

针刺联合艾灸治疗颈椎病颈痛的临床疗效

丁荣富 陆 瑛 陈 蕾

(上海市杨浦区市东医院骨伤科, 上海, 200438)

摘要 目的:研究针刺联合艾灸治疗颈椎病颈痛的临床疗效。方法:选取2015年1月至2016年12月上海市杨浦区市东医院骨伤科收治的颈椎病患者117例,分为3组,针灸观察组39例,针刺观察组38例,灸法观察组40例,针灸观察组采用针刺和灸法相结合治疗,针刺观察组合灸法观察组分别单独采用针刺和艾灸治疗,在不同时间点上分别观察记录3组的视觉模拟评分法(Visual Analogue Scale, VAS)、颈痛量表(Northwick Park Neck Pain Questionnaire, NPQ)、McGill疼痛量表(McGill pain Questionnaire, MPQ)并计算有效率。结果:治疗时和治疗后针灸观察组VAS值均显著低于针刺观察组和灸法观察组($P < 0.05$);针灸观察组的MPQ、NPQ评分均低于针刺观察组和灸法观察组;治疗结束时的短期有效率针灸观察组92.3%,针刺观察组89.4%,灸法观察组87.5%,3组差别无统计学意义($P > 0.05$),3个月后的长期有效率针灸观察组87.2%,针刺观察组76.2%,灸法观察组75%,前针灸观察组与针刺观察组和灸法观察组比较,有效率显著提高($P < 0.05$)。结论:针刺联合艾灸治疗效果显著优于针刺和灸法单独治疗,且安全性和持续性较好,值得推广。

关键词 针刺;艾灸;颈痛;颈椎病

Research on Clinical Effect of Acupuncture Combined with Moxibustion on Neck Pain Caused by Cervical Spondylosis

Ding Rongfu, Lu Ying, Chen Lei

(Orthopedics Department, Shidong Hospital, Shanghai 200438, China)

Abstract Objective: To study the clinical effect of acupuncture combined with moxibustion in the treatment of neck pain caused by cervical spondylosis. **Methods:** A total of 117 patients with cervical spondylosis who were admitted in our hospital from January 2015 to December 2016 were divided into three groups, with 39 for acupuncture moxibustion group, 38 for acupuncture group, and 40 for moxibustion group. The patients in acupuncture moxibustion group were treated with acupuncture combined with moxibustion, while patients in acupuncture group were treated with acupuncture only. Visual analogue scale (VAS), Northwick park neck pain questionnaire (NPQ), McGill pain questionnaire (MPQ) were observed and recorded and the efficiency were calculated in three groups at different time points. **Results:** The results showed that VAS in acupuncture moxibustion group were significantly lower than those in acupuncture group and moxibustion group ($P < 0.05$) both in and after the treatment. It showed that acupuncture combined with moxibustion could relieve neck pain instantly. MPQ, NPQ scores in acupuncture moxibustion group were lower than the acupuncture group and moxibustion group. The short-term efficiency was 92.3% in acupuncture moxibustion group, 89.4% in acupuncture group and 87.5% in moxibustion group when the treatment ended, and the results did not show significant difference ($P > 0.05$). The long-term efficiency of acupuncture moxibustion group was 87.2%, 76.2% in acupuncture group, and 75% in moxibustion group, and the efficiency in the former group was significantly higher than the other two groups ($P < 0.05$). **Conclusion:** The clinical effects of acupuncture combined with moxibustion were significantly better than acupuncture or moxibustion alone, with good safety and persistence, which is worth promoting.

