莫氏结节、终板炎; 3) 颈椎间盘退变; 4) C3/4~C5/6 椎间盘后突出, 继发相应水平椎管狭窄, 无脊髓异常信号[16]。

2.2.2. 针灸疗法

针灸在我国医学史上历史悠久, 据相关文献支持, 针灸疗法大约产生于距今 7000~8000 年到 4000 年到新时期时期, 在距今 2000 多年以前的古书中, 称“砭石”, 罗泌《路史》提到“尝草治砭, 以制民疾。”现代学者马楠山通过数据挖掘, 总结出了针灸治疗 CSM 的循经选穴规律: CSM 常用穴位为夹脊穴、曲池、风池, 其中夹脊穴出现频率最高(40 次), 通常选取手阳明大肠经、足少阳胆经、督脉以及足太阳膀胱经, 通过该研究还发现治疗 CSM 关联性较强的腧穴配伍为: 夹脊穴&风池、夹脊穴&曲池、曲池&外关[17]。韩碧英教授深入研究了脊髓型颈椎病的病理学基础, 他发现这主要与颈部的骨质以及脊髓的病变有关。这种病变导致脊髓受到压迫, 影响其正常功能, 进而引发一系列的临床症状。其中最显著的表现就是四肢无力, 患者会感到手臂和腿部的肌肉力量明显减弱, 甚至无法正常行走或拿起物品。这种无力的症状在活动后会加重, 给患者的日常生活带来了极大的困扰。除了四肢无力, 患者还可能出现手部肌肉萎缩、肢体麻木、行走不稳等症状, 故可按照中医“骨痿”进行辨证论治, 提出: 1) 调中焦以滋先天: 韩碧英教授在临床上常使用中脘、水分、天枢等穴位以运化水谷之精气, ; 章门、期门疏肝健脾: 脾俞、胃俞、肾俞、肝俞调节五脏六腑气血津液; 在中焦火热的清泻过程中, 主要选取内廷、大都、足三里、上巨虚、下巨虚等穴位进行针对性治疗。2) 对骨、筋、肉的调治也需要给予特别关注: 选取大杼、髓会、阳陵泉以充养骨髓达到调理筋脉的目的。3) 善用阴、阳跷脉交会穴: 当 CSM 临床表现为双侧或单侧下肢肌肉无力、筋肉出现痿缩的症状时, 可以选择阳跷脉的交会穴进行治疗, 如申脉、仆参、跗阳、居髎

等穴位;而对于有上肢无力的临床表现时,同样可以选取阳跷脉交会穴治疗,常用膈俞、肩俞、巨骨、天髎等。4) 骨病治以短刺:在进行针刺治疗时,具体的操作方法是使用 1.5 寸毫针,将其刺入到大椎穴下的位置,即第七颈椎棘突上的骨膜。在刺入的过程中,需要保持缓慢且小幅度地顺时针捻转,持续约 30 秒。当患者感到酸胀时,说明已经达到了激发督脉经气的效果。通过这样的操作,可以有效地调治颈部骨质,缓解颈部疼痛和僵硬等问题。这种治疗方法能够刺激督脉经气,促进气血流通,从而改善颈部肌肉和软组织的紧张状态,提高颈部的稳定性和灵活性[18]。赖新生教授独创通督养神针在治疗早期 CSM 多有显效,赖新生教授认为早期脊髓型颈椎病多属于“痹证”,立足于阴阳,以督脉以及五脏背俞穴为主穴,五输穴及其他特定穴为配穴,组成“通督养神、引气归元”针法。选穴处方:1) 重督脉以振阳气:主穴:百会(首选)、大椎,配穴:主要选取督脉在头部的分支或交会穴,例如脑户、风府、风池、大抒及风门等。2) 取背俞以安五神:若以经络痹阻,血气不荣为病因病机,临床主要表现为肢体或肌肉等的痛、麻等,可取心俞、膈俞等;若出现肾精不足之腰膝酸软等症状,取肾俞、大肠俞以益肾填精。3) 远近相配功可成:局部选穴以颈三针(天柱、颈百劳、大抒)为主,远端取穴上肢取手三针(曲池、外关、合谷),下肢取膀胱经之委中、承山以及肾经原穴太溪。4) 虚实加减通元合:若患者虚实夹杂,或实证明显,可采用通督养神针法。若患者表现出全身乏力、语言无力等症状,则需先用引气归元针法来调理气机、稳固根本,待正气恢复后,再行通督养神,以实现阴阳平衡[19]。洪东方运用四指推法结合温针灸治疗脊髓型颈椎病,将 112 例 CSM 患者随机分为治疗组(58 例)、对照组(54 例)。治疗组采用四指推法结合温针灸治疗,对照组采用口服药物治疗,连续治疗 20 天后分析结果。结果:相较于对照组的 3.7% 治愈率,治疗组的治愈率高达 24.1%,具有显著优势,且差异具有统计学意义($P < 0.05$)。同时,治疗组的有效率达到 89.7%,而对照组仅为 55.6%,治疗组同样表现出显著的优势,且差异具有统计学意义($P < 0.05$) [20]。还有学者将针灸疗法与推拿结合起来治疗 CSM。林飞燕将 70 例 CSM 患者随机分为对照组和观察组各 35 例,对照组予电针治疗,观察组予温针灸加推拿治疗,两组选穴:颈 3-7 夹脊穴、天柱、百劳、大椎、大抒,出现了上肢功能障碍,例如上肢疼痛、麻木等症状,加肩髃穴、曲池穴、手三里穴、外关穴、合谷穴等;出现下肢功能障碍,如行走困难、步态异常以及站立不稳等症状,加环跳、伏兔、足三里、阳陵泉、悬钟。持续治疗 4 周后比较患者治疗结果。结果:温针灸组患者临床治疗总有效率明显高于电针组($P < 0.05$) [21]。

