

电针配合穴位注射治疗神经根型颈椎病 120 例临床观察

王玉花, 方兴德

武威市人民医院针灸科, 甘肃 武威 733000

摘要: **目的** 观察使用电针配合穴注治疗神经根型颈椎病的临床疗效, 寻找治疗神经根型颈椎病的最佳方法。 **方法** 2009 年 6 月至 2013 年 12 月门诊 120 例神经根型颈椎病的患者按抽签法分为观察组和对照组各 60 例。对照组用推拿配合牵引治疗, 观察组用电针配合醋酸曲安奈德注射液在肌间沟压痛点注射、红花注射液在天鼎穴穴位注射治疗。采用简化 McGill 疼痛询问量表 (MPQ), 分别于治疗前后对两组患者的疗效进行评价与比较。 **结果** 观察组镇痛疗效总有效率为 96.7%, 明显优于对照组的 83.3% ($P < 0.05$)。观察组和对照组治疗前后疼痛强度 (PRI) 评分相当 (8.67 ± 2.23 vs 8.62 ± 2.43 , $P > 0.05$); 两组治疗后与治疗前比较明显下降 (P 均 < 0.01), 疼痛改善, 且观察组治疗后 PRI 评分低于对照组 (3.11 ± 1.21 vs 3.55 ± 1.50 , $P < 0.05$)。观察组在治疗的过程中未出现晕针、滞针、弯针、断针、血肿等针刺引起的安全性问题。 **结论** 使用电针配合穴注治疗神经根型颈椎病具有较好的临床疗效。

关键词: 电针; 穴位注射; 红花注射液; 醋酸曲安奈德; 推拿; 颈椎病; 神经根型

中图分类号: R 245 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2015)02-0258-03

颈椎病是颈椎间盘退行性病变, 压迫相邻的神经根、血管、交感神经节、脊髓等, 按其受压部位的不同, 一般分为神经根型、椎动脉型、交感神经结型、脊髓型等, 并引起相应的临床症状, 最常见的是神经根型颈椎病, 神经根型颈椎病的临床特点是颈、肩、臂等部位的放射性疼痛和麻木。近年来笔者采用电针配合穴位注射治疗神经根型颈椎病, 取得了满意的效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 120 例神经根型颈椎病均为 2009 年 6 月至 2013 年 12 月我院针灸门诊患者。病例纳入标准: (1) 参照 1992 年青岛全国和二届颈椎病专题座谈会拟定的诊断标准和分型标准^[1]。(2) 符合上述诊断标准, 完成各项治疗疗程者。排除急性外伤性颈椎间盘突出有手术适应证者。按抽签法随机分为两组, 各 60 例。观察组男 33 例, 女 27 例; 年龄 40~76 (43.63 ± 6.28) 岁; 病程最短 55 d, 最长 3 年 2 个月, 平均 (1.35 ± 1.21) 年; 60 例患者病型均为神经根型颈椎病。对照组男 29 例, 女 31 例; 年龄 38~78 (41.72 ± 7.86) 岁; 病程最短 2 个月, 最长 3 年, 平均 (1.24 ± 1.35) 年; 60 例患者病型均为神经根型颈椎

病。两组患者性别、年龄、病程、病型比较差异无统计学意义 (P 均 > 0.05), 具有可比性。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组治疗方法 采用推拿配合牵引治疗。(1) 推拿以拇指颈项部按柔拔伸法; (2) 颈部左右旋转侧屈运动法; (3) 肩井提拿并推拿按揉患肢法; (4) 指压穴位和抖动患者上肢法; (5) 侧头摇正和提端摇晃法; (6) 摇晃转捻和旋转复位法。推拿治疗每日 1 次, 每次 30 min, 10 次为 1 个疗程。颈椎牵引治疗每次 20~30 min, 每日 1 次, 每 10 次为 1 个疗程。连续治疗 3 个疗程后统计疗效。

