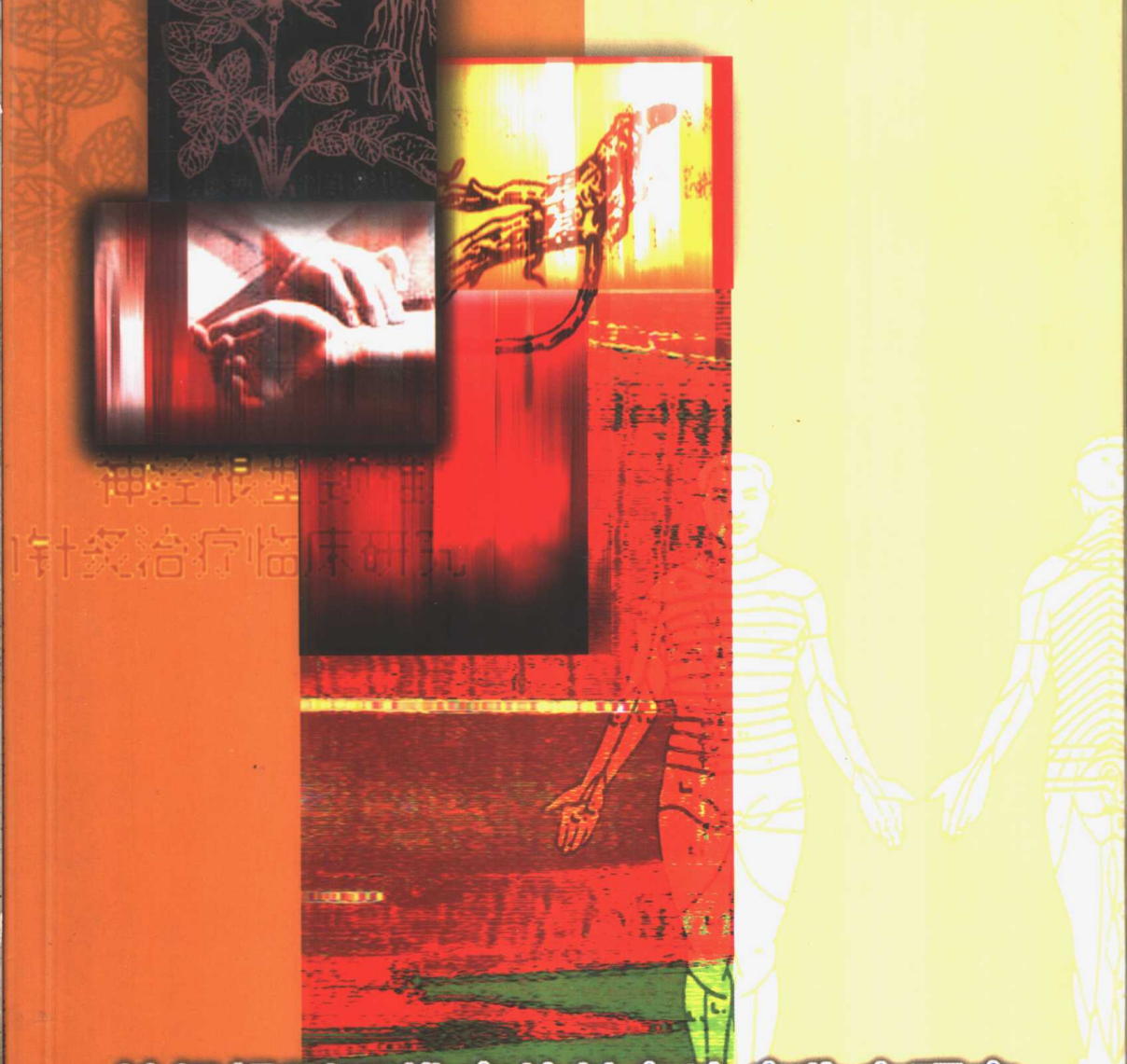




神经根型颈椎病
针灸治疗临床研究

神经根型颈椎病的针灸治疗临床研究

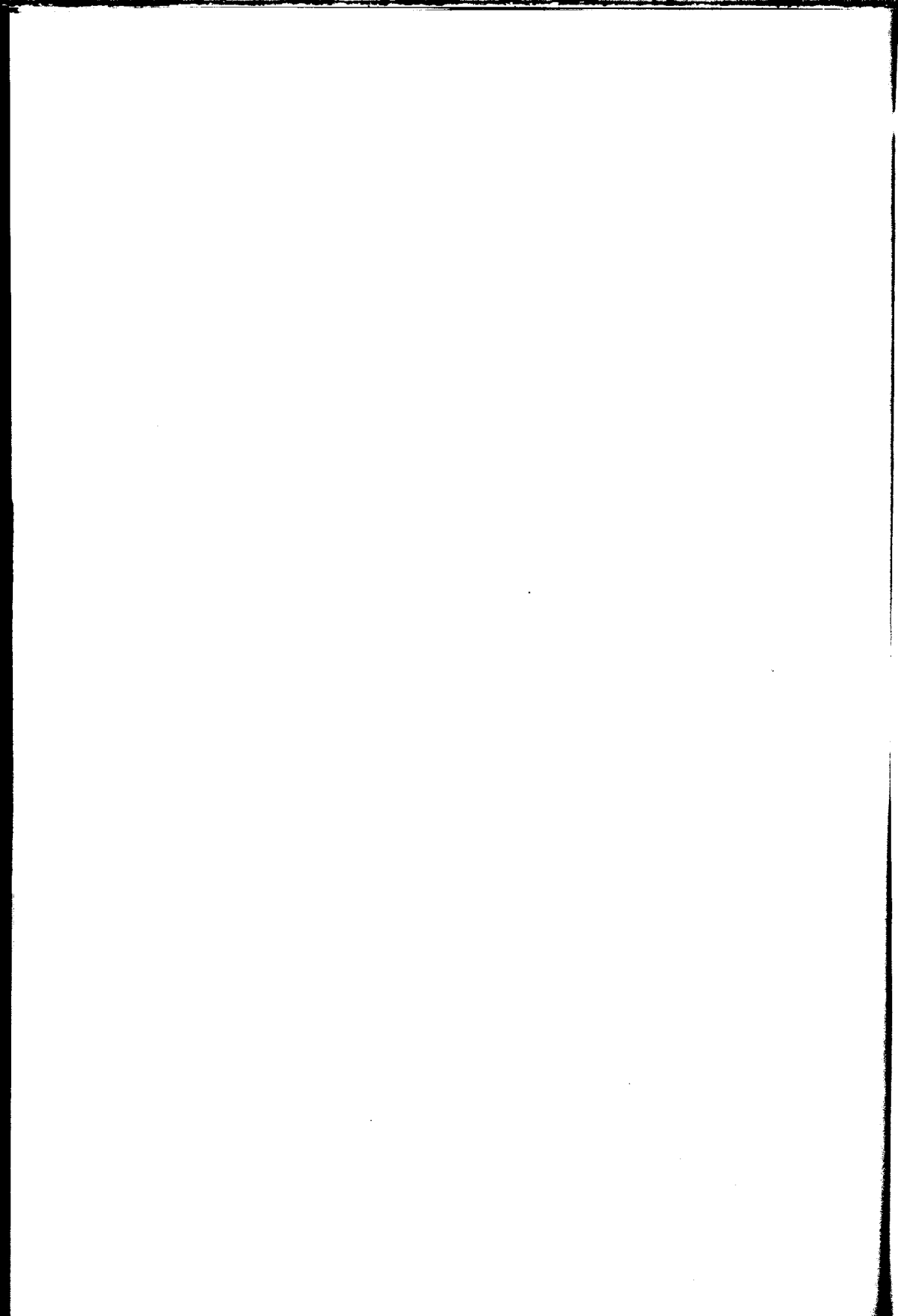
9
2

许振益 ◎ 著

北京中医药大学图书馆惠存

新加坡中华医学会赠

9/11/02



The book cover features a collage of images: a hand holding a needle, a diagram of a nerve root, and a diagram of a human torso showing the spine and limbs. The title is prominently displayed in the center.