2.2.3. 推拿疗法

对于严重的 CSM,临床建议手术治疗,但是对于轻度、中度 CSM 的保守治疗效果也非常显著,其中推拿疗法值得一提。虎旭昉等学者总结了当代推拿名家在治疗 CSM 上的思路以及方法,发现推拿疗法行之有效。通过对李业甫、罗金官、罗志瑜、周骥、孙树椿临床诊治 CSM 相关资料进行收集整理,李业甫的治疗手法主要以拔伸和扳推为核心。在他的治疗过程中,拔伸不仅仅是单一的动作,而是与扳推相互结合,形成一种协同作用。这种协同作用的关键在于肘部的巧妙运用,通过肘部施加适量的扳力,与拔伸之力相结合,同时两手进行扳推,使得这些力量能够同时发挥作用。除了上述的扳推与拔伸外,李业甫还会在治疗过程中辅以牵引手法。这种牵引不仅有助于放松患者的身体,还能为后续的按压手法做好准备。在牵引的基础上,他会运用多种手法按压患者的多个穴位。这种按压既有固定的穴位,也有根据患者具体情况临时选择的穴位,旨在通过刺激这些穴位来达到治疗的效果。总体来说,李业甫的治疗手法是一种综合性的方法,它不仅注重单一手法的运用,更强调多种手法的协同作用,以达到最佳的治疗效果。罗金官重视中医触诊,中医触诊是一种独特的诊断方法,主要通过触摸颈部肌肉、韧带、棘突等部位,从而深入了解这些组织的形态、软硬程度等信息。这些信息对于判断病情和制定治疗方案具有重要意义。在触诊过程中,罗金官会根据患者的具体情况,酌情采用端提旋复的方法进行进一步的治疗。这种方法可以有效地缓解颈部肌肉紧张、疼痛等症状,促进颈椎的恢复和健康。其手法强调轻、稳、准、

快慢适中; 罗志瑜根据 CSM 好发于下颈段的特点, 提出了颈椎后伸双向斜扳法, 以松弛脊髓, 在施术过程中使脊髓处于最大保护状态中[22]; 周骥通过对临床经验的总结, 提出了在 CSM 的运用安全性极高的定点牵引侧扳法; 孙树椿认为本病发病机制为“筋出槽, 骨错缝”, 故手法强调因势利导, 这意味着要根据具体情况和需要, 灵活地运用手法。先轻后重是另一个重要的原则, 它确保了动作的渐进性和层次感。轻柔的起始动作可以帮助患者放松身体, 而逐渐增加的力度则有助于更好地治疗和恢复。除了轻重的层次感, 持久有力也是不可或缺的一部分。在执行手法时, 要有足够的力度和持久性, 以确保治疗的效果。这种力度不是一蹴而就的, 而是需要持续而稳定地施加, 最后该手法追求目标为“骨对缝”、“筋入槽”[23]。何光远总结李业甫教授推拿手法治疗脊髓型颈椎病的临床疗效, 方法: 运用李业甫教授独创的推拿手法与牵引相结合, 成功治疗了 34 例 CSM 患者, 结果: 治疗脊髓型颈椎病 34 例, 经过治疗, 按照我国四十分记分法, 34 例患者经过治疗有 16 (占 47%) 例实现了生活基本正常化, 有 15 (占 44%) 例实现日常生活活动, 只有 3 例(占 8%) 患者不理想[24]。吴山等学者总结了林应强教授治疗早期 CSM 的治疗经验。林应强教授创立了以爆发力为特色的“南派”正骨推法, 通过手法扩大椎间孔间隙, 释放颈椎束带感; 岭南林氏正骨推拿手法是针对因脊柱的退行性改变所引发的筋骨失衡问题而设计的, 包括了使用颈椎提拉旋转斜扳法与胸椎交界正压法对早期 CSM 进行治疗[25]。傅余坤等学者对 34 例 CSM 患者进行了整脊推拿手法治疗, 并对其疗效进行了观察, 研究发现总有效率高达 97.06%, 所有病例未出现不良反应, 中医手法治疗脊髓型颈椎病安全有效[26]。徐小恩等学者通过对 40 例脊髓型颈椎病急性发作患者, 以颈痛为主要症状, 采用了推拿结合走罐的治疗方法, 并对其疗效进行了深入研究, 得出结论: 痊愈 12, 显效 19, 好转 6, 无效 3, 总有效率达 92.5%, 其中对照组总有效率为 55% [27]。