1.2.2 观察组治疗方法 (1) 取穴: 主穴为阿是穴、夹脊颈 4~7、风池、天柱、大椎、后溪、申脉、大杼、天鼎、颈百劳。配穴: 肩井、跗缝、曲池、合谷、后溪、养老、风寒阻络加风门、风府; 气虚血瘀加合谷、太冲; 肝肾阴虚加肝俞、肾俞、足三里; 上肢手臂麻木加合谷、曲池、外关; 头痛、头晕目眩者加天柱、百会; 恶心者加内关、天突。(2) 操作: 毫针刺, 根据辨证施治的治疗原则。大椎刺 1~2 寸, 传导针感向肩臂部; 颈夹脊直刺向颈椎 40° 斜刺的方法, 针感向项肩臂部传导; 其他穴位按常规针刺虚补实泻操作; 颈部华佗夹脊穴加电针刺刺激, 夹脊穴操作: 取 26~28 号 1.5~2 寸之毫针, 向脊椎方向成 65° 角刺入或旁开夹脊穴成 40° 角刺入, 至针尖有抵触感即退针 5 分。采用提插和小幅捻转, 促使针感传导。疼痛重者紧提慢插, 肢体麻凉

甚者竖插慢提。一般则用平补平泻法。针感为上肢触电感为宜。针感由弱到强,逐渐得气,不可乱捣猛刺,针感不满意时可调整方向,再找针感,不一定要求有针感,出针以后按穴孔片刻。大椎穴,快速进针,缓慢进针至 1.5 寸深,进针时针尖略向上,得气后针尖向下,以拇指食指夹持针作快速小幅度捻转,患者有酸麻感沿督脉下行,然后从上到下捻转(就是拇指食指反向捻转),行针 1 min 后退针,再将针尖向患侧,提插捻转 2 min,使针感达到肩臂取针。风池进针 1.6 寸左右,针感向头颈部传导,天柱穴针刺向脊椎斜刺,使针感向颈部放散为宜,用平补平泻法。配穴,进针得气后亦用平补平泻法,其中,胛缝穴进针 3~5 分,使局部酸胀为宜;取养老穴时手掌向胸前,向内关方向刺入,针感向肩、肘、腕放射。然后接通电针仪,负极接主穴,正极接配穴,连续波,频率为 130~260 次/min,电流强度以患者感到舒适为宜,一般在 1~1.6 mA。每日 1 次,每次 30 min,10 次为 1 个疗程,疗程间隔 4 d。醋酸曲安奈德注射液在肌间沟压痛点注射,红花注射液在天鼎穴注射,每个穴位每次注入 1 ml。在颈椎周围仔细探找压痛点,一般发现条索状或结节性压痛点更适合穴注。天鼎穴应使针感到达臂膀及手指,注入药液时,先找针感,针感明显后缓慢注入药液,每穴注入约 1~5 ml。每日 1 次,10 次为 1 个疗程。大椎、大杼、天鼎、颈百劳、肩井、胛缝、曲池可用隔姜灸,每日 1 次,10 次为 1 个疗程,连续治疗 3 个疗程后统计疗效。

1.3 观察指标 (1)疼痛积分:疼痛分级标准采用描述测量疼痛简化 McGill 疼痛询问量表(MPQ)。疼痛分级指数(PRI)含多个感觉性词与几个情绪性词,分无、轻、中、重四级,分别计 0、1、2、3 分,由此计算出 PRI 感觉分、情绪分和总分。(2)病情分级:疼痛轻基本不影响日常工作和劳动能力为轻度, PRI 的总分 1~6 分;疼痛较重,失去工作和劳动能力,仅能生活自理, PRI 总分 7~12;疼痛剧烈,不能完成日常生活自理, PRI 总分 12 分以上。

1.4 疗效标准 两组临床疗效评定标准根据 1994 年国家中医药管理局发布的《中医病证诊断疗效标准》^[2] 制定。痊愈:神经根型颈椎病的症状完全消失,颈、肩、肢体功能完全恢复正常,有正常的工作和劳动能力,半年随访未复发;显效:神经根型颈椎病症状明显减轻,改善 1 个等级以上病情程度;有效:神经根型颈椎病的症状减轻,疼痛有所改善;无效:神经根型颈椎病症状没有改善,治疗前后临床症状无差别。以痊愈+显效+有效计算总有效率。安全性观察指标:观察并记录针刺过程中引起的安全性问题,如药