神经根型颈椎病的针灸治疗临床研究

0183393

许振益 © 著

赠阅



0183393

新加坡中华医学会·医学丛刊③·第一辑

主 编： 陈鸿能

编 委： 张国强 王葆方 陈美娥 黄信勇
许振益 丘德兴 夏誉激 叶文銮
何丰明 何保宗 余思颖 陈巧凤
陈家旭 许丽芬 卢金玉 陈国全

书 名： 神经根型颈椎病的针灸治疗临床研究

出 版： 新加坡中华医学会
SOCIETY OF TRADITIONAL CHINESE MEDICINE (SINGAPORE)
70 Thomson Road Singapore 307588
Tel: (65)62568923 Fax: (65)62566118

著 者： 许振益

封面设计： 陈明华

设计承印： 玲子传媒私人有限公司
Blk 52 Kallang Bahru #04-17 Singapore 339335
Tel: 62935677 Fax: 62933575

出版日期： 2001年12月20日

国际书号： ISBN 981-04-5596-8

定 价： S\$8.00

版权所有·翻印必究

本书荣获李氏基金赞助

Acknowledgement for Publishing Grants: LEE FOUNDATION SINGAPORE

目录

6	◎	前言
8	◎	第一章 古代医籍对颈椎病的论述
13	◎	第二章 颈椎病的研究概况
20	◎	第三章 颈椎病的针灸治疗概况
29	◎	第四章 针灸治疗颈椎病现存的一些问题
33	◎	第五章 中医对颈椎病的认识
39	◎	第六章 现代医学对颈椎病的认识
44	◎	第七章 颈椎病针灸治疗选经和选穴的依据
59	◎	第八章 杨甲三教授针刺手法的研究
64	◎	第九章 颈椎病（神经根型）针灸治疗的临床研究
		9.1 一般资料
		9.2 诊断标准
		9.3 治疗方法
		9.3.1 辨证选穴
		9.3.2 根据神经解剖学选夹脊穴
		9.3.3 循经局部和远道选穴
		9.3.4 操作手法
		9.3.5 针具与留针
		9.4 纳入标准
		9.5 排除标准
		9.6 疗效判断标准
		9.7 疗效统计
		9.7.1 治疗结束后疗效
		9.7.2 随访疗效
		9.8 典型病例介绍
		9.9 讨论和体会
90	◎	结语
91	◎	附录一
94	◎	附录二

前言

1985年当我在新加坡大巴窑中华医院领导“生发和脱发小组”从事临床研究时，发现在脱发的病例中，有一部分是患有颈椎病者，于是我开始思索颈椎病与脱发的关系，并研究治疗颈椎病的方案。

颈椎是人体中活动量很大的一部分关节，容易造成外伤和劳损，使骨质退变；而慢性咽喉感染，又与劳损互相影响而加重病情；另外由于社会经济发展迅速，生活节奏快，精神紧张，更为颈椎病的发病创造了条件。

颈椎病是一个涉及面广泛，临床症状和体征多的临床综合征，以中老年发病率最高。新加坡国立大学医院矫形骨科的一项调查，发现每五位新加坡人中就有一位具有颈项僵硬的症状(30)；中国上海中医药大学施杞校长曾调查一间工厂的1064名职工，发现发病率为17.19%(2)。

本研究内容分两部分：文献研究和临床研究。文献研究中把古代医籍对颈椎病的记载，国外和国内对颈椎病的研究概况加以描述；也对现代针灸治疗颈椎的概况，和被忽略层面加以

分析，并提出以辨证，夹脊和循经三种理论相结合的取穴原则，设计一组穴位，以治疗神经根型颈椎病。

临床研究中，我把61例颈椎病（神经根型）通过中医辨证分型，根据不同的证型和发病时循经部位，选不同的穴位下针治疗。我在临床上，比较了男女二组病例间疗效的差异，并对不同的中医证型间的治疗效果加以比较。