2.3. 针刀疗法

针刀的治疗特点体现在其微侵袭性上, 它能够在软组织内部进行精细的切割, 这种切割对组织的伤害非常小, 以至于身体可以完全修复, 甚至在连续进行 3 到 4 次切割后也不会留下疤痕; 第二是刺激神经鞘膜, 以超限抑制效应实现镇痛[28]。

2.3.1. 针刀治疗 CSM 机制

针刀起源于古代的“九针”, 并结合了现代手术刀的技术, 如今广泛应用于临床。它主要用于治疗软组织损伤、骨质增生和脊柱疾病等问题。这种治疗方法属于闭合松解术, 具有切口小、无不良反应的优点。针刀医学理论认为, 针刀可以有效地缓解患者软组织出现的粘连和痉挛等病理性改变, 进而改善颈椎的生物力学状态, 解除对脊髓和其他结构的压迫[29]。

蒋志刚认为针刀治疗 CSM 的主要目标是全面、精确、有效地改善颈椎前后和两侧的受损肌群, 从而恢复外部平衡, 也就是动态平衡。通过这一步骤, 我们可以逐步改善椎间盘的内部平衡, 促进纤维环裂缝中肉芽和纤维组织的生长, 并吸收突入裂缝中的髓核物质[30]。姜永明等学者认为针刀松解剥离技术能够有效地对僵硬、粘连、挛缩和瘢痕的软组织进行彻底的松解和剥离, 包括处理黄韧带肥厚和侧隐窝粘连等问题。这种技术能够起到减压、促进血液循环、消炎和改善微循环的作用[31]。

2.3.2. 研究现状

蒋志刚收集 30 例脊髓型颈椎病门诊患者, 运用小针刀治疗, 选取椎棘突、关节突, 项韧带及上肢头夹脊, 肩胛提肌起止点, 肩井、天宗等大穴及其他阳性反应点作为治疗点。结果: 治疗后功能恢复, 能正常工作 25 例; 基本恢复, 能从事一般工作 5 例, 有效率 100% [32]。张平等学者进行了一项研究, 他们将 60 例脊髓型颈椎病患者随机分配到治疗组和对照组中。在治疗组中, 患者接受了针刀整体松解术治疗, 而对照组的患者则接受了电针治疗。结果: 治疗组总有效率 93.3%, 愈显率 76.6%, 对照组总有效率 73.3%, 愈显率 40% [33]。陈建辉等学者对 12 例 CSM 患者进行针刀分层多刀松解联合针灸疗效的观察。

方法: 12 例 CSM 患者均经 2 次针刀分层多刀松解(取穴: 大椎、C5 穴、C6 穴、C7 穴)和 15 次针灸(取穴: 百会、风池、颈百劳、大椎、肝俞、肾俞)。结果: 痊愈 3 例, 显效 4 例, 无效 1 例, 有效率 91.66% [34]。王振国等学者基于刘方铭教授针刀松解颈周膈穴的思路提出了“针刀三位一体松解术”, 即局部以颈周膈穴为主, 远端取穴以脊柱为中心, 分别选取督脉穴, 膀胱经经穴治疗, 通过松解整个脊柱区带的软组织, 调整颈椎周围动态平衡, 改善局部微循环状态, 从而逐步达到使纤维环破裂被肉芽和纤维组织填充, 调整椎间盘内部平衡, 以减缓颈椎脊髓受压, 改善脊髓的血运, 取得临床减压症状[35]。