Key Words Acupuncture; Moxibustion; Neck Pain; Cervical Spondylosis

中图分类号:R245 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2018.10.052

颈椎病是颈椎椎间盘组织退行性改变或其他病变累及邻近组织结构如脊髓、交感神经等而引起的疾病。中医学认为颈椎病颈痛发病原因主要包括外邪侵袭、正气虚衰、跌仆损伤等^[1]。临床研究中显示,颈痛是颈椎病最常见的病症,疼痛也可向双肩方向扩散并有肌肉痉挛、颈部运动受限等情况。以往颈椎病容易被定义为中老年病,随着生活和工作习

惯的改变,“低头族”数量增加,发病呈年轻化趋势。由于发病率逐渐提升,发病时不仅严重影响日常生活质量,给患者带来不适且容易反复,现已成为重要的医疗难题^[2-3]。在以往颈椎病治疗中容易重针轻灸,对于针刺联合艾灸协同治疗的研究较少,为了对未来治疗颈椎病提供可靠临床试验依据,本试验研究针刺联合艾灸治疗颈椎病颈痛的临床疗效。现报

道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 1 月至 2016 年 12 月上海市杨浦区市东医院骨伤科收治的颈椎病患者 117 例,其中男 41 例,女 76 例,年龄 20 ~ 65 岁。将病患随机分为 3 组,针灸观察组中男 14 例,女 25 例,平均年龄(41.2 ± 11.4)岁,平均每天低头时间(7.4 ± 1.8)h。针刺观察组中男 12 例,女 26 例,平均年龄(40.7 ± 13.4)岁,平均每天低头时间(7.3 ± 1.4)h。灸法观察组中男 15 例,女 25 例,平均年龄(43.6 ± 14.1)岁,平均每天低头时间(7.3 ± 1.5)h。3 组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。本研究得到医院伦理委员会批准并且患者和家属签署了知情同意书。

1.2 诊断标准 西医诊断标准:参照中华医学会编著《临床诊疗指南——疼痛学分册》^[4]。中医诊断标准:参照国家中医药管理局发布《中医病证诊断疗效标准》^[5]。

1.3 纳入标准 符合颈型、神经根型、椎动脉颈椎病的诊断标准;伴有颈痛,年龄 18 ~ 65 岁;在近半年内没有接受其他方式颈痛治疗;意识正常、能理解量表内容、配合治疗的患者。

1.4 排除标准 不符合颈椎病诊断标准;不接受治疗方案者;患有其他疾病如糖尿病、心血管类疾病;孕妇或哺乳期妇女;有颈部外伤史,既往有颈部骨折或手术史者。

1.5 脱落与剔除标准 患者出现严重的不良事件;患者发生严重的治疗并发症;患者依从性差,不遵医嘱;患者自行退出研究。

1.6 治疗方法

1.6.1 针具 采用苏州产华陀牌一次性管针(长 25 ~ 40 mm,直径 0.25 ~ 0.30 mm)。

1.6.2 选穴 3 组穴位相同:肩中俞(双)、中渚(双)、颈百劳(双)、大椎。穴位标准:依据中华人民共和国国家标准《经穴部位》^[6]。颈百劳:颈部当大椎直上方 2 寸,后正中线旁 1 寸。大椎:后正中线第 7 颈椎棘突下凹陷中。肩中俞:背部当第 7 颈椎棘突下,旁开 2 寸。中渚:位于手背部,当环指本节的

后方,第 4、5 掌骨间凹陷处。

1.6.3 针灸方法 针灸观察组:选定穴位,常规消毒,针刺时直刺穴位,深度依穴位部位 10 ~ 30 mm,穴位运针至得气后留针 20 min。后将艾绒制成的麦粒大小艾柱防止穴位上,由艾柱尖点燃至皮肤潮红时移开,以上为灸 1 壮,每个穴位均需灸 5 壮。针刺观察组:只同针灸观察组上述针刺过程。灸法观察组:只同针灸观察组上述艾灸过程。隔天 1 次,5 次为 1 个疗程,共 10 次。

1.7 观察指标 观察视觉模拟评分法(Visual Analogue Scale, VAS)、颈痛量表(Northwick Park Neck Pain Questionnaire, NPQ)、McGill 疼痛量表(McGill pain Questionnaire, MPQ),得分越高说明疼痛程度越严重。

1.8 疗效判定标准 根据治疗前后 VAS 差值评定即时止痛效果;根据疗程结束时的 VAS、NPQ、MPQ 评分差值和 3 组有效率评定近期疗效;根据随访 3 个月时的 VAS、NPQ、MPQ 评分差值和 3 组有效率评定长期疗效;有效率:NPQ 评分下降大于 5 分。

