

DOI: 10.13703/j.0255-2930.20190831-0005

中图分类号: R 246.6 文献标志码: A

## 针刺项八穴治疗枕大神经痛 56 例\*

罗建昌, 郎伯旭✉

(台州市立医院针灸科, 浙江台州 318000)

[关键词] 枕大神经痛; 针刺疗法; 项八穴

枕大神经痛是指枕大神经分布范围内阵发性或持续性疼痛, 也可在持续疼痛基础上阵发性加剧<sup>[1]</sup>。笔者采用项八穴<sup>[2]</sup>治疗枕大神经痛, 现报道如下。

## 1 临床资料

## 1.1 一般资料

选择 2013 年 1 月至 2018 年 12 月台州市立医院门诊符合枕大神经痛诊断标准的患者 120 例, 按照就诊顺序, 采用随机数字表法随机分为观察组和对照组, 各 60 例。脱落 7 例, 其中因依从性不佳、未按疗程规律治疗而剔除 3 例 (观察组 2 例, 对照组 1 例), 未完成治疗者 2 例 (两组各 1 例), 失访 2 例 (两组各 1 例), 最后完成本研究病例 113 例, 其中观察组 56 例, 对照组 57 例。两组患者性别、年龄、病程一般资料比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性, 见表 1。本临床治疗方案获得台州市立医院伦理委员会批准。

## 1.2 诊断标准

参考《神经病学》<sup>[1]</sup>进行诊断: ①一侧或两侧后枕部持续性或阵发性疼痛, 疼痛为抽痛或针刺样、刀割样、烧灼样痛; ②查体: 枕大神经出口处有压痛, 部分患者出现疼痛沿枕大神经分布区域扩散; ③枕大神经分布区痛觉过敏或减退。

## 1.3 纳入标准

①符合枕大神经痛诊断标准; ②年龄 18~70 岁; ③患者本人自愿签署临床研究知情同意书。

## 1.4 排除标准

①颈椎肿瘤或结核引起的枕大神经痛; ②有枕大

神经痛症状体征, 但合并有脑内器质性病变或其他内科疾病引起的头痛; ③合并严重脏器和造血系统原发疾病; ④凝血功能障碍和局部皮肤破损; ⑤因其他疾病正在服用镇痛药物; ⑥有精神疾病不宜接受针灸治疗。

## 2 治疗方法

## 2.1 观察组

项八穴取穴: 风池、风府、大椎、项四花穴 (风池和风府连线中点上 0.5 寸、下 1 寸各取 1 穴, 左右共 4 穴)<sup>[3]</sup>。操作: 患者取坐位, 前额伏靠软台面, 充分暴露颈项部, 常规消毒针刺部位, 选择 0.25 mm × 50 mm 一次性无菌针灸针 (吴江市佳辰针灸器械有限公司), 项四花穴直刺 25~47 mm, 风池穴向对侧眼球方向斜刺 25~40 mm, 风府穴向下颌方向缓慢针刺 15~25 mm, 大椎穴向上与皮肤平面呈 45° 角斜刺 15~25 mm。以上穴位均行平补平泻, 捻转得气后留针 30 min, 项四花穴连接 SDZ-II 型电子针疗仪 (苏州电子医疗用品厂有限公司), 左侧上下两穴并拢同时接正极, 右侧上下两穴并拢同时接负极, 予连续波, 频率 15 Hz, 强度以患者可耐受为度。每周治疗 3 次, 隔天 1 次, 连续 2 周共治疗 6 次。

## 2.2 对照组

口服布洛芬缓释胶囊 (芬必得胶囊, 中美天津史克制药有限公司, 国药准字 H10900089, 300 mg), 每次 1 粒, 每日早晚各 1 次, 连续 2 周。

表 1 两组枕大神经痛患者一般资料比较

组别	例数	性别/例		年龄/岁			病程/月		
		男	女	最小	最大	平均 ( $\bar{x} \pm s$ )	最短	最长	平均 ( $\bar{x} \pm s$ )
观察组	56	21	35	18	70	43 ± 8	1	96	25.4 ± 20.5
对照组	57	19	38	20	70	43 ± 8	1	84	24.8 ± 20.7