3. 结论

CSM 具体的发病机制尚未明确, 普遍认为是由于多种因素导致椎管容积减小, 进而引发脊髓受压和缺血, 最终造成脊髓损伤, 目前中西医结合治疗 CSM 效果较好。轻度患者(mJOA 15~17 分)在临床上一般采取保守的治疗方式, 包括但不限于中医辨证论治、中药外治、针灸、手法、针刀等, 但影像学表现为严重椎管狭窄、椎管占位率大于 50%、颈椎局部不稳或后凸、脊髓高信号等情况的患者, 不通过手术方法进行治疗、理疗 3 个月及以上症状无明显减轻或神经性症状进行性加重的患者, 没有手术禁忌症者, 应当尽快采取手术方法进行治疗([1], p. 3)。目前, 中医治疗早期脊髓型颈椎病以及脊髓型颈椎病术后恢复具有较好的近期效果, 但是不能完全治愈, 必要时应及时采取手术治疗。在今后临床研究中, 需深入研究 CSM 发病机制, 积极探索 CSM 的预防措施及治疗措施。

参考文献

- [1] 莫文, 袁文. 脊髓型颈椎病中西医结合诊疗指南(2023) [J]. 中国骨伤, 2024, 37(1): 103-110.
- [2] 刘卫义, 鄢裕, 鄢卫平. 脊髓型颈椎病颈前路术后轴性症状治疗进展[J/OL]. 实用中医内科杂志, 2024, 38(1): 138-140. <http://kns.cnki.net/kcms/detail/21.1187.R.20230802.1528.004.html>, 2023-10-14.
- [3] 杨龙, 姚敏, 孙悦礼, 等. 脊髓型颈椎病的循证治疗研究现状[J]. 世界中医药, 2015, 10(11): 1796-1801.
- [4] Deora, H., Kim, S., Behari, S., Rudrappa, S., Rajshkhar, V., Zileli, M., et al. (2019) Anterior Surgical Techniques for Cervical Spondylotic Myelopathy: World Federation of Neurosurgical Societies Spine Committee Recommendations. *Neurospine*, **16**, 408-420. <https://doi.org/10.14245/ns.1938250.125>
- [5] Nguyen, W., Chang, K., Formanek, B., Ghayoumi, P., Buser, Z. and Wang, J. (2021) Comparison of Postoperative Complications and Reoperation Rates Following Surgical Management of Cervical Spondylotic Myelopathy in the Privately Insured Patient Population. *Clinical Spine Surgery: A Spine Publication*, **34**, E531-E536. <https://doi.org/10.1097/bsd.0000000000001216>
- [6] Banno, F., Zreik, J., Alvi, M.A., Goyal, A., Freedman, B.A. and Bydon, M. (2019) Anterior Cervical Corpectomy and Fusion versus Anterior Cervical Discectomy and Fusion for Treatment of Multilevel Cervical Spondylotic Myelopathy: Insights from a National Registry. *World Neurosurgery*, **132**, e852-e861. <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2019.07.220>
- [7] 王志强, 冯皓宇, 马迅, 陈晨, 邓晨, 孙麟. 3D 打印人工椎体及椎间融合器在颈椎前路手术中应用的临床效果[J]. 中国修复重建外科杂志, 2021, 35(9): 1147-1154.
- [8] 梁龙, 魏戌, 朱立国, 银河, 于杰, 冯敏山, 陈琳. 颈椎后路单开门与双开门椎管成形治疗脊髓型颈椎病的 Meta 分析[J]. 中国组织工程研究, 2019, 23(8): 1299-1306.
- [9] 梁和胜, 肖立军, 邓德礼. 颈椎后路单开门与双开门椎管扩大修复多节段脊髓型颈椎病: 颈椎活动度对比[J]. 中国组织工程研究, 2016, 20(22): 3235-3241.
- [10] 张启福, 马永红, 王涛, 胡一博, 张鹤令, 宗群川. 颈椎前路椎体次全切植骨融合和后路单开门椎管扩大成形治疗多节段脊髓型颈椎病: 对颈椎活动度的影响[J]. 中国组织工程研究, 2021, 25(24): 3870-3874.
- [11] 钟远鸣, 莫日养, 梁梓扬, 许伟. 脊髓型颈椎病的手术治疗研究进展[J]. 中国全科医学, 2018, 21(8): 998-1002.
- [12] Shiraishi, T. (2002) Skip Laminectomy—A New Treatment for Cervical Spondylotic Myelopathy, Preserving Bilateral Muscular Attachments to the Spinous Processes: A Preliminary Report. *The Spine Journal*, **2**, 108-115. [https://doi.org/10.1016/s1529-9430\(01\)00118-8](https://doi.org/10.1016/s1529-9430(01)00118-8)
- [13] 李金虎. 脊髓型颈椎病非手术诊治的研究与进展[J]. 安徽医药, 2012, 16(8): 1171-1173.
- [14] 高泉阳. 名老中医张天健治疗脊髓型颈椎病的经验 [J]. 中医正骨, 2006(2): 64.