1.9 统计学方法 采用 SPSS 18.0 统计软件进行分析计算,计数资料以率表示,比较采用 χ^2 检验,计量资料以均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$),比较采用 t 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 3 组治疗前后 VAS 评分比较 治疗时和治疗后针灸观察组疼痛值均显著低于针刺观察组和灸法观察组($P < 0.05$)。在治疗 5 次后,针灸治疗 VAS 评分低于针刺观察组和灸法观察组($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 3 组治疗前后 NPQ 量表评分比较 针灸观察组在第 5 次治疗后、治疗结束后及结束 3 个月后等 4 个时间点的治疗效果均比灸法治疗好($P < 0.05$);针灸观察组在治疗结束后及结束 3 个月后的 2 个时间点的治疗效果比针刺治疗好($P < 0.05$);针刺观察组除了在治疗结束后效果好于灸法观察组($P < 0.05$),其他时间点差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 2。

表 1 3 组不同时间点 VAS 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	治疗前	治疗 5 次后	治疗结束后	治疗结束 3 个月后
针灸观察组($n = 39$)	6.68 ± 1.29	2.64 ± 1.21	1.53 ± 0.96	1.15 ± 0.78
针刺观察组($n = 38$)	6.78 ± 1.51	3.12 ± 0.99 *	2.51 ± 0.85 *	3.49 ± 1.32 *
灸法观察组($n = 40$)	6.75 ± 1.62	3.59 ± 1.33 * [△]	2.66 ± 1.64 *	3.31 ± 1.56 *

注:与针灸观察组比较,* $P < 0.05$;与针刺观察组比较,[△] $P < 0.05$

表 2 3 组不同时间点 NPQ 量表评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	治疗前	治疗 5 次后	治疗结束后	治疗结束 3 个月后
针灸观察组($n=39$)	40.5 $\pm$ 7.3	25.7 $\pm$ 8.0	15.4 $\pm$ 5.7	21.4 $\pm$ 4.5
针刺观察组($n=38$)	40.8 $\pm$ 8.1	28.5 $\pm$ 7.7	18.8 $\pm$ 4.8 [*]	26.5 $\pm$ 2.8 [*]
灸法观察组($n=40$)	39.8 $\pm$ 7.6	29.6 $\pm$ 6.0 [*]	20.1 $\pm$ 5.6 ^{*△}	24.8 $\pm$ 3.1 [*]

注:与针灸观察组比较,^{*} $P<0.05$;与针刺观察组比较,[△] $P<0.05$

表 3 3 组不同时间点 MPQ 量表评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	治疗前	治疗 5 次后	治疗结束后	治疗结束 3 个月后
针灸观察组($n=39$)	16.8 $\pm$ 3.8	9.0 $\pm$ 2.6	3.2 $\pm$ 1.9	7.7 $\pm$ 2.5
针刺观察组($n=38$)	16.5 $\pm$ 4.1	9.6 $\pm$ 2.3	4.5 $\pm$ 2.6 [*]	10.1 $\pm$ 1.9 [*]
灸法观察组($n=40$)	16.4 $\pm$ 3.5	10.7 $\pm$ 3.4 [*]	5.2 $\pm$ 2.5 [*]	9.7 $\pm$ 2.1 [*]

注:与针灸观察组比较,^{*} $P<0.05$

2.3 3 组治疗前后 MPQ 量表评分比较 在整个治疗过程中针刺观察组与灸法观察组比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。针灸观察组效果均比灸法观察组好($P<0.05$),针灸观察组与针刺观察组比较,除了在治疗初始阶段差异不明显,在后期阶段均比针刺治疗效果好($P<0.05$)。见表 3。

