

针刺颈痛穴治疗神经根型颈椎病 60 例

陈巧丽 苏稼夫

(泉州市中医院针灸科,福建省泉州市鲤城区温陵南路 215 号,362000)

关键词 神经根型颈椎病/针刺疗法; @ 颈痛穴

近年来,随着人们生活节奏加快及生活、工作方式的转变,及长时间的伏案工作、使用电脑、空调、风扇、高枕、驾车等,使人们遭受风寒湿邪、屈颈及长时间保持单一姿势的机会增加,从而加速颈椎病的发生。其中以神经根型最常见,给人们的学习、工作及生活带来痛苦与不便,严重影响着人们的身体健康。本课题采用国际通用的测量与描述疼痛的简化 MG 疼痛量表(SF-MPO)^[1]对针刺健侧颈痛穴治疗神经根型颈椎病的临床疗效进行分析,进一步证明单穴疗法在临床中的应用价值。

1 临床资料

1.1 研究对象 病来源于 2008 年 2 月-2008 年 12 月泉州市中医院针灸科门诊符合本研究纳入标准的颈椎病患者。共 60 例,其中男 28 例,女 32 例,年龄 19~75 岁,病程 2 月~3 年。按照随机数字表法,将 60 例患者分为 2 组,先依次编好序号(此顺序即为以后进入研究的合格患者的序号),然后采用随机数字表上的任何一个数开始,将其后的 60 个随机数字同以上 60 个序号一一对应,并事先规定偶数序列的患者归入治疗组,奇数序列的患者归入对照组,产生随机分配 2 组,每组 30 例。治疗组为颈痛穴组,对照组为颈夹脊穴组。2 组患者的性别、年龄、病程比较无统计学意义($P>0.05$),有可比性。

1.2 颈椎病诊断标准 参照 1993 年《第二届全国颈椎病专题座谈会纪要》^[2]中神经根型颈椎病的诊断标准。1)具有较典型的根型症状(麻木、疼痛),且范围与颈脊神经所支配的区域相一致;2)压颈试验或臂丛牵拉试验阳性;3)影像学所见与临床表现相符合;4)痛点封闭无显效(诊断明确者可不作此试验);5)除外颈椎外病变(胸廓出口综合征、网球肘、腕管综合征、肘管综合征、肩周炎、肱二头肌腱鞘炎)所致以上肢疼痛为主的疾患。

1.3 纳入标准 1)符合上述诊断标准。2)年龄 17~76 岁之间。3)坚持完成针刺疗程治疗者。4)知情同意及按医生要求完成各项检查及调查表者。

1.4 排除标准 1)仅有影像学表现异常,而无颈椎

病临床症状者。2)颈椎病属其他类型者。3)枕骨及寰枢椎疾患。4)网球肘、腕管综合征、肩周炎、肱二头肌腱鞘炎、胸廓出口综合征所致以上肢疼痛为主的疾患。5)急性外伤性椎间盘突出,有手术适应证者。6)合并有严重冠心病、高血压等急重症者。7)久病体弱、严重神经官能症、妊娠者。8)X 线片显示有骨折、脱位、肿瘤、骨关节结核、骨质疏松和椎体融合的病例。9)不能按本法要求治疗、无法判断疗效及资料不全者。

2 方法

2.1 操作 治疗组患者体位:坐位、站位或卧位;取穴:健侧颈痛穴(半握拳,手背第四、五掌骨间,指掌关节前凹陷处);取穴原则:交叉取穴法^[3];操作:刺激区域皮肤常规消毒,半握拳取之,针尖朝向指间联合处,运用 0.35mm×75mm 毫针快速进针,直刺 2.5~3.0 寸,强刺激(提插为主)5~10s,患者产生强烈的局部酸胀痛等针感后出针。对照组患者体位:坐位或俯卧位;取穴:选取与病变椎体相对应的双侧夹脊穴;操作:刺激区域皮肤常规消毒,针尖朝向颈椎两棘突之间,运用 0.35mm×50mm 毫针,直刺 0.8~1.5 寸,进针得气后,行平补平泻捻转(幅度 180°左右,频率 120 次/min,每针 0.5min),留针 30min。中间第 15min 捻转行针 1 次(幅度 180°左右,频率 120 次/min,每针 0.5min),使患者有强烈针感并有向远端传导者更佳。第 1 次治疗前、治疗后及治疗 2 周后均行 1 次疼痛量表评估。

