

临床研究

DOI: 10.13703/j.0255-2930.2018.11.006

中图分类号: R 246.2 文献标志码: A

合谷刺配合输刺阳性反应点治疗颈型颈椎病疗效观察

黄外军¹, 姜爱平²✉(¹北京首都国际机场医院中西医结合科, 北京 100621; ²中国中医科学院针灸研究所, 北京 100700)

[摘要] 目的: 比较合谷刺配合输刺阳性反应点与常规针刺治疗颈型颈椎病的临床疗效。方法: 将 90 例颈型颈椎病患者随机分成观察组和对照组, 每组 45 例。观察组采用合谷刺配合输刺阳性反应点的方法治疗, 选取颈部和肩背部阳性反应点; 对照组采用常规针刺法, 主穴取天柱、风池、曲池、外关、C₄~C₆ 夹脊穴、阿是穴, 配穴取阴郄、膈俞。两组均隔日治疗 1 次, 10 次为一疗程, 治疗 1 个疗程。分别于治疗前、首次治疗后及治疗结束后观察两组症状体征评分和疼痛视觉模拟评分表 (VAS) 评分, 并于治疗结束后比较两组的综合临床疗效。结果: 两组首次治疗后、治疗结束后症状体征评分和 VAS 评分均较治疗前明显降低 (均 $P < 0.05$); 首次治疗后, 两组间症状体征评分和 VAS 评分比较差异无统计学意义 (均 $P > 0.05$); 治疗结束后, 观察组症状体征评分和 VAS 评分较对照组明显降低 (均 $P < 0.05$); 观察组愈显率为 84.1% (37/44), 优于对照组的 65.1% (28/43, $P < 0.05$)。结论: 合谷刺配合输刺阳性反应点和常规针刺均能有效治疗颈型颈椎病, 首次治疗后的即刻疗效无明显差异, 疗程结束后, 合谷刺配合输刺阳性反应点的疗效优于常规针刺。

[关键词] 颈型颈椎病, 气滞血瘀型; 合谷刺; 输刺; 阳性反应点; 夹脊穴

Effects on cervical spondylosis of neck type treated with Hegu needling and Shu needling techniques at the positive reaction points

HUANG Waijun¹, JIANG Aiping²✉ (¹Department of Integrated Chinese and Western Medicine, Hospital of Beijing Capital International Airport, Beijing 100621, China; ²Institute of Acupuncture and Moxibustion, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100700)

ABSTRACT Objective To observe the clinical effects on cervical spondylosis of neck type treated with the combined therapy of Hegu needling and Shu needling techniques at the positive reaction points as compared with the conventional acupuncture. **Methods** A total of 90 patients of cervical spondylosis of neck type were randomized into an observation group and a control group, 45 cases in each one. In the observation group, the combined therapy of Hegu needling and Shu needling techniques at the positive reaction points was adopted. The positive reaction points were selected in the neck, shoulder and back regions. In the control group, the conventional acupuncture therapy was provided. The main acupoints were Tianzhu (BL 10), Fengchi (GB 20), Quchi (LI 11), Waiguan (TE 5), Neck-Jiaji (EX-B 2) of C₄ to C₆ and *ashi* points. The supplementary acupoints were Yinxi (HT 6) and Geshu (BL 17). The treatment was given once every two days, 10 treatments as one course in the two groups. Separately, before treatment, after the 1st treatment and at the end of one course of treatment, the scores of symptoms and physical signs and the scores of visual analogous scale (VAS) were observed in the two groups. The comprehensive clinical effects were compared between the two groups at the end of treatment. **Results** After the 1st treatment and at the end of treatment, the scores of symptoms and physical signs and VAS scores were reduced obviously as compared with those before treatment in the two groups (all $P < 0.05$). After the 1st treatment, the scores of symptoms and physical signs and VAS scores were not different significantly between the two groups (both $P > 0.05$). At the end of treatment, the scores of symptoms and physical signs and VAS scores in the observation group were reduced more obviously as compared with the control group (both $P < 0.05$). The curative and remarkably effective rate was 84.1% (37/44) in the observation group, better than 65.1% (28/43) in the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** Either the combined therapy of Hegu needling and Shu needling techniques at the positive reaction points or the conventional acupuncture is effective in the treatment of cervical spondylosis of neck type. The combined therapy of Hegu needling and Shu needling techniques at the positive reaction points achieves the superior effects as compared with the conventional acupuncture.