本研究治疗颈椎病的特点是选穴少，取穴法则和操作过程简单。选穴治疗过程系统化，规范化，容易为初学者遵循和沿用，因此裨益于针灸治疗颈椎病的推广。

第一章 古代医籍对颈椎病的论述

1.1 颈椎病的定义

颈椎病（神经根型）是一组临床症候群。它是指由于外伤、劳损或退变等因素，导致椎间隙或椎间孔狭窄、软组织钙化，骨质增加、椎体转位错位，脊柱生理弧度改变等病理变化；临床出现颈椎活动功能障碍，颈椎棘突，棘突旁或肩胛内缘压痛；颈肩部疼痛，向身体部位受颈脊神经节段支配的区域如上臂、前臂和手指放射；神经系统检查出现臂丛神经牵拉试验或、和椎间孔挤压试验阳性者。

1.2 古代医籍对颈椎病的记载

祖国医学很早就有关于颈椎病的论述。这些论述散见于《内经》及《伤寒论》中，以痹症、痿症、头痛、眩晕、颈筋急、项肩痛、肩背手臂痛及头项强痛等条目出现。由于中医学强调辨证论治和整体观念，每个病人的体质特点，发病时出现的症状，体征有所差异；加之医者对疾病的命名标准不同；有的以主要病机命名，有的以主要症状命名，因此《内经》和《伤寒论》等古代医籍中并没有明确提出颈椎病的名称。

1.2.1 颈椎病的病位

颈椎病在体表的病位是颈部、肩背部与上肢。经络作为运行气血的通道，是以十二经脉为主，其“内属于府藏，外络于肢节”，将人体内外连贯起来，成为一个有机的整体。颈椎病外络于颈肩背与上肢，内属于何脏何腑呢？《灵枢·五邪篇》说：

“邪在肾、则病骨痛阴痹·阴痹者，按之而不得、腹胀腰痛，大便难，肩背颈项痛，时眩。”。《素问·痹论篇》：说“故骨痹不已，复感于邪，内舍于肾；筋痹不已，复感于邪，内舍于肝。”，明·王肯堂《杂病证治准绳》认为颈项疼痛不适：“有风、有湿、有寒、有热、有闪挫、有血瘀气滞，有于血，皆标也，肾虚乃其本也。”，因此，我认为颈椎病从脏腑辨证应属于肝肾。

1.2.2 颈椎病的病因病机

颈椎病与六淫致病的关系，《素问·痹论篇》说：“风寒湿三气杂至，合而为痹也。其风气胜者为行痹，寒气胜者为痛痹，湿气胜者为着痹也。”。《素问·至真要大论》说：“诸痉项强，皆属于湿；因为寒湿则筋脉凝泣，热湿则筋脉胀，故皆能发痛与项强症。”；又道：“诸风掉眩，皆属于肝”；“诸寒收引，皆属于肾”；“诸湿肿满，皆属于脾”；“诸暴强直，皆属于风”。《济生方》说：“皆因体虚，腠理空虚，受风寒湿而成痹也。”。《伤科补要》说：“筋失营养，伸舒不便，感冒风寒，以患失颈，头不能转”。《金匱要略方论》说：“人年五六十年，其病脉大者，痹挟背行……皆因劳得之”。《诸病源候论》

说：“由体虚，腠理开，风邪在于筋骨也，……邪客关机，则使筋挛，邪客足太阳之络，令人肩背拘急也。”《张氏医通》说：

“有肾气不循故道，气逆挟脊而上，至肩背痛，或观书对奕久坐致脊背痛者”。综合以上论述，颈椎病的病因是肝肾气虚，肌体营卫，气血不足，筋骨关节失养；加上风寒湿热之邪上犯，邪客经络而成。