\*台州学院 2018 校立科研培育项目: 2018PY064

✉通信作者: 郎伯旭, 教授、主任中医师。E-mail: tsylbx@126.com

### 3 疗效观察

#### 3.1 观察指标

(1) 头痛程度评分: 采用数字评分法 (numeric rating scale, NRS)<sup>[4]</sup> 评定疼痛强度, 本研究选择 11 点数字评分法。“0”表示无痛, “10”表示最剧烈疼痛, 患者根据疼痛程度选择相应数字。

(2) 头痛持续时间评分<sup>[5]</sup>: 记录评分前 3 d 内的每次头痛持续时间, 其中无持续头痛, 计 0 分; 持续时间 ≤ 2 h, 计 1 分; 2 h < 持续时间 ≤ 6 h, 计 2 分; 6 h < 持续时间 ≤ 24 h, 计 3 分; 持续时间 > 24 h, 计 4 分。评分为每次分数相加之和。

(3) 头痛频率评分<sup>[5]</sup>: 评分规则同头痛持续时间评分, 未发作, 计 0 分; 发作 1 次, 计 1 分; 发作 2 次, 计 2 分; 发作 3 次, 计 3 分; 发作大于 3 次, 计 4 分。

以上指标分别于治疗前、治疗结束时和治疗结束后 1 个月随访时进行评定。

#### 3.2 疗效评定标准

参照《头风诊断与疗效评定标准》<sup>[5]</sup> 与《中医病证诊断疗效标准》<sup>[6]</sup> 评定疗效。头痛程度评分、头痛持续时间评分和头痛频率评分 3 项之和为头痛总评分。疗效评定于治疗结束后 1 个月随访时进行, 根据头痛总评分进行评定。治愈: 头痛总评分改善率 ≥ 90%; 显效: 头痛总评分改善率 ≥ 50%, 且 < 90%; 好转: 头痛总评分改善率 ≥ 20%, 且 < 50%; 无效: 头痛总评分改善率 < 20%。改善率 = [(治疗前头痛总评分 - 治疗后头痛总评分) ÷ 治疗前头痛总评分] × 100%。

#### 3.3 统计学处理

采用 SPSS 22.0 统计软件进行数据分析。计数资料用率 (%) 表示, 分析比较采用  $\chi^2$  检验; 计量资料采用均数 ± 标准差 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示, 组内比较采用配对样本  $t$  检验, 组间比较采用两独立样本  $t$  检验; 等级资料比较采用秩和检验。以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

#### 3.4 治疗结果

(1) 两组患者治疗前后各时间点头痛 NRS 评分比较

两组患者治疗前 NRS 评分比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性; 两组患者治疗后及随访时 NRS 评分均较治疗前下降 ( $P < 0.05$ ); 治疗后及随访时, 观察组 NRS 评分均低于对照组 ( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 2 两组枕大神经痛患者治疗前后各时间点头痛 NRS 评分比较 (分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	治疗前	治疗后	随访时
观察组	56	4.67 ± 1.56	1.79 ± 1.02 <sup>1)2)</sup>	1.53 ± 1.14 <sup>1)2)</sup>
对照组	57	4.71 ± 1.63	2.36 ± 1.33 <sup>1)</sup>	2.78 ± 1.45 <sup>1)</sup>

注: 与本组治疗前比较, <sup>1)</sup>  $P < 0.05$ ; 与对照组同时时间点比较, <sup>2)</sup>  $P < 0.05$ 。

(2) 两组患者治疗前后各时间点头痛持续时间评分比较

两组患者治疗前头痛持续时间评分比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性; 两组治疗后及随访时头痛持续时间评分均较治疗前降低 ( $P < 0.05$ ); 治疗后及随访时, 观察组头痛持续时间评分低于对照组 ( $P < 0.05$ )。见表 3。

表 3 两组枕大神经痛患者治疗前后各时间点头痛持续时间评分比较 (分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	治疗前	治疗后	随访时
观察组	56	5.73 ± 1.92	2.25 ± 1.08 <sup>1)2)</sup>	2.31 ± 0.98 <sup>1)2)</sup>
对照组	57	5.77 ± 1.79	3.10 ± 1.64 <sup>1)</sup>	3.38 ± 1.83 <sup>1)</sup>

