

揞针结合电针治疗神经根型颈椎病疗效观察

曹玉华 尹旭辉

颈椎病系由颈椎及其相关的附属结构发生退行性改变,直接或间接刺激、压迫周围相关组织而出现的一系列症状、体征的临床疾病。依病变的部位和临床表现可分为颈型、神经根型等 6 型^[1]。其中神经根型颈椎病的发病率最高,约占 50%~60%。

本病属于中医学“痹证”范畴。目前中医对神经根型颈椎病的治疗多采用药物、针灸、推拿、牵引、拔罐等治疗。其中非药物治疗常用毫针、电针、针刀、腹针、腕踝针、温针灸、拔罐、水针等,其中以毫针和电针最为常用^[2],有单独疗法,也有综合疗法,但有关揞针或揞针结合电针治疗本病国内文献报道非常少;此疗法既能够快速缓解神经根型颈椎病的症状,又能持续作用于穴位局部,疏通经络止痛,延续治疗,巩固针灸疗效;且操作简便易行,痛苦小,患者易于接受。

1 资料与方法

1.1 临床资料

60 例神经根型颈椎病患者均为 2012 年 2 月至 2014 年 2 月来我院针灸科就诊患者,均符合神经根型颈椎病诊断标准。采用单纯随机抽样,分为 2 组,治疗组 30 例,男性 10 例,女性 20 例;年龄 29~78 岁,平均(59±13)岁;病程 1~18 个月,平均(7±4)个月。对照组 30 例,男性 17 例,女性 13 例;年龄 28~88 岁,平均(53±13)岁;病程 1.5~24 个月,平均(8±6)个月。治疗组和对照组在性别构成、年龄和病程上比较差异均无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 诊断标准

参照《中药新药临床研究指导原则》^[1]制定,诊断标准如下:①具有较典型的神经根性症状(麻木、疼痛),其范围与颈神经支配的区域相一致。除外非颈椎退行性病变所致的以上肢疼痛为主的疾患,如胸廓出口综合征、网球肘、腕管综合征、肩周炎等;②臂丛神经牵拉试验阳性或弱阳性,压顶试验阳性或弱阳性;③X 线片显示,颈椎曲度改变、不稳

或骨赘形成,钩椎关节骨质增生,韧带钙化。椎管矢状径狭窄;④症状、体征与 X 线表现均符合神经根型颈椎病者,即可确诊。

1.3 纳入标准

①符合神经根型颈椎病的西医诊断标准;②年龄 20~90 岁;③能够接受揞针及电针疗法者。

1.4 排除标准

①不符合神经根型颈椎病诊断标准者;②正在服用止痛药物或同时接受其他治疗方法者;③不能够坚持足疗程治疗者;④畏惧针灸者;⑤合并严重心脏病、血液系统疾病者或癫痫病史者;⑥皮肤破溃、破损和(或)易过敏者;⑦妊娠、哺乳者。

1.5 治疗方法

1.5.1 针具:①揞针:清铃揞针,直径 0.2 mm、长 1.2 mm。②毫针:环球牌不锈钢毫针,直径为 0.35 mm,长度为 25~40 mm。③ 6805-A 电针仪:达佳牌电针仪。

1.5.2 方法:治疗组给予电针加揞针,嘱患者取俯卧位,主穴:取颈夹脊穴、大椎、肩三针、曲池穴;配穴:取气血亏虚型加气海、足三里,气滞血瘀型加足三里、太冲,风寒阻络证加列缺、风池,肝肾不足型加肝俞、肾俞。

1.5.3 操作方法:局部用阿尔碘常规消毒 2 遍后,选取主穴,再根据证型不同,选取 2~3 个配穴,用直径为 0.4 mm,长 2 寸的毫针直刺 1.0~1.5 寸得气后,手法用平补平泻法,至患者肢体麻木或过电样感后,将 G6805 电针仪连接针柄,正极接肩三针或曲池,负极接颈夹脊穴,选用 1~2 组电针,以疏密波刺激,电流大小根据个体差异进行调节,以患者耐受为度,频率 220~250 次/min,留针 20 min,起针后局部再用阿尔碘常规消毒 2 遍后,将揞针外包装纸撕下一半,露出针尖后,埋置在颈夹脊穴上和选取的 2~3 个配穴上,固定后再将剩余的一半包装纸去掉,即完成了整个治疗过程。嘱患者按压刺激埋针部位 2~3 次,并注意保持局部清洁,不要着水,于 24 h 内将所埋置的揞针取下,如中途出现局部疼痛剧烈,皮肤红肿、瘙痒等不适症状,及

时将揸针取下,以免感染。对照组选用电针治疗,取穴相同,所有患者均每周 3 次,4 周为 1 个疗程。

1.6 统计学方法

运用 SPSS 19.0 软件包,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 *t* 检验;计数资料用频数(或率)表示,采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