1.2.3 颈椎病的病证

颈椎病的病证，古代医籍中虽然没有明确的颈椎病症状的描述，但是类似于颈椎病的描述有《灵枢·经脉》说：“小肠手太阳之脉……颌肿不可以顾，肩似拔，臑似折。……颈、颌、肩、臑、肘、臂外后廉痛”，这段描述颇象现代医学颈椎病（神经根型）的临床症状。《足臂十一脉灸经》中记载的痹痛症：“病足小指废，膊痛，脚痛、睢痛、腰痛、挟脊痛、项痛、手痛”。这段论述也类似于现代医学颈椎病脊髓和神经根受压迫的症状。

《素问·逆调论》说：“病名曰骨痹，是人当挛节也。帝曰：人之肉苛者，虽近衣絮，犹尚苛也，是谓何疾？岐伯曰：荣之虚，卫气实也，荣气虚则不仁，卫气虚则不用，荣卫俱虚，则不仁且不用，肉如故也，人身与志不相脗，曰死。”这段论述类似于现代医学中脊髓型颈椎病的临床表现，如功能障碍，肌肉麻木、感觉减退。

1.2.4 颈椎病的治疗

1.2.4.1 针灸治疗

颈椎病的针灸治疗,《圣济总录》说:“大椎穴:气疰背膊拘急,颈项强不得回顾,灸以年为壮”,“风池穴,颈项强不得回顾,……,可灸七壮”;“大杼穴:疔疰,颈项强不可俯仰,……可灸七壮”。《玉龙歌》说:“肩髃穴:肩端红肿痛难当,寒湿相争气血狂,若向肩髃明补泻,管君多灸自安康”《针灸经纶》说:“肩臂冷痛,灸膏肓,肩井”。《通玄指要赋》说:“后溪专治督脉病”。《普济方》说:“治颈项及肩背痛,穴天井,治颈项强不得顾,脊膊闷,两手不得向头、或因仆伤,穴肩外俞,治肩胛痛,穴天宗”。《素问·缪刺论》说:“邪客于足太阳之络,令人拘挛、背急,引胁而痛,刺之从项始数脊椎侠脊,疾按之应手如痛,刺之旁三指,立已”。皇甫谧《针灸甲乙经》说:“腰脊痛强引背少腹,俯仰难,不得仰息,脚痿重,尿不举,溺赤,腰以下至足清不仁,不可以久坐,膀胱穴主之。”《素问·骨空论》曰:“大风颈项痛,刺风府”。晋·皇甫谧《针灸甲乙经》曰:“项痛不可俯仰,刺足太阳;不可顾,刺手太阳。”。综合以上论述,古籍中记载治疗颈椎病的穴位有大椎、风池、大杼、肩髃、肩井、后溪、天井、肩外俞、天宗、夹脊、风府、膀胱穴等。

1.2.4.2 药物治疗

《张氏医通》说:“肩背痛、脊强、腰似折、项似拔,此足太阳经气不行也,姜活胜湿汤。……湿热相搏,肩背沉重而痛,当归拈痛汤。肩背一片冷痛,背脊疼痛,此有痰积也;有因寒饮

伏结者，近效附子白术汤；或观书对奕而致肩背痛等，补中益气汤加姜防。”。《临证指南医案》说：“痛定于肩背，此着痹之类，必用外治之药，以次提之，煎药不能取效也。”。汉·张仲景《伤寒论》曰：“太阳之为病，脉浮，头项强痛而恶寒”、“无汗恶风者葛根汤主之”；“反汗出恶风者桂枝加葛根汤主之”等等。《类证治裁》说：“肩背痛，不可以回顾，……宜风药散之。”现代用药物治疗颈椎病方面，多采用姜活胜湿汤或桂枝加葛根汤之类，都能起一定的效果。

1.2.4.3 推拿和正骨手法治疗

《仙授理伤续断秘方》说：“凡拔伸，且要相度左右骨如何出，有正拔伸者，有斜拔伸者，……”，“若骨出向左，则向右边拨入，骨向右出，则向左拨入”。《医宗金鉴·正骨心法要旨》将颈椎损伤分为四个类型，并且提供了这四型正骨治疗方案，曰：“一曰从高坠下，致颈骨插入腔内，而左右尚活动者，用提法治之；一曰打伤头低不起，用端法治之；一曰坠伤左右歪斜，用整治法治之；一曰仆伤，面仰，头不能垂，或筋长骨错，或筋聚，或筋强。骨随头低，用推，端，续，整四法治之。”