注: 与本组治疗前比较, <sup>1)</sup>  $P < 0.05$ ; 与对照组同时时间点比较, <sup>2)</sup>  $P < 0.05$ 。

(3) 两组患者治疗前后各时间点头痛频率评分比较

两组患者治疗前头痛频率评分比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性; 两组治疗后及随访时头痛频率评分均较治疗前降低 ( $P < 0.05$ ); 治疗后及随访时, 观察组头痛频率评分低于对照组 ( $P < 0.05$ )。见表 4。

表 4 两组枕大神经痛患者治疗前后各时间点头痛频率评分比较 (分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	治疗前	治疗后	随访时
观察组	56	3.27 ± 1.06	1.43 ± 0.67 <sup>1)2)</sup>	1.48 ± 0.69 <sup>1)2)</sup>
对照组	57	3.34 ± 1.12	2.06 ± 0.88 <sup>1)</sup>	2.17 ± 0.96 <sup>1)</sup>

注: 与本组治疗前比较, <sup>1)</sup>  $P < 0.05$ ; 与对照组同时时间点比较, <sup>2)</sup>  $P < 0.05$ 。

(4) 两组患者治疗前后各时间点头痛总评分比较

两组患者治疗前头痛总评分比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性; 两组患者治疗后及随访时头痛总评分均较治疗前降低 ( $P < 0.05$ ); 治疗后及随访时, 观察组头痛总评分低于对照组 ( $P < 0.05$ )。见表 5。

表 5 两组枕大神经痛患者治疗前后各时间点头痛总评分比较 (分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	治疗前	治疗后	随访时
观察组	56	13.58 ± 4.26	5.19 ± 2.36 <sup>1)2)</sup>	5.56 ± 2.44 <sup>1)2)</sup>
对照组	57	13.73 ± 4.53	7.05 ± 2.57 <sup>1)</sup>	7.59 ± 2.75 <sup>1)</sup>

注: 与本组治疗前比较, <sup>1)</sup>  $P < 0.05$ ; 与对照组同时时间点比较, <sup>2)</sup>  $P < 0.05$ 。

(5) 两组患者随访时临床疗效比较

观察组治愈率为 32.1%、有效率为 91.1%, 均优

于对照组的 5.3%、66.7% ( $P < 0.01$ ), 见表 6。

表 6 两组枕大神经痛患者随访时临床疗效比较 例

组别	例数	治愈	显效	好转	无效	治愈率/%	有效率/%
观察组	56	18	16	17	5	32.1 <sup>1)</sup>	91.1 <sup>1)</sup>
对照组	57	3	8	27	19	5.3	66.7

注: 与对照组比较, <sup>1)</sup>  $P < 0.01$ 。

#### 4 体会

本研究结果显示, 针刺项八穴和口服布洛芬缓释胶囊均能有效改善枕大神经痛症状, 但前者治疗后和随访时头痛 NRS 评分、头痛持续时间评分、头痛频率评分、头痛总评分及随访时临床疗效均优于后者。

枕大神经痛的发病机制尚不完全清楚, 一般认为颈部软组织的慢性损伤造成炎性因子堆积, 刺激相关神经而引发头痛是其主要发病机制<sup>[7-10]</sup>。因此, 笔者认为针灸治疗本病的关键为治疗相关颈部软组织损伤, 从而消除对枕大神经的刺激, 最终达到治疗目的。

