

重平均下降 6.8 kg, 收缩压平均下降 15.7 mm Hg, 舒张压平均下降 9.1 mm Hg, 脉压差平均下降 13.4 mm Hg, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 23 例中青年高血压病患者运动干预前后体重与血压控制效果对比 ($\bar{x} \pm s$)

时间	例数	体重 (kg)	收缩压 (mm Hg)	舒张压 (mm Hg)	脉压差 (mm Hg)
干预前	23	78.4 ± 10.3	152.6 ± 9.6	86.4 ± 8.8	70.1 ± 13.1
干预后	22	71.6 ± 10.1	136.9 ± 9.4	77.3 ± 8.1	56.7 ± 10.0
<i>P</i>		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

注: 与干预后比较, $P < 0.05$

3 讨论

运动作为保持和减轻体重的有效方式在生活中屡见不鲜, 而超重及肥胖可增加高血压的危险因素。肥胖男性体质量每增加 1.7 kg/m², 女性每增加 1.25 kg/m², 收缩压对应上升 1 mm Hg, 而减肥使体重下降后血压可有一定程度的下降^[2]。运动能够降低收缩压约 4~9 mm Hg, 这样的效果同某些降压药物的效果差不多, 但对于已经处于正常状态的血压 (<120/80 mm Hg), 运动可以帮助保持这种健康状态, 不随着年龄的增加而升高^[3]。由于无氧运动更多起到的是强健肌肉的作用, 还会引起血压的突然升高; 而有氧运动对燃烧脂肪的减重效果明显, 运动中血压可保持较平稳, 因此有氧运动更适合中青年高血压病患者的减重及血压控制。本实验选择了个体擅长的有氧运动, 如快步走、慢跑、乒乓球、羽毛球、跳舞、游泳、瑜伽、太极拳等。

如何有效降低高血压患者的运动风险也是本实验的关注重点。本实验要求患者不空腹运动, 餐后 1 h 不运动, 运动过程中心率介于运动有效心率之间, 呼吸均匀, 自我感觉良好, 不自行随意加大运动量, 结伴运动等来控制了运动风险。此外, 高血压患者饮食过咸可引起水钠潴留, 饮食油腻可引起血脂升高, 吸烟、酗酒也可加重高血压病。因此, 本实验要求患者食用低盐低脂饮食, 避免含胆固醇高的食物, 不得

进食过饱, 逐渐减少烟酒用量, 遵医嘱用药, 不得擅自停药, 尽量减少血压波动。

中青年高血压患者的心理状态常是压力大、劳累、饮食、睡眠不规律、易冲动等, 本实验结合个体实际情况进行心理疏导, 给患者讲解高血压病相关知识, 稳定患者情绪, 培养良好生活习惯, 使患者的依从性明显提高, 除 1 例因个人原因放弃计划外, 其余均按计划完成了实验。通过对 23 例中青年高血压病患者 3 个月的有氧运动干预, 体重得到明显降低, 血压也显著降低 ($P < 0.05$)。

综上所述, 有氧运动降低体重是中青年高血压病患者控制血压的有效方式。

参 考 文 献

- [1] Pescatello LS, Franklin BA, Fagard R, et al. Exercise and hypertension. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 2004, 36(3): 533-553.
- [2] 陈灏珠, 林果为. 实用内科学. 第 13 版. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 1524-1542.
- [3] 胡剑平. 年轻人应对高血压的运动处方. *丁香医生*, 2015, 3(10): 12.

[收稿日期: 2015-06-10]

揞针治疗神经根型颈椎病的疗效观察

李新利

【摘要】目的 观察揞针对风寒阻络型神经根型颈椎病的临床疗效。**方法** 将 60 例风寒阻络型神经根型颈椎病患者随机分为观察组 (30 例) 对照组 (30 例), 观察组用揞针留针 24 h 治疗, 对照组用常规毫针刺治疗, 两组均治疗 3 次/周, 疗程均为 4 周, 比较两组治疗前后症状体征积分情况。**结果** 两组治疗前后症状体征积分均明显降低 ($P < 0.05$), 且观察组积分明显低于对照组 ($P < 0.05$)。**结论** 揞针对风寒阻络型神经根型颈椎病的疗效确切安全简便, 值得临床推广应用。