物反应、晕针、滞针、皮下血肿等。

1.5 统计学方法 采用 SPSS 19.0 软件处理数据。所有的统计检验均采用双侧检验,定量指标以 $\bar{x} \pm s$ 描述,组间比较,采用独立样本 *t* 检验,组内比较采用配对 *t* 检验;定性资料比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 经 30 d 治疗后,两组的总有效率差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 两组治疗前后 PRI 总分改善情况比较 观察组与对照组治疗前颈痛 PRI 评分比较差异无统计学意义($P > 0.05$),两组治疗后 PRI 评分均较治疗前明显改善,差异有统计学意义(P 均 < 0.05),且观察组治疗后 PRI 评分改善优于对照组($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 安全性观察指标 在治疗的过程中没有发现晕针、滞针、弯针、断针、血肿等针刺引起的安全性问题。

表 1 两组临床疗效比较 例(%)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	60	23(38.4)	20(33.3)	15(25.0)	2(3.3)	58(96.7) ^a
对照组	60	16(26.6)	21(35.0)	13(21.7)	10(16.7)	50(83.3)

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

表 2 两组治疗前后 PRI 评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
观察组	60	8.67 ± 2.23	3.11 ± 1.21 ^{ab}
对照组	60	8.62 ± 2.43	3.55 ± 1.50 ^a

注:与治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组比较,^b $P < 0.05$ 。

3 讨论

颈椎病是一种颈椎退行性病变,本病的内因是颈椎间盘退变,外因是急慢性颈部外伤,最常见的类型是神经根性颈椎病,其症状有头疼、颈肩背疼痛酸胀或者剧痛,向枕部和上肢放射,上肢疼痛麻木酸胀。这些症状与神经根损伤受压后水肿等有关。关键的治疗是消除神经根的水肿,使神经的生理功能恢复。多项研究提示,针刺能够明显改善病变组织的微循环,消除炎性物质,缓解肌肉痉挛,使脊柱力学平衡恢复,恢复损伤的神经功能。

颈夹脊穴具有疏通颈部气血和止痛的作用,大椎为诸阳之会,是督脉经,穴刺之能激发诸阳经的经气,通经络活气血;足太阳膀胱经后溪穴又是八脉交会穴之一,与督脉相通;八脉交会穴申脉与阳蹻脉相通;后溪申脉合用可疏通颈肩部的经气;骨会大杼,髓会悬钟两穴合用能治骨骼运动系统的疾病;风池属足少阳经穴,是局部取穴。经外奇穴颈百劳善治各种病所致

的劳损,穴位在柱脊之根,对颈椎退行性疾病有良好的治疗作用。足太阳经穴天柱,刺之能增强督脉与足太阳膀胱经的经气,且有通痹活络的作用。诸穴共用可疏调诸阳经经气,止痛通络,诸穴远近相配,共奏祛风散寒、理气止痛、舒经活络之效。中医的基本特点是辨证施治,取主穴的同时应根据辨证分型取配穴,风寒痹阻型加风府、风门祛风通络;气虚血瘀型加膈俞、合谷、太冲补气活血,肝肾阴虚型加肝俞、肾俞、足三里补肝益肾,柔经养血;曲池、外关、合谷能通经活络;百会、风池、太阳能祛风止痛。