KEYWORDS cervical spondylosis, qi and blood stagnation type; Hegu needling; Shu needling; positive reaction points; Point EX-B 2 (Jiaji)

✉通信作者: 姜爱平, 主任医师。E-mail: jiangap@yahoo.com

颈椎病是临床常见病、多发病,随着手机、计算机等高科技产品的普及使用,以及现代人们生活和工作方式的变化,使得患颈椎病的人群越来越多,且患病年龄呈年轻化发展^[1]。临床上将颈椎病分为 6 种类型^[2],早期的颈椎病多是以颈型颈椎病为主,占有所有颈椎病的 40%^[3]。如果对颈型颈椎病进行有效的干预治疗,能明显改善临床症状,并最终达到治愈的目的,防止病情进一步加重恶化,发展与其他类型的颈椎病。笔者在临床上采用合谷刺配合输刺阳性反应点治疗颈型颈椎病,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

2016 年 4 月至 2017 年 10 月在北京首都国际机场医院针灸门诊就诊的颈型颈椎病患者 90 例,根据患者初诊顺序编号,采用随机数字表法将患者以 1:1 的比例随机分成两组。其中观察组 45 例,1 例因公出差无法完成疗程治疗而脱落,共完成 44 例;对照组 45 例,1 例外出探亲而脱落,1 例因同时接受了药物治疗而剔除,共完成 43 例。两组患者性别、年龄、病程等一般资料比较,差异均无统计学意义(均 $P > 0.05$),具有可比性,详见表 1。

1.2 诊断标准

(1) 西医诊断标准:参照《实用外科学》^[4]中关于颈型颈椎病的诊断标准。①主诉颈、肩及枕部疼痛等感觉异常;②头颈部活动因疼痛而受限;③颈肌紧张,有压痛点;④X 线片显示颈椎退行性改变,侧位片可见椎体间关节不稳或有轻度梯形变。

(2) 中医辨证标准:参照《中医病证诊断疗效标准》^[5]中关于气滞血瘀型颈椎病的辨证诊断标准。颈、肩、背部及上肢刺痛,痛处固定,伴有肢体麻木;颈部僵硬、活动不利;舌质暗或有瘀斑、苔薄白,脉弦细涩。

1.3 纳入标准

①符合颈型颈椎病诊断标准;②年龄 18~60 岁;③影像学检查未见骨折、滑脱及椎间盘突出等;④患者自愿参与本试验,并签署知情同意书。

2 排除标准

①合并其他类型颈椎病的患者;②因肿瘤、结核及急性外伤等其他原因导致颈肩部疼痛的患者;③合并严重糖尿病、高血压、冠心病,及肝肾功能不全者;④同时进行其他治疗者。

2 治疗方法

2.1 观察组

采用合谷刺配合输刺阳性反应点法。取穴:选取颈部和肩背部阳性反应点。根据患者主诉,在患者颈椎两侧、背部、肩部寻找压痛点,即结节或条索状反应点。大部分患者是单侧发病,部分患者双侧均有阳性反应点,每次选穴不多于 5 处。操作:患者取坐位、俯卧或侧卧位,针刺部位用 75%乙醇常规消毒,根据患者体型胖瘦,选用 0.30 mm × 40 mm 或 0.30 mm × 50 mm 一次性毫针,于阳性反应点与皮肤呈 45° 角斜刺快速进针,针刺深度 15~40 mm,达到肌肉层中间,施提插捻转手法至局部酸胀感,之后将针提至皮下,分别于左右各呈 45° 角刺入,得气后将针提至皮下;邻近颈椎骨和肩胛骨的阳性反应点,再直刺深入至骨,行提插手法,直入直出,以局部酸胀为度,最后深刺至骨面留针。不宜深刺的穴位单用合谷刺法,在肌肉层中间留针。于同侧两组穴位连接脉冲电针仪(长城牌 KWD-8081 I),疏密波,频率 2 Hz/100 Hz,强度以患者耐受为度。局部配合 TDP 灯照射。