2.4 3 组有效率比较 疗程结束时,针灸观察组、针刺观察组、灸法观察组有效率分别为 92.3% (36/39),89.4% (34/38),87.5% (35/40),差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗结束 3 个月后,针灸观察组、针刺观察组、灸法观察组有效率分别为 87.2% (34/39),76.2% (29/38),75% (30/40),针灸观察组与针刺观察组、灸法观察组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。

3 讨论

颈椎连接颈颅和胸椎,是脊柱中最小、最灵活、活动最为频繁的部分节段,不仅需要支撑头颅而且活动范围大,承担了头颈活动的大部分压力,容易导致疲劳或劳损^[7]。一般认为颈椎病的发病病因是各方面共同作用的结果,不良的坐姿习惯、颈部受到外伤或者内部组织发生退行性改变等原因均可导致颈椎病。久坐伤肉,久站伤骨,疲积不散,则为肿痛^[8],由于生活和工作习惯的改变需要长期坐立电脑前,使颈椎长期处于负重劳累状态,造成颈椎和附近肌肉酸痛,也导致了颈椎病发病率的提升。

西医对于颈椎病引起的颈痛主要采用口服消炎药物及物理疗法协同治疗,虽然疗效尚可但不良反应大,禁忌证多^[9]。针灸疗法治疗颈椎病效果经多年检验极为显著,并无不良反应,是治疗颈椎病的理想方法之一。国内针灸治疗颈椎病主要以针刺为主,灸法应用却较少,有重针轻灸的现象。随着科技发展,针刺使用器具已由不锈钢毫针代替古老的原

始针具,但灸疗用的灸具和方法几乎和以前相同^[10]。

虽然关于针刺的镇痛原理观点不统一,但目前也能揭示部分镇痛机制。针刺镇痛是经针刺后产生的信号通过神经系统传导整合的结果。其范围涉及整个神经系统,从对针刺镇痛处理的首站脊髓,到信息整理的中转站脑干,最后是最高中枢大脑皮质决定对信号兴奋或抑制^[11-12]。近年来发现,针刺可使脑内具有协同镇痛作用的神经递质如乙酰胆碱、5-羟色胺等数量增加,而使拮抗镇痛作用的递质如去甲肾上腺素、多巴胺等作用减弱,达到镇痛效果,此外研究表明,大量的神经活性物质如神经肽、脑啡肽等也有明显镇痛作用^[13]。

灸法的材料,古今均以艾叶为主,艾可防病、治病,古时曾有“七年之病,求三年之艾”之说。《本草纲目》中也曾记载“艾,外用灸百病,壮元阳,通经脉,行气活血”。《医学入门》中说:“凡一年四季各要熏一次,百病不生”。艾灸具有温经散寒、补益阳气、疏通筋络、消肿散结的功效。艾叶的主要化学成分包括挥发油类、黄酮类、三萜类等,研究表明这些成分具有镇痛、抗菌抗病毒、免疫、护肝利胆等功效。艾灸对免疫系统有调节作用,无病能增强机体的抗病能力,有病能调节紊乱的免疫功能,艾灸还能改善随着年老而萎缩的免疫器官脾脏、胸腺等^[14]。

本研究结果可知,在治疗时和治疗后针灸观察组病患的疼痛值均显著低于单独的针刺治疗和灸法治疗($P<0.05$),说明针灸治疗能即食有效的缓解颈痛。针刺治疗在治疗 5 次后和灸法治疗比较能有效缓解疼痛病症($P<0.05$),但与针灸治疗比仍有差距;根据 NPQ 量表评价,针灸观察组在整个治疗过程效果均比灸法治疗好($P<0.05$),针灸观察组在治疗结束后及治疗结束 3 个月后的 2 个时间点的

治疗效果比针刺治疗好 ($P < 0.05$), 针刺观察组除在治疗结束后效果好于灸法观察组 ($P < 0.05$), 其他时间点差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 根据 MPQ 量表评价, 在整个治疗过程中针刺观察组与灸法观察组比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。针灸观察组效果均比灸法观察组好 ($P < 0.05$); 疗程结束时 3 组有效率比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗结束 3 个月后, 针灸观察组与其余 2 组比较, 有效率差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