【关键词】 揞针; 风寒阻络; 神经根型颈椎病

DOI: 10.14163/j.cnki.11-5547/r.2015.27.210

作者自 2014 年 1 月以来, 用揞针留针治疗风寒阻络型神经根型颈椎病患者, 取得较好疗效, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 60 例风寒阻络型神经根型颈椎病患者均来自 2014 年 1 月~2015 年 1 月本科就诊患者, 随机分为观察组和对照组, 各 30 例。观察组男 19 例, 女 11 例, 年龄 47~58 岁, 平均年龄 (52.3 ± 4.5) 岁, 病程 1~10 年, 平均病程 (4.9 ± 2.3) 年。对照组男 20 例, 女 10 例, 年龄 45~60 岁, 平均年龄 (53.1 ± 4.2) 岁, 病程 2~9 年, 平均病程 (4.8 ± 1.9) 年。两组一般资料比较

差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[1] 进行诊断。

1.2.1 西医诊断标准: ①多见于中老年人, 青壮年人若有损伤史、劳损史、颈部畸形或其他诱因亦可发病。②多数为缓慢性发病, 若有颈部创伤史或劳损史, 也可急性发病, 病程较长, 时轻时重, 可反复发作。③ X 线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实验室检查基本正常, CT 或 MRI 检查有助于本病诊断。⑤具有典型的神经根性症状 (疼痛麻木), 其范围与颈神经支配的区域相一致。

作者单位: 102206 北京市昌平区沙河社区卫生服务中心

1.2.2 中医证候诊断标准：风寒阻络证，主症：颈部感受风寒而发病，肢体酸楚得温则舒。次症：颈项强痛活动不利，肢端麻木疼痛四肢拘急或者肌肉萎缩指趾麻木，舌质暗苔薄白脉沉弦或沉迟。

1.3 纳入标准 ①符合西医诊断标准。②符合中医证候诊断标准。③病理分型为神经根型，中医证候属于风寒阻络证。④年龄 45~60 岁，男女不限。

1.4 排除标准 ①年龄 45 岁以下，或 60 岁以上；②颈型、椎动脉型、交感型、脊髓型及混合型颈椎病，胸廓出口综合征、肩周炎、腕管综合征等；③X 线片示椎间孔横径正常者，X 线片示骨质增生非常严重，形成骨桥者；④伴有先天性畸形或脊柱侧弯畸形，患有骨肿瘤或结核，伴有高血压病、冠心病及其他严重内脏疾病及精神病患者。⑤皮肤过敏、不配合针刺和晕针者。

所选 60 例患者均符合颈椎病的西医诊断、中医诊断以及神经根型的病理分型，符合风寒阻络证的中医证候诊断，且依从性良好，全程配合治疗和资料收集工作。

1.5 治疗方法

1.5.1 取穴 两组选穴均相同，根据患者的具体情况而主穴配穴临证配伍应用。主穴：(双侧)颈挟脊、百劳。配穴：(患侧)风池、肩中俞、肩外俞、肩井、肩髃、肩贞、曲池、天宗、后溪、温溜、会宗。

1.5.2 观察组 穴位皮肤常规消毒后，选取 2 个主穴，配穴 3~4 个，用进口日产清铃揸针(医疗器械注册号：国食药监械[进]第 2012 第 2272550 号)规格针长 1.2 mm，直径 0.2 mm，贴按在所选穴位上，1 个/穴，留针 24 h。

1.5.3 对照组 穴位皮肤常规消毒后，选取 2 个主穴，配穴 3~4 个，用一次性无菌针灸针刺入穴位得气后，施以烧山火手法，留针 30 min。

1.6 疗效评价标准 临床疗效评定参照《中药新药临床研究指导原则》^[1] 疗效性观测的相关症状体征而制定积分标准：以颈项部疼痛麻木、患侧上肢串痛、功能受限、畏寒肢冷、压顶试验及臂丛牵拉试验 6 项内容为观察指标；以非常明显计 3 分，明显计 2 分，偶发计 1 分，无计 0 分。