根据枕大神经痛的临床表现, 属于中医学“头风”“头痛”等范畴, 病机主要为气血不通、不通则痛, 或气血不足、不荣则痛。《素问·缪刺论》载: “邪客于足太阳之络, 令人头项肩痛”; 《灵枢·经脉》载: “膀胱足太阳之脉, 起于目内眦, 上额, 交巅……是动则病冲头痛, 目似脱, 项似拔, 脊痛, 腰似折……是主筋所生病者……头项痛……”以上主要描述了太阳头痛, 其部位多为后枕部, 以连及项背等不适为主。《难经·二十八难》云: “督脉者, 起于下极之俞, 并于脊里, 上至风府, 入属于脑。”督脉为奇经八脉之一, 循行于人体后正中线上, 总督六阳经, 调节全身阳经经气, 为“阳脉之海”, 故颈项部引起的头痛与督脉关系密切。《灵枢·经脉》曰: “胆足少阳之脉, 起于目锐眦, 上抵头角, 下耳后, 循颈, 行手少阳之前, 至肩上……是动则病, 口苦……是主骨所生病者, 头痛, 颌痛, 目锐眦痛……”, 故从经络循行看, 头痛与督脉、太阳经、少阳经等关系密切, 取穴则多以此些经穴为主。

本研究的特色在于取穴组成是笔者团队的经验总结, 相对固定, 可应用于发病机制与上颈段软组织损伤相关的疾病, 便于进行规范化的研究。从项八穴的取穴不难发现, 其主要分布于上颈段枕下三角区域, 与枕大神经痛相关的肌肉软组织及神经有着密切

的联系。郎伯旭等<sup>[2]</sup>研究发现, 针刺项八穴可以缓解局部肌肉软组织的紧张状态, 松解粘连, 恢复局部力学平衡, 促进炎性反应物吸收, 从而减少对局部神经的刺激, 这可能是产生局部镇痛作用的一种机制。相比而言, 药物只能通过暂时减少炎性因子释放而达到止痛目的, 但不能从根本上解除肌肉软组织的紧张和对神经的卡压刺激, 故其疗效不能持久。另外从针灸经络原理来看, 针刺项八穴主要遵循了“腧穴所在, 主治所在”“经脉所过, 主治所及”的基本规律。风池为足少阳胆经穴, 风府、大椎为督脉穴, 项四花穴在足太阳膀胱经上, 以上 3 条经脉是循行于项部、头部的的主要经脉。故通过针刺项八穴来调节相关经络气血, 使病变经络“不通”或“不荣”状态得以纠正, 从而达到不痛之效。

总之, 本研究通过相对规范的随机对照研究, 初步证实了针刺项八穴对枕大神经痛的疗效, 相较药物镇痛效果和持续性均有一定优势。但也存在不足之处, 如样本量小, 缺乏理化检查指标等相对更加客观的证据, 针刺量化不够, 期望下一步开展更加深入的研究。

#### 参考文献

- [1] 吴江. 神经病学[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 107-108.
- [2] 郎伯旭, 金灵青. 针刺项八穴治疗椎基底动脉供血不足性眩晕临床观察[J]. 上海针灸杂志, 2014, 33(10): 890-892.
- [3] 罗建昌, 郎伯旭. 项八针配合阿是穴留针治疗颈源性头痛临床研究[J]. 上海针灸杂志, 2015, 34(8): 758-761.
- [4] Hartrick CT, Kovan JP, Shapiro S. The numeric rating scale for clinical pain measurement: a ratio measure? [J]. Pain Pract, 2003, 3(4): 310-316.
- [5] 国家中医药管理局全国脑病急症协作组. 头风诊断与疗效评定标准[J]. 北京中医学院学报, 1993, 16(3): 69.
- [6] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 36-37.
- [7] Grgić V. Cervicogenic headache: etiopathogenesis, characteristics, diagnosis, differential diagnosis and therapy[J]. Lijec Vjesn, 2007, 129(6/7): 230-236.
- [8] Hall T, Chan HT, Christensen L, et al. Efficacy of a C1-C2 self-sustained natural apophyseal glide (SNAG) in the management of cervicogenic headache[J]. J Orthop Sports Phys Ther, 2007, 37(3): 100-107.
- [9] 刘建勋, 林咸明. 结合颈部解剖和十二经筋理论对颈源性头痛的治疗探析[J]. 实用中医内科杂志, 2011, 25(9): 26-28, 31.
- [10] 陈涛平, 陈玉敏, 吴佳铭. 颈椎间盘退变致炎机制的实验研究进展[J]. 现代中西医结合杂志, 2007, 16(17): 2474-2476.

(收稿日期: 2019-08-31, 编辑: 杨立丽)