2.2 对照组

采用常规针刺,参照梁繁荣主编的“十一五”国家级规划教材《针灸学》^[6]中关于颈椎病的治疗方法。取穴:主穴取天柱、风池、曲池、外关、C₄~C₆ 夹脊穴、阿是穴,配合活血化瘀穴阴郄、膈俞。患者取坐位或俯卧位,选用 0.30 mm × 40 mm 一次性毫针进行直刺,深度达 15~25 mm,皆采用平补平泻法,得气后于同侧 C₄ 夹脊穴和 C₆ 夹脊穴连接电针仪,左右各一组,波型、频率和强度同观察组,局部配合 TDP 灯照射。

两组均隔日治疗 1 次,每次 20 min,10 次为一疗程,治疗 1 个疗程后进行综合疗效评定。

表 1 两组颈型颈椎病患者一般资料比较

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	44	21	23	21	60	41 ± 10	0.3	36	12.3 ± 10.9
对照组	43	20	23	22	60	42 ± 9	0.4	36	12.4 ± 10.8

3 疗效观察

3.1 观察指标

(1) 临床症状体征评分表: 参照颈椎病临床评价量表项目和评分标准^[7]与《中药新药临床研究指导原则》^[8]拟定, 包括疼痛程度、疼痛范围、压痛程度、压痛点数量、颈椎活动受限程度 5 个方面。每个方面按照症状轻重程度分别以 4 个等级计分, 最低 0 分, 最高 3 分, 总分 0~15 分, 评分越高表明症状越严重。

(2) 疼痛视觉模拟评分表 (VAS)^[9]: 患者根据自身疼痛程度在 VAS 标尺上进行计分, 从 0 到 10 分, 评分越高, 表明疼痛越重。

两组均于治疗前、首次治疗后及疗程结束后行病情评估。

3.2 疗效评定标准

参照《中药新药临床研究指导原则》^[8]和《临床疼痛治疗学 (修订版)》^[10]拟定, 根据临床症状体征变化和 VAS 评分改善率进行评定。VAS 评分改善率 = $[(\text{治疗前 VAS 评分} - \text{治疗后 VAS 评分}) \div \text{治疗前 VAS 评分}] \times 100\%$ 。临床治愈: 症状完全消失, 颈椎功能恢复正常, VAS 评分为 0; 显效: 症状明显缓解, 颈肩背部疼痛及颈椎功能明显改善, VAS 评分改善率 > 60%; 有效: 症状有所改善, 颈肩背部疼痛和颈椎功能有所缓解, VAS 评分改善率为 30%~60%; 无效: 症状体征无改善, VAS 评分改善率 < 30%。

3.3 统计学处理

由第三方人员进行盲态评价, 采用 SPSS 17.0 软件进行数据处理。计量资料用均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组内比较使用配对样本 t 检验, 组间比较使用两独立样本 t 检验, 重复测量数据采用重复测量方差分析, 计数资料用 χ^2 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症状体征评分比较

两组治疗前症状体征评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。两组首次治疗后、治疗结束后症状体征评分均较治疗前明显降低 (均 $P < 0.05$); 首次治疗后两组组间比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗结束后, 观察组症状体征评分明显低于对照组 ($P < 0.05$)。使用重复测量方差分析, 结果显示两组症状体征评分的球对称检验分析不满

足球对称假设 ($P < 0.05$), 说明重复测量数据之间存在相关性, 故采用多元方差分析。结果显示两组组内不同时间点的症状体征评分差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 组间多元方差分析差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组颈型颈椎病患者治疗前后症状