2.2 疗程 2 组均每星期针刺 6 次(周一到周六,日 1 次),2 星期为 1 个疗程并统计疗效。

2.3 统计学方法 采用 SPSS for window 13.0 统计软件进行数据分析,计量资料用 t 检验,所检测数据呈正态分布的以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组内治疗前后呈正态分布的计量资料,采用成对样本 t 检验;组间治疗前后呈正态分布的计量资料,采用两样本 t 检验。计数资料用 χ^2 检验。

3 结果

3.1 2 组第 1 次治疗前后 SF-MPQ 各项观测值的变化 见表 1、表 2、表 3。

3.2 2 组治疗前与疗程结束后 SF-MPQ 各项观测值的变化 见表 4、5、6。

表 1 2 组治疗前与第 1 次治疗后 PRI 积分的比较 ($\bar{x} \pm s$)

	治疗组 (n=30)		对照组 (n=30)	
	治前	治后	治前	治后
感觉 PRI	7.27 ± 2.88	3.7 ± 1.82 ^{△△}	7.87 ± 3.60	6.17 ± 3.34* [△]
情感 PRI	3.67 ± 1.92	1.93 ± 1.44 [△]	3.73 ± 1.93	2.60 ± 1.45 [△]
总分	10.93 ± 4.72	5.63 ± 3.17 ^{△△}	11.60 ± 5.49	8.80 ± 4.73* [△]

注:2 组治疗后比较,* $P < 0.05$;2 组治疗前后比较, $\Delta P < 0.05$, $\Delta\Delta P < 0.01$ 。

表 2 2 组治疗前与第 1 次治疗后 VAS 积分的比较 ($\bar{x} \pm s/cm$)

	治疗组 (n=30)		对照组 (n=30)	
	治前	治后	治前	治后
VAS	5.37 ± 1.87	2.80 ± 1.32 ^{△△}	5.57 ± 2.24	4.10 ± 1.75*

注:2 组治疗后比较,* $P < 0.05$;2 组治疗前后比较, $\Delta\Delta P < 0.01$ 。

表 3 2 组治疗前与第 1 次治疗后 PPI 积分的比较 ($\bar{x} \pm s$)

	治疗组 (n=30)		对照组 (n=30)	
	治前	治后	治前	治后
PPI	3.03 ± 0.76	1.20 ± 0.76*	3.13 ± 0.94	2.20 ± 0.76 ^{△△}

注:2 组治疗后比较, $\Delta\Delta P < 0.01$;2 组治疗前后比较,* $P < 0.01$ 。

表 4 2 组治疗前与疗程结束后 PRI 积分的比较 ($\bar{x} \pm s$)

	治疗组 (n=30)		对照组 (n=30)	
	治前	治后	治前	治后
感觉 PRI	7.27 ± 2.88	1.33 ± 1.12 ^{△△}	7.87 ± 3.60	2.57 ± 1.85*
情感 PRI	3.67 ± 1.92	0.43 ± 0.68 ^{△△}	3.73 ± 1.93	0.77 ± 1.00 ^{△△}
总分	10.93 ± 4.72	1.77 ± 1.74 ^{△△}	11.60 ± 5.49	3.33 ± 2.72*

注:2 组治疗后比较,* $P < 0.05$;2 组治疗前后比较, $\Delta\Delta P < 0.01$ 。

表 5 2 组治疗前与疗程结束后 VAS 积分的比较 ($\bar{x} \pm s/cm$)

	治疗组 (n=30)		对照组 (n=30)	
	治前	治后	治前	治后
VAS	5.37 ± 1.87	1.17 ± 0.95 ^{△△}	5.57 ± 2.24	1.83 ± 1.37

注:2 组治疗后比较, $P > 0.05$;2 组治疗前后比较, $\Delta\Delta P < 0.01$ 。

表 6 2 组治疗前与疗程结束后 PPI 积分的比较 ($\bar{x} \pm s$)

	治疗组 (n=30)		对照组 (n=30)	
	治前	治后	治前	治后
PPI	3.03 ± 0.76	0.73 ± 0.45 ^{△△}	3.13 ± 0.94	1.03 ± 0.62

注:2 组治疗后比较, $P > 0.05$;2 组治疗前后比较, $\Delta\Delta P < 0.01$ 。

4 讨论

神经根型颈椎病是指由于颈椎退变、神经根受压迫等因素导致其支配区域出现一定程度的疼痛、麻木、感觉缺失和反射改变。神经根型颈椎病的主要症状为根性痛。本病多见于中老年人,近年来,发病年龄有年轻化的趋势,属中医“痹证”范畴。对其病因病机认识主要有:风寒湿邪侵袭、劳损、颈部姿势不良、外伤及颈肌痉挛。颈部夹脊穴目前已成为治疗颈椎病的主穴,在针灸临床得到广泛应用。为了观察针刺颈痛穴治疗神经根型颈椎病的临床疗效,本研究采用单纯针刺颈部夹脊穴为对照组。夹脊穴能调督脉之气,督脉为