从这些医籍的记载中，我们可窥见古代对颈椎病的病位，病因病机、治疗方面，已臻完善，并具有一定的水平。

第二章 颈椎病的研究概况

2.1 西方对颈椎病的研究

2.1.1 古代西方对颈椎病的记载

人类对颈椎病深入了解只是近百年的事，但从考古学发现，它却是一种古老的疾病。从纪元前四万年的古人类化石中发现的骨关节退行性变化就可以证实，直立行走和负重对于发病有着一定的影响。西方对颈椎病的认识也有一段很长的时间，大约在公元前二千年以前，Edwin Smith Payprus首次描述 5 例颈椎病外伤造成的截瘫，他对其中一例作了这样的记述：“颈椎脱位，四肢失去知觉，小便困难，一种不可治疗的疾病”。

2.1.2 近代对颈椎病的认识，可分为三个时期：

（一）从症状到病位的初步认识(1810年—1930年)

James Parkinson (1817年) 曾经提到一例“风湿病”患者于感觉颈部不适，二、三天后，出现肩背疼痛，夜间疼痛扩散到上臂、前臂及手指，呈持续性刺痛并影响睡眠。现在看来这些临床症状很像是神经根型颈椎病。Rust (1884年) 对自颈至臂腕部的某种特征性临床表现称之为颈臂综合症 (Cervicobrachial Syndrome)。

Horsley (1892年) 治疗一位右臂受伤的20岁青年。该青年伤

后第二天出现右上肢疼痛,并逐渐加剧,兼双臂无力,2个月后双腿及刮约肌失控。Horsley 为他进行第六颈椎板切除术。术中发现软脊膜与髓鞘粘连,椎体增生骨嵴压迫脊髓。Gowers (1899年)提出从椎体可以长出“外生骨疣 (Vertebral Exostosis)”,压迫脊髓和神经。Bailey (1911年)曾报导5例有局部神经根和脊髓长束损害的病人,后来证实是椎间盘退行性变,并发颈椎增生性骨关节炎,故命名为“颈椎增生性骨关节炎”。Elliot (1926年)首次记述颈椎炎患者由于椎间孔狭窄而产生神经根压迫症状。Phillips (1927年)最先提出颈神经根受压迫可出现类似心绞痛的胸前区疼痛。Stookey (1928年)报告7例硬膜外腹侧“软骨瘤”所致的脊髓症状。Schmort Anarae (1929年)对椎间盘的解剖与病理作了描述。Paschel (1930年)发现椎间盘的髓核与纤维环的含水量很接近,至50岁以后水分迅速减少,同时合并退行性变。

(二) 病位和病名的确立,症状与神经系统的联系(1930年—1950年)

Beadle (1931年)描述了畸形的脊柱、椎间盘的正常解剖和异常情况。Keyes 和 Compere (1932年)论述椎间盘的胚胎学、生理学和病理学;同年,Peet 和 Echols 指出颈椎间盘突出可以压迫脊髓而引发颈椎病的症状;同年 Schmorl 等对4253例尸体脊柱解剖时发现,60岁以上的女性和50岁以上的男性,百分之九十有椎体骨刺形成。Nachlas (1934年)报导3例“假性心绞痛”,他认为颈椎损伤时可影响到运动神经胸段神经节段所支配区。Mixer 和 Ager (1935年)报告34例椎间盘突出的病例,其中8例发生在颈部。Hanflig (1936年)认为颈椎脊髓炎可以导致肩臂疼痛和胸痛。Reid (1938年)认为单纯的臂丛神经受压迫可引发冠状