- [15] 杨博文, 朱立国, 陈忻, 等. 益肾养髓方对脊髓型颈椎病大鼠脊髓炎症的影响[J]. 时珍国医国药, 2023, 34(5): 1056-1059.
- [16] 金柯廷, 王平, 李嘉钰, 等. 颈椎序贯牵旋推还手法联合圣愈汤治疗脊髓型颈椎病 1 例[J]. 湖南中医杂志, 2020, 36(6): 87-88.
- [17] 马楠山, 张坤, 王姣姣, 等. 基于数据挖掘的针刺治疗脊髓型颈椎病选穴规律分析[J]. 颈腰痛杂志, 2023, 44(2): 171-174.
- [18] 关芮, 郝亚薇, 黄漫. 韩碧英针灸治疗脊髓型颈椎病经验[J]. 中华中医药杂志, 2021, 36(5): 2743-2746.
- [19] 黄海梅, 吴沛龙, 周遵明, 等. 通督养神针法治疗早期脊髓型颈椎病探微[J]. 针灸临床杂志, 2019, 35(7): 68-71.
- [20] 洪东方. 四指推法结合温针灸治疗脊髓型颈椎病的临床研究[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2020, 41(1): 53-55.
- [21] 林飞燕. 温针灸配合推拿治疗脊髓型颈椎病疗效观察[J]. 黑龙江中医药, 2019, 48(1): 221-222.
- [22] 钟力炜, 章家福. 罗志瑜治疗脊髓型颈椎病经验[J]. 中医文献杂志, 2001(4): 35.
- [23] 虎旭昉, 姜楠, 吕雪芳, 等. 当代推拿名家治疗脊髓型颈椎病的思路与方法刍议[J]. 陕西中医药大学学报, 2021, 44(2): 49-52.
- [24] 何光远, 李业甫. 李业甫教授推拿手法配合牵引治疗脊髓型颈椎病临床疗效观察[J]. 中医药临床杂志, 2015, 27(5): 707-708.
- [25] 吴山, 黄帆, 张悦, 等. 岭南林氏正骨推拿治疗早期脊髓型颈椎病[J]. 长春中医药大学学报, 2020, 36(6): 1137-1139.
- [26] 傅余坤, 马庆芝, 汪善金. 中医手法治疗脊髓型颈椎病 34 例临床观察[J]. 中国疗养医学, 2014, 23(6): 515-516.
- [27] 徐小恩, 王仁灿, 周如明. 推拿结合走罐治疗脊髓型颈椎病 40 例临床观察[J]. 浙江中医杂志, 2015, 50(5): 362.
- [28] 费菲, 赵海. 四十年铸就针刀医学的独特优势——中日友好医院针灸科主任李石良谈小针刀的发展历史和现状[J]. 中国医药科学, 2016, 6(22): 1-3.
- [29] 王一迪, 范利娟, 程卫东, 等. 针灸治疗脊髓型颈椎病的研究进展[J]. 中国疗养医学, 2022, 31(11): 1158-1160.
- [30] 蒋志刚. 针刀治疗脊髓型颈椎病机理探讨[J]. 中医药临床杂志, 2010, 22(7): 639.
- [31] 姜永明, 刘苗, 杨凤明, 等. 针刀治疗脊髓型颈椎病(椎管狭窄症)机理探讨附 184 例治疗报告[C]//中华中医药学会, 中华中医药学会针刀医学分会. 中华中医药学会针刀医学分会二〇〇九年度学术会议论文集. 2009: 4.
- [32] 蒋志刚. 小针刀综合疗法治疗脊髓型颈椎病 30 例临床观察[J]. 中医杂志, 2010, 51(S2): 239.
- [33] 张平, 吴绪平, 胡昭端, 等. 针刀整体松解术治疗脊髓型颈椎病临床观察[J]. 湖北中医杂志, 2014, 36(9): 62-63.
- [34] 陈建辉, 周子静. 针刀分层多刀松解联合针灸治疗脊髓型颈椎病 12 例[J]. 中医研究, 2015, 28(2): 47-48.
- [35] 王振国. 针刀三位一体松解术对脊髓型颈椎病的临床研究[Z]. 山东省, 滨州市中医医院, 2020-06-04.