阳脉之海,针刺后能使全身阳气得以振奋,阴血得以流通,气血通畅,“通则不痛”,诸证皆消^[4]。根据颈夹脊穴穴位局部解剖和针刺的深度、针感的特点,认为针刺颈夹脊穴针尖深至横突,更能作用于病变部位,可缓解颈部肌群的紧张状态,消除神经根的炎性水肿,改善神经根、颈椎周围组织的营养和血液供应^[5]。大量临床实践证明,针灸疗法治疗神经根型颈椎病疗效良好。其中颈夹脊在颈椎病的治疗中,取得良好的疗效,其机制研究也取得一定的成果,是治疗颈椎病的常用方法。在临床实践与研究中,我们发现针刺颈夹脊穴改善颈项酸痛、活动受限起效较慢,而采用快速进针及强刺激针刺颈痛穴治疗神经根型颈椎病,疗效迅速明显,尤其对一些病程短、疼痛明显伴颈部活动受限的患者效果更佳,常常治疗完毕患者即感颈部轻松许多,疼痛消失或大部减轻,增加了患者坚持针灸治疗的信心。而手指麻木者见效要缓慢一些,但治疗 1~2 个疗程大都能获效。所以,本研究采用针刺颈痛穴治疗神经根型颈椎病。颈痛穴源于整体一针平衡疗法,此疗法系对疾病的治疗采用从整体的角度,宏观的角度,全局的角度进行平衡一针一穴疗法的理论。其特点为不治疗患处,不治失去平衡的局部病变,而在健侧探索最敏感、疗效最好的特定穴位^[6]。取健侧颈痛穴治疗神经根型颈椎病其操作简便、见效快等优点深受广大医生与患者的青睐。因为疼痛是主观的,以患者的主诉为关键,患者自己陈述的疼痛是最有效的测量,目前多采用综合评痛法——McGill 疼痛询问表 (MPQ),MPQ 是国际公认的测量疼痛的量表,它将疼痛分为感觉性、情绪性和判断性 3 大类,20 个亚类,共 78 词。此量表已被应用于众多急、慢性疼痛研究当中,结果证实其方法具有实用性、可靠性、一致性和有效性,且适应症广泛。本研究采用 SF-MPQ 作为疼痛的评估工具,它是进行疼痛测量时最常用的自我评估手段,具有很强的说服力,解决了疼痛难以量化的问题。

本研究采用巨刺法取健侧颈痛穴与对照组针刺颈夹脊穴组治疗神经根型颈椎病,2 组均可以明显改善患者疼痛不适等临床症状。2 组方法在第 1 次治疗后均可改善本病患者的疼痛等不适;组间疗效比较,治疗组的感觉 - PRI、总分 - PRI、VAS、PPI 改善情况均优于对照组;而 2 组情感 - PRI 的组间疗效比较无差别。2 组方法在疗程结束后均能较大地改善患者的临床症状及情绪;组间疗效比较,治疗组感觉 - PRI、总分 - PRI 评分优于对照组,而情感 - PRI、VAS、PPI 评分组间疗效比较无差别。针刺颈痛穴法在第 1 次治疗后能够更好地改善患者疼痛的症状,减轻痛苦,其即时疗效

类风湿性关节炎针灸治验

曾令烽 周 丹

(广州中医药大学针灸推拿学院 04 七年制, 广东省广州市机场路 12 号, 510405)

关键词 类风湿性关节炎/针灸疗法

类风湿性关节炎常因冒雨涉水感受寒湿之邪而致。以寒邪偏盛, 故关节局部皮肤冰凉; 寒邪凝滞, 流滞关节, 致关节局部肿胀剧痛, 活动不利, 行走困难, 遇寒则症状加重。舌质淡, 舌苔白腻, 脉沉紧亦为感受寒湿外邪的表现。证脉合参, 当属中医学之“痹证—寒湿痹”范畴。按《灵枢经》“寒则留之, 陷下则灸之”之意, 以温经散寒, 活血通络为治疗原则。针用补法。