体征评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)				
组别	例数	治疗前	首次治疗后	治疗结束后
观察组	44	10.30 ± 2.39	7.25 ± 2.43 ¹⁾	1.66 ± 1.94 ¹⁾²⁾
对照组	43	10.37 ± 2.39	7.91 ± 2.47 ¹⁾	2.72 ± 2.50 ¹⁾

注: 与本组治疗前比较, ¹⁾ $P < 0.05$; 与对照组治疗结束后比较, ²⁾ $P < 0.05$ 。

(2) 两组患者治疗前后各时间点 VAS 评分比较
两组治疗前 VAS 评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。两组首次治疗后、治疗结束后 VAS 评分均较治疗前明显降低 (均 $P < 0.05$), 说明两组均有较好的即刻止痛效果; 组间首次治疗后 VAS 评分比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 治疗结束后, 观察组 VAS 评分低于对照组 ($P < 0.05$), 说明观察组的止痛效果优于对照组。使用重复测量方差分析, 结果显示两组 VAS 评分的球对称检验分析不满足球对称假设 ($P < 0.05$), 说明重复测量数据之间存在相关性, 故采用多元方差分析。结果显示两组组内不同时间点的 VAS 评分差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 组间多元方差分析, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组颈型颈椎病患者治疗前后疼痛

VAS 评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)				
组别	例数	治疗前	首次治疗后	治疗结束后
观察组	44	6.66 ± 1.46	4.00 ± 1.24 ¹⁾	0.77 ± 0.94 ¹⁾²⁾
对照组	43	6.70 ± 1.60	4.49 ± 1.32 ¹⁾	1.28 ± 1.18 ¹⁾

注: 与本组治疗前比较, ¹⁾ $P < 0.05$; 与对照组治疗结束后比较, ²⁾ $P < 0.05$ 。

(3) 两组患者临床疗效比较

观察组愈显率为 84.1%, 优于对照组的 65.1% ($\chi^2 = 4.144$, $P < 0.05$), 见表 4。

表 4 两组颈型颈椎病患者临床疗效比较 例

组别	例数	临床治愈	显效	有效	无效	总有效率/%	愈显率/%
观察组	44	23	14	7	0	100.0	84.1 ¹⁾
对照组	43	17	11	15	0	100.0	65.1

注: 与对照组比较, ¹⁾ $P < 0.05$ 。

4 讨论

颈型颈椎病是临床最常见的一种颈椎病, 症状大

多比较轻,主要以颈肩局部症状为主,表现为颈肩部及后背疼痛、酸胀,活动受限,少数患者有一过性上肢麻木。如果错过早期治疗时机,就会发展为更加严重的颈椎病。现代医学认为颈型颈椎病是由于颈椎长期姿势不当,肌肉韧带张力改变,椎体失稳,内外平衡失调,影响局部血管神经功能而产生的一系列临床症状^[11]。中医学并没有颈椎病的专门论述,但对其症状表现描述较多,如“项强”“颈痛”“筋急”“肩背痛”等,归为“痹症”范畴^[12]。认为其发病多因肝肾亏虚,气血不足,筋骨失养,致使脉络不痛,关节不利,筋急拘挛;加之风寒湿等外邪侵袭,阻滞经络,气血运行不畅,发为痹症;或是外力损伤、慢性劳损、气血瘀滞,经络闭阻而导致颈肩部疼痛。其证属本虚标实,虚实夹杂。

合谷刺、输刺取自《灵枢·官针》中关于五刺的论述,包括半刺、豹文刺、关刺、合谷刺、输刺 5 种刺法,用以治疗五脏所属疾病。合谷刺是左右斜刺如鸡爪状,将针刺入分肉间,用于治疗肉痹。脾主肌肉,故合谷刺与脾相应。输刺法是直入直出,将针深刺至骨,用来治疗骨痹,故输刺与肾相应^[13]。阳性反应点是颈型颈椎病的疾病反应点,是治疗的关键点^[14]。颈型颈椎病的根本病因是颈椎骨质的变性,外在表象为肌肉的痉挛疼痛^[15],故采用合谷刺法缓解肌肉疼痛以治其标,输刺法改善颈椎骨质变性以治其本,采用合谷刺配合输刺法,达到表里同治、标本兼治的目的。