无论从能否快速缓解疼痛、短期治疗效果或长期治疗效果等方面, 针灸治疗效果均比针刺或灸法治疗效果好。刚结束治疗时, 针灸治疗有效率和针刺治疗、灸法治疗差别不大但经过一段时间后两者容易反复而前者持续效果较好。从整体水平上, 针刺治疗和灸法治疗无较大差异。

综上所述, 针灸治疗颈椎病引起的病痛有显著作用, 但应加强灸法的配合治疗。

参考文献

- [1] Cherkin DC, Sherman KJ, Avins AL, et al. A randomized trial comparing acupuncture, simulated acupuncture, and usual care for chronic low back pain[J]. Arch Intern Med, 2009, 169(9): 858-866.
- [2] Cameron ID, Wang E, Sindhusake D. A randomized trial comparing acupuncture and simulated acupuncture for subacute and chronic whiplash[J]. Spine (Phila Pa 1976), 2011, 36(26): E1659-65.
- [3] Sahin N, Ozcan E, Sezen K, et al. Efficacy of acupuncture in patients with chronic neck pain—a randomised, sham controlled trial[J]. Acupunct Electrother Res, 2010, 35(1-2): 17-27.
- [4] 中华医学会. 临床诊疗指南·疼痛学分册[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 14.

(上接第 2575 页)

- [11] 刘兰群, 李惠兰, 陈之罡, 等. 隔盐隔姜灸神阙穴治疗脑卒中后急性尿失禁的效果观察[J]. 中国康复理论与实践, 2015, 24(4): 475-478.
- [12] Yang L, Wang Y, Mo Q, et al. A comparative study of electroacupuncture at Zhongliao (BL33) and other acupoints for overactive bladder symptoms[J]. Front Med, 2017, 11(1): 129-136.
- [13] Tien YW, Hsiao SM, Lee CN, et al. Effects of laser procedure for female urodynamic stress incontinence on pad weight, urodynamics, and sexual function[J]. Int Urogynecol J, 2017, 28(3): 469-476.
- [14] Zhang J, Cheng W, Cai M. Effects of electroacupuncture on overactive bladder refractory to anticholinergics: a single-blind randomised controlled trial[J]. Acupunct Med, 2015, 33(5): 368-374.
- [15] Vázquez N, Knight SL, Susser J, et al. Pelvic floor muscle training in spinal cord injury and its impact on neurogenic detrusor over-activity and incontinence[J]. Spinal Cord, 2015, 53(12): 887-889.
- [16] Cao Y, Lv J, Zhao C, et al. Cholinergic Antagonists Combined with Electrical Stimulation or Bladder Training Treatments for Overactive

- Bladder in Female Adults: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials[J]. Clin Drug Investig, 2016, 36(10): 801-808.
- [17] 宋丰军, 蒋松鹤, 郑士立, 等. 电针治疗中风后尿失禁: 多中心随机对照研究[J]. 中国针灸, 2013, 33(9): 769-773.
- [18] Sosnowski K, Lin F, Mitchell ML, et al. Early rehabilitation in the intensive care unit: an integrative literature review[J]. Aust Crit Care, 2015, 28(4): 216-225.
- [19] Nielsen RK, Samson KL, Simonsen D, et al. Effect of early and late rehabilitation onset in a chronic rat model of ischemic stroke—assessment of motor cortex signaling and gait functionality over time[J]. IEEE Trans Neural Syst Rehabil Eng, 2013, 21(6): 1006-1015.
- [20] Craig LE, Bernhardt J, Langhorne P, et al. Early mobilization after stroke: an example of an individual patient data meta-analysis of a complex intervention[J]. Stroke, 2010, 41(11): 2632-2636.
- [21] 秦雅鑫, 王国祥, 施俊锋, 等. 康复时机的选择对急性脑卒中患者 ADL 能力的影响[J]. 中国误诊学杂志, 2011, 11(18): 4349-4350.

(2016-12-30 收稿 责任编辑: 杨觉雄)

(2017-08-10 收稿 责任编辑: 杨觉雄)