1.7 疗效判定

1.7.1 评分标准:参照文献[1]制定评分标准:颈肩部:0 分:无;轻(2 分):轻微疼痛,时痛时止;中(4 分):疼痛可忍,时常发作;重(6 分):疼痛难忍,持续不止。肢体麻木:0 分:无;轻(2 分):轻微麻木,时麻时止;中(4 分):麻木可忍,时常发作;重(6 分):麻木难忍,持续不止。肢体放射痛:0 分:无;轻(2 分):轻微,偶发放射痛;中(4 分):疼痛可忍,时常发作;重(6 分):肢体持续出现放射痛。舌脉:具体描述,不计分。

1.7.2 疗效判定标准:临床痊愈:疼痛、麻木症状、

体征积分减少 $\geq 95\%$ 。显效:疼痛、麻木症状、体征积分减少 $\geq 70\%$, $< 95\%$ 。有效:疼痛、麻木症状、体征积分减少 $\geq 30\%$, $< 70\%$ 。无效:疼痛、麻木症状、体征减少不足 30%。计算公式为:[(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分] $\times 100\%$ 。

2 结果

2.1 疗效比较:患者治疗 4 周后,治疗组、对照组痊愈率比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 2 组疗效比较

组别	例数	治愈	显效	有效	痊愈率(%)
治疗组	30	12	8	10	40
对照组	30	10	13	7	33

2.2 症状积分比较:2 组治疗后与治疗前比较,颈肩部、肢体放射痛症状评分,差异均有统计学意义($P < 0.05$, $P < 0.01$)。治疗组治疗颈肩部、肢体放射痛的疗效优于对照组。见表 2。

表 2 2 组症状在治疗前和治疗后积分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	颈肩部		肢体麻木		肢体放射痛	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	30	2.0 \pm 0.81	0.5 \pm 0.6 ¹⁾²⁾	1.06 \pm 0.83	0.50 \pm 0.68 ¹⁾	1.2 \pm 0.8	0.3 \pm 0.6 ¹⁾²⁾
对照组	30	1.6 \pm 0.7	0.5 \pm 0.7	1.27 \pm 0.29	0.33 \pm 0.55	1.6 \pm 0.8	0.6 \pm 0.9

1) 与治疗前比较 $P < 0.05$ 。

2) 与对照组比较 $P < 0.05$ 。

3 讨论

神经根型颈椎病属中医“痹证”范畴,主要是由于肝肾虚损,气血亏虚或久坐不动耗气、筋骨失润失养,或因扭挫损伤后失治、致局部气血瘀滞,复感风、寒、湿邪,客于经脉,出现颈项、肩胛部疼痛、僵硬或上肢疼痛、肌肉无力、麻木或头晕、头痛、眩晕等;部分患者还兼有失眠、恶心欲呕等症状,故治则为祛风除湿、活血通络、补益肝肾、强筋健骨。颈夹脊穴位于督脉和膀胱经之间,具有活血行气、舒筋通络、散结止痛之功。

电针是在针刺的基础上加以电流刺激,通过电刺激抑制痛觉传导,从而达到镇痛的效果;电刺激可扩张血管,加快血液循环,促进代谢,增加神经、肌肉的营养^[3]。

揸针是由不锈钢材质制成的用于埋针的一种特殊针具,通常在针灸治疗结束后使用,以期获得持续性治疗效果。因其针体微小,针尖锐利,针身光滑,并且上面覆有特殊的透气微孔胶布,能减少胶布对皮肤表面的刺激,从而减少皮肤过敏的发生。所以特别适合于体穴和耳穴上使用。

揸针与电针结合治疗本病具有增强针感,延续治疗,增加疗效的作用。

需要注意的是,在颈椎病的治疗过程中,除了患者的积极主动治疗以外,对患者的健康宣教也是必不可少的,嘱患者平时养成良好的生活习惯,正确活动颈部,增强局部肌肉、韧带弹性,加固椎体的稳定性,延缓其退变的进程;除此以外,特别要注意颈部防寒保暖,以免因受寒、劳累而再次复发。

本研究结果显示,应用揸针结合电针疗法治疗神经根型颈椎病,能够快速缓解患者颈部疼痛、上肢放射痛等临床症状。且临床中操作简便、易行,适于在社区推广和应用。

参考文献

[1] 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,2002,346.

[2] 顾启功. 近 5 年神经根型颈椎病的中医治疗进展[D]. 北京:北京中医药大学,2010.

[3] 张涛,王冰. 电针疗法联合银质针松解术治疗神经根型颈椎病[J]. 中医正骨,2014,26(6):53.

(收稿日期:2015-05-18)