1 病案举例

患者某, 男, 41 岁。双膝关节剧痛遇寒加重 3 个月。3 个月前患者因工作而冒雨涉水, 后出现双膝关节疼痛, 遇寒加重, 得温痛减, 曾在本单位诊所就医, 予以口服消炎镇痛类药物, 服后疼痛有所缓解, 尚坚持工作。后因双膝关节肿胀疼痛曾到某医院求治, 经双膝关节 X 线片检查示: 双膝关节未见异常。查血沉 32mm/h, 类风湿因子阴性, 按“风湿性关节炎”予解热镇痛西药、散寒止痛中药及按摩等治疗, 疗效不明显。近日双膝疼痛明显, 影响睡眠, 行走不利, 由家人扶持来诊。胃纳可, 二便调。舌苔白腻, 脉沉紧。查体: 神情倦怠, 痛苦面容, 双膝关节肿胀疼痛, 拒按, 遇寒加重, 得温则痛减。局部皮肤色正常, 触之冰凉, 关节活动受限, 伸曲不利, 行走困难。中医诊断: 痹证(寒湿痹); 西医诊断: 风湿性关节炎; 治则以温经散寒, 活血通络为主。针刺按“寒者热之, 陷下则灸之”原则, 宜少针、深刺久留, 多用艾灸。取穴以病变肢节邻近循经所过之经穴或局部痛处“阿是穴”为主, 取外膝眼(双)、血海(双)、阳陵泉(双)。刺法以补法针刺血海、阳陵泉, 进针 0.5 寸后, 反复捻针, 以拇指偏重向前

推捻为主, 并且持针手缓慢地将针从浅层向深层插进, 轻快地将针上提(徐入疾出), 得气后将针尖刺向膝关节, 再进针 0.3 寸, 促经气向病所传导。外膝眼进针后只施捻转补法, 不提插, 留针 40min。温灸肝俞(双)。肝藏血, 出针后温灸肝俞能旺盛血行, 患者即感热从背腰向足放射, 膝痛渐减。治疗后, 患者原冰凉的关节转暖, 疼痛减轻, 步行已不需家人扶持。嘱其明日再来诊。

二诊: 患者自行步入诊室, 述经昨日针治后, 双膝关节疼痛减轻, 关节屈伸活动明显改善, 疼痛已不影响睡眠。取穴: 梁丘(双)、内膝眼(双)、阴陵泉(双), 配以温灸脾俞(双)。陈教授针刺以上穴位时皆以补法刺之, 梁丘、阴陵泉施以捻转提插手, 行针得气后将针尖刺向膝关节, 促其“气至病所”; 内膝眼只施以捻转补法, 不提插。留针 40min。出针后艾灸脾俞能健脾运, 行气血而消关节肿痛。三诊: 因昨日天气转变, 患者双膝关节疼痛加重, 活动不利, 关节肿胀较前明显, 察其舌质淡, 苔薄白, 脉细数。治以散寒通络, 消肿定痛。取穴: 血海(双)、委中(双)、肾俞(双)。针刺上穴皆施以补法, 肾俞穴进针得气后, 将针尖刺向双下肢, 促经气下行, 以达“气至病所”之功效; 血海穴行针得气后将针尖刺向膝关节; 补法刺委中穴时, 捻转与提插手并用。留针 40min 后, 辅助治疗用吴茱萸伴粗盐炒热, 以布包裹热熨双膝关节。嘱患者回家后仍可用炒热之粗盐热熨患部, 以散寒止痛。四诊: 患者双膝关节疼痛明显减轻, 关节无明显肿胀, 关节活动灵活, 但遇寒冷仍有疼痛加重, 查舌脉同前, 仍旨原意施治, 处方同上, 手法同前。五诊: 患者双膝关节肿胀消失, 关节活动稍有疼痛, 稍遇寒冷已无明显疼痛加重, 察其舌质淡红, 苔薄白, 脉缓。前法合度, 症续好转。取穴:

优于颈夹脊穴组; 而疗程结束 2 组比较无统计学差异, 其远期疗效比较无差别。针刺镇痛穴法方法简便, 节省时间, 使用安全, 增强患者战胜疾病的信心, 易被患者接受。

参考文献

- [1] MELZACK R. The short-form McGill pain Questionnaire. Pain, 1987, 30(2): 191-192.
- [2] 孙宇, 陈琦. 第二届全国颈椎病专题座谈会纪要. 中华外科学杂志

社, 1993, 31(8): 472.

- [3] 蒋戈利, 王文远. 中国平衡针灸学研究进展和发展策略. 中国现代医学杂志, 2004, 3(1): 47-48.
- [4] 陆军. 颈夹脊穴配合上肢取穴针刺治疗神经根型颈椎病的临床观察. 山西中医学院学报, 2007, 8(1): 40.
- [5] 陈蓉, 路阳, 龚可, 等. 针刺颈夹脊穴为主治疗神经根型颈椎病疗效观察. 中国医学杂志, 2006, 4(5): 256-258.
- [6] 王文远. 整体平衡针疗法研究. 中医药学报, 1991, 2(7): 3-6.

(2009-09-02 收稿)