督脉与膀胱经重叠覆盖之处恰是夹脊穴所在,华佗夹脊穴在此沟通二脉,有调控二脉的作用,电针刺颈部夹脊穴有调节整合两经的作用。脊柱两旁的夹脊穴,与督脉经密切联系,因此督脉病变可传到夹脊穴,在夹脊穴上出现病理反应点。解剖学提示,针刺夹脊穴能刺激脊神经,抑制痛觉信号的传导,产生镇痛效应^[3]。通过电针刺刺激腧穴,具有止痛、促进气血循环和调整肌张力的作用。电针是利用脉冲电流的作用,其基本的功能是使人体组织中的离子浓度发生改变,可促进内源性阿片肽包括内啡肽(EM)、脑啡肽(ENK)及强啡肽(DFN)的释放^[4],它们分别与相应的内源性阿片肽受体结合而产生镇痛作用^[5]。此外,电针夹脊穴能减轻神经根的水肿,促进局部血液循环,使无菌性炎症水肿明显改善,解除肌肉痉挛、缓解神经根的压迫,改善临床症状。电针治疗能促进气血循环,在脉冲电作用于颈部穴位时,可使颈部肌肉有节律的被动收缩,有利于改善血液循环和增加组织营养,使受损神经根炎症反应减轻,使损伤的神经肌肉获得良好恢复。通过电针夹脊穴,使感觉神经将针灸刺激不断传入,经上行传导束促进大脑皮质的神经细胞再生,针刺夹脊穴能降低机体的肌张力,使痉挛状态得以缓解^[6-7]。颈椎微循环与营养障碍因素既是椎间盘突出后机械性压迫、炎性刺激和组织粘连等多重因素,单独和联合作用必然的结果,又是新的致病因素,成为颈椎病病理机制的中心环节,是不同的病程阶段患者的共同病症。这和中医学中的“不通则痛和不荣则痛”的病理观点相吻合。由于局部

不通,血行不畅,以致产生各类病理产物,经脉瘀阻,发生疼痛;又由于有瘀的存在,新的气血不能通达,局部失于气血的濡养而加重症状,针对这一病机,中医学提出了“通络止痛”的治疗原则。现代医学认为改善微循环是消除脊神经根水肿,改善脊神经根营养状况的物质基础,改善微循环是达到消炎镇痛的一种重要方法^[8]。综合分析结果提示,电针治疗对颈神经根受压具有良好的消炎镇痛作用,穴位注射^[9-10]红花注射液和曲安奈德注射液具有活血化瘀、通经止痛的作用,曲安奈德注射液具有消除无菌性炎症、减轻神经根水肿的作用,两种治疗方法综合使用时作用增强。

总之,本文观察应用电针针灸、穴位注射综合治疗颈椎病,效果显著,治愈率达 96.7%,多数患者治疗 3 个疗程后显效。

参考文献

- [1] 孙宇,李贵存.第二届颈椎病专题座谈会纪要[J].解放军医学杂志,1994,19(2):156-158.
- [2] 国家中医药管理局.中医病症诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994:186-189.
- [3] 郭纪涛,戴琪萍,裴敏蕾,等.电针夹脊穴对腰椎间盘突出症腰关节肌力的影响[J].辽宁中医杂志,2008,35(10):1571-1572.
- [4] 韩济生.中枢神经肽之间的相互作用[J].生物学通报,1996,31(2):1-3.
- [5] 郭纪涛,裴敏蕾,陈永强.电针夹脊穴治疗神经根型颈椎病对肘关节肌力的影响[J].江苏中医药,2009,41(1):47-48.
- [6] 朱敏贤,覃小兰.运动神经元病中医治疗概况[J].中国中医急症,2008,17(1):92-94.
- [7] 黄仕荣,石印玉,石关桐,等.腰椎间盘突出症神经根微循环与营养障碍致病机制[J].中国中医骨伤科杂志,2004,12(6):60-63.
- [8] 朱丽霞.针刺对痛觉异常的调整作用[J].针刺研究,1994,19(S1):4-6.
- [9] 骆仲达.复方丹参注射液穴位注射治疗颈椎病 87 例[J].中国针灸,1997,17(8):471-472.
- [10] 孙丽筠,杜文美,孔晓红.穴位药物注射与扣针拔罐治疗颈椎综合症 312 例临床观察[J].中国针灸,1988,8(1):12-13.

收稿日期:2014-09-24 修回日期:2014-11-03 编辑:王娜娜