对照组治疗方法的选择,主要参考“十一五”国家级规划教材《针灸学》^[6]中的取穴和针刺方法,颈椎局部取风池、天柱、夹脊穴和阿是穴,远部循经选取曲池和外关穴,同时辨证选用阴郄、膈俞穴,并配合电针治疗和 TDP 灯照射,达到活血祛瘀、行气止痛的功效,体现了中医针灸取穴规律和辨证论治原则。大量的临床报道和研究^[16,18]表明,该法是临床常用的治疗方法,且取得了满意的临床疗效。本研究中对对照组的总有效率为 100.0%,愈显率达 65.1%,临床疗效显著,故将此法设为本研究的对照方法,具有较强的说服力。

本研究采用合谷刺配合输刺阳性反应点的治疗方法,具有取穴精、用针少、患者容易接受的特点。

本研究表明,合谷刺配合输刺阳性反应点和常规针刺均能有效治疗颈型颈椎病,虽然首次治疗后的即刻疗效无明显差异,但治疗结束后,合谷刺配合输刺阳性反应点的疗效优于常规针刺,是治疗颈型颈椎病行之有效的方法。

参考文献

- [1] 柯尊华,王静怡. 颈椎病流行病学及发病机理研究进展[J]. 颈腰痛杂志, 2014, 35(1): 62-64.
- [2] 窦群立,管清杰. 颈肩腰腿痛中医诊疗全书[M]. 北京: 化学工业出版社, 2008: 125-126.
- [3] 张媛,赵庆安,章奕. 颈型颈椎病的分型与治疗[J]. 湖北中医学院学报, 2008, 10(4): 49-50.
- [4] 张延龄,吴肇汉. 实用外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2012: 2210-2211.
- [5] 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: 186.
- [6] 梁繁荣. 针灸学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2015: 286-287.
- [7] 张鸣生,许伟成,林仲民,等. 颈椎病临床评价量表的信度与效度研究[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2003(3): 25-28.
- [8] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 163-168.
- [9] Kjeldsen HB, Klausen TW, Rosenberg J. Preferred presentation of the visual analog scale for measurement of postoperative pain[J]. Pain Pract, 2016, 16(8): 980-984.
- [10] 李仲廉,安建雄,倪家骥,等. 临床疼痛治疗学(修订版)[M]. 天津: 天津科学技术出版社, 1999: 109.
- [11] Lebl DR, Bono CM. Update on the diagnosis and management of cervical spondylotic myelopathy[J]. J Am Acad Orthop Sur, 2015, 23(11): 648-660.
- [12] 罗永宝,何纯青. 颈型颈椎病理论研究概述[J]. 辽宁中医药大学学报, 2010, 12(5): 46-48.
- [13] 李青,郭秀兰,李勤. 浅析《灵枢》五刺法的临床运用及研究进展[J]. 中医临床研究, 2014, 6(2): 138-140.
- [14] 罗亚男,赵征宇,王伟臣,等. 阳性反应点在颈椎病诊治中的作用初探[J]. 四川中医, 2016, 34(2): 45-46.
- [15] 赵昭,赵喜新. 穴位埋线治疗颈型颈椎病临床研究[J]. 中医学报, 2015, 30(3): 449-451.
- [16] 蔡耿喜,赵洋,梁玉珊,等. 针灸治疗颈型颈椎病取穴规律探究[J]. 中国全科医学, 2013, 16(41): 4182-4186.
- [17] 李丰军,衣华强. 不同配穴方法针刺治疗颈型颈椎病的疗效评价[J]. 中医研究, 2010, 23(2): 66-69.
- [18] 汪凡. 不同针灸疗法治疗颈椎病颈部疼痛的疗效评价[J]. 浙江中医药大学学报, 2014, 38(5): 538-541.

(收稿日期: 2018-01-05, 编辑: 杨立丽)