1.7 统计学方法 采用 SPSS18.0 统计学软件对数据进行统计分析。计量资料以均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示，采用 *t* 检验；计数资料以率 (%) 表示，采用 χ^2 检验。*P* < 0.05 表示差异具有统计学意义。

2 结果

两组治疗前症状体征积分差异无统计学意义 (*P* > 0.05)，治疗后两组体征积分均有明显降低 (*P* < 0.05)，且治疗后观察组积分明显低于对照组 (*P* < 0.05)。见表 1。

表 1 两组患者治疗前后症候积分统计比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	治疗前	治疗后
观察组	30	2.28 ± 0.61	0.60 ± 0.70 ^{ab}
对照组	30	2.32 ± 0.62	1.12 ± 0.83 ^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

神经根型颈椎病属针灸科临床常见病，主要由于颈椎退行性病变、颈椎间隙变窄、关节松弛失稳以及骨赘形成、或椎间盘突出一起刺激或压迫颈部血管神经根，引起一系列的根性症状，主要见于 C₄₋₅ 颈椎以下，以 C₅₋₇ 神经根受压最为多见。本病属于中医“痹症”范畴^[2]，主要由于中老年以后过度劳累、姿势长期不正确加之正气不足卫外不固则外邪易侵，风寒邪气流注于颈部经络关节致气血运行不畅日久成瘀，“不通则痛，不荣则麻”。通常的治法大多以毫针为主，取其“静以徐往，微以久留，以取痛痹”之义。揸针疗法在我国最早由承淡安先生推广，现在临床上已经用于治疗多种疾病^[3]，尤其对于风寒湿痹类痛症应用得更为广泛。揸针为揸钉型皮内针的总称，是针尾呈环形并垂直于针身的皮内针，又叫图钉型皮内针。使用时将揸针刺入皮下，固定后留置一段时间，留针 24 h，利用其持续作用来治疗痹痛。根据神经根型颈椎病气血不足营卫不固风寒入侵，导致督阳痹阻经络不通^[4]的病因病机，用毫针和揸针治疗都是符合《黄帝内经》“虚者补之”“寒者留之”的治疗原则。从观察结果看，两组治疗前后的症状体征积分均有显著降低 (*P* < 0.05)，说明两种针法都有疗效，都起到了温阳散寒通络止痛的治疗作用。两者最大的区别是毫针留针 30 min，而揸针留针 24 h，前者是刺激量的短时间集中给予，后者是刺激量的长时间缓慢给予，观察组的疗效远远高于对照组 (*P* < 0.05)，说明揸针的刺激总量大于毫针，所以有很好的治疗作用。通过对大量文献资料的整理，得出结论：确认针刺效果的产生，除辨证、配穴外，与针刺的手法、针刺的强度深浅、针刺的时间以及所用针的种类等因素有关，这些因素可影响针刺的效果^[5]。揸针具有针体微小针尖锐利、浅刺微痛，易于接受的优势，留针时间长可以增加刺激总量，是《内经》“留针法”的延伸和发展，可以获得持续性的治疗效果，为治疗痹症类疾病提供了一个有效的治疗方法。

综上所述，揸针对风寒阻络型神经根型颈椎病的疗效确切安全简便，值得临床推广应用。

参 考 文 献

[1] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则. 北京: 中国医药科技出版社, 2002:346-349.

[2] 张宏涛, 方晓丽. 温通针法治疗颈肩综合征临床疗效观察. 针灸临床杂志, 2010, 26(10):42.

[3] 潘丽佳, 陈燕荔, 周丹, 等. 皮内针疗法及其应用. 河南中医, 2015, 35(4):888.

[4] 王文远, 刘伟, 刘伯敏. 278 例颈肩综合征的综合治疗. 上海针灸杂志, 1990, 9(9):17.

[5] 熊淑英, 况君, 魏苗青, 等. 中药蜡泥治疗神经根型颈椎病的临床疗效观察. 广州中医药大学学报, 2012, 29(6):638-640.

[收稿日期: 2015-06-11]