动脉缺血症状。Loue 和 Walsh (1940年) 估计椎间盘损伤的病例中, 有百分之四是发生于颈椎; 同年, Stookey 进一步指出颈椎间盘突出可以分为三个类型: 双侧脊髓腹侧受压型, 单侧脊髓腹侧受压型, 和单纯神经根受压型。Michelsen 和 Mixer (1944) 进一步指出颈椎间盘髓核突出会造成肩臂疼痛和功能障碍。同年, Bucy 和 Chenault 讨论了急性颈椎间盘突出产生的神经根症状, 并可伴有呼吸困难和假性冠状动脉闭塞性疼痛。Brain 及 Bull (1948) 等首先将骨质增生, 颈椎间盘运行性改变及其所引起的临床症状综合起来称之为颈椎痛 (Cervical Spondylosis), 同年, Luschka 指出钩椎关节增生, 椎间孔狭窄等均可产生颈椎综合症。

(三) 病理和临床症型的确定(1950年—1970年)

Brain Northfield 和 Wilkinson (1952年) 报导45例颈椎病, 其中38例有脊髓压迫症状, 7例有神经根压迫症状, 因此即将颈椎病分为脊髓病及神经根病二型。Symonds (1953年) 描述外伤与颈椎病, 脊髓压迫症之间的内在联系和可能的病理机制。Mair 和 Mruckman 论述了颈椎损伤的病理学, 认为椎间盘突出可压迫脊髓前动脉而导致脊髓损害, 损害主要发生于脊髓前角, 侧索和后索的前部。同年, Taylor 认为颈椎病患者的脊髓不但可以被突出的椎间盘所压迫, 而且可以被黄韧带压迫。Pallis, Jones 和 Spillane (1954) 强调颈椎病是老年人的常见病, 年龄在50岁以上占百分之五十八, 65岁以上占百分之七十五的人具有典型的颈椎病X线改变, 临床上年龄大于50岁者约有百分之四十的人颈椎活动受限, 百分之六十的人有神经系统病症。Oconnell (1955年) 将颈椎病分为三种类型: 即椎间盘突出, 原因不明的退行性原发性颈椎病和

续发于颈椎间盘突出症的颈椎病。Clarke和Robinson（1956年）分析120例治疗效果不佳的脊髓型颈椎病。他认为应该首先进行颈部固定，如保守治疗继续恶化者，才可手术治疗。同年Jackson发表专著《颈椎病》一书，并对颈椎病进行全面深入的论述。Payne和Spillance（1957年）对70例颈椎病作了解剖和病理学研究。他发现颈椎病可使椎管内径减少3mm，对原来椎管腔较小的病人来说更容易发生脊髓型颈椎病。同年，Bradshaw分析78例颈椎病的临床特点，并报导围领治疗颈椎病的方法和疗效。Smith Robinson和Cloward（1958年）分别报导颈椎前路手术的方法和疗效。Wilkinson（1960年）根据17例尸体解剖的结果，对颈椎病所引起的脊髓、神经根的病理变化作了详细的描述。同年，Badgley和Bailey论述颈椎前路手术的稳定性。中国王维钧（1961年）介绍了颈椎病的一般知识，同时也介绍了非手术治疗颈椎病的方法和疗效。Robinson（1962年）等报导59例颈椎病前路椎体融合术的远期疗效。王宝华（1963年）对颈椎间盘突出症分型提出个人的见解，并介绍了后路手术的切开硬膜治疗本病的优点。吴祖尧（1964年）作了经前侧方入路进行手术治疗颈椎间盘突出症的介绍。朱桢卿报导了后路手术治疗本病的经验。杨克勤等对前路、后路两种手术方法作了比较。同年，Tayloy对颈椎性眩晕进行研究，认为是椎动脉受压的综合症。汪道新（1965年）作5例经前路手术治疗脊髓型颈椎病的报导，朱嘉祥对本病作较详尽的综述。王志基作100例颈椎病X线平片观察及其临床意义的论述。Hughes（1966年）通过200例成人尸体检查，发现15例脊髓型颈椎病和6例神经根型颈椎病。他认为骨刺是造成椎管狭窄最主要原因。Wilkinson（1967年）强调颈椎病早期诊断和治疗的重要性。并发