

揠针埋针治疗功能性颈肩痛临床观察

王跃跃¹, 王维春¹, 朱庆军^{2*}

(1.安徽中医药大学,安徽合肥 230038 2.安徽中医药大学第一附属医院,安徽合肥 230031)

*通讯作者 朱庆军(1968-)男,安徽中医药大学第一附属医院主任医师,研究方向:针灸临床应用及其机理研究 E-mail:76392411@qq.com。

关键词:功能性颈肩痛;揠针埋针;颈痛量表评分

中图分类号:R274

文献标识码:B

文章编号:1000-0704(2020)10-0053-03

颈肩痛是一广泛的症状术语,是指颈肩部的所有不适,为临床上许多疾病常见和共有的症候,其发生发展是由多种因素共同作用所致,是由颈部关节、韧带、肌肉、筋膜病变以及颈肩部软组织劳损而引起的颈肩臂部疼痛综合症^[1]。颈肩痛主要分为两种,其中一种为病理性疼痛,其疼痛多为颈肩局部筋骨、关节、肌肉等发生了器质性损伤^[2]所致,如颈椎病、颈椎骨质增生、脊髓压迫等原因造成,有可辨别的相关影像学表现的器质性改变;另一种为功能性疼痛,即疼痛原因是由于颈肩部软组织劳损、外界因素的刺激以及运动过度等原因所致^[3],其诊断以患者主观感受为主要的判断依据^[4],通常无明显影像学的器质性改变。二者之间既相互区别又密切联系,前者经积极治疗和运动可能转变为后者,后者如果任其发展就会变成前者。本课题的研究对象以后者为主,即功能性颈肩痛。目前针对该病,现代医学通常使用消炎止痛药物进行治疗,药物治疗虽有一定疗效,但长期使用会产生如消化道出血、肝肾功能受损、皮疹等副作用,所以难以长期服用。由此可见,积极探索治疗功能性颈肩痛的更佳方案具有重要意义。有临床应用表明^[5],揠针埋针之法可通过增加累积刺激量以延长治疗时间,发挥针刺的持续性,增强针刺效应,来巩固和提高疗效,故而常用来治疗一些疼痛性疾病以及某些慢性、顽固性疾病。因此本研究对30例功能性颈肩痛患者给予清铃揠针埋针治疗,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

60例均为2018年10月—2019年12月我院(针灸康复一科)门诊就诊的功能性颈肩痛患者,随机分为两组。观察组30例,其中男13例,女17例,年龄27~45岁,平均年龄(35.43±5.42)岁,病程1~18个月,平均病程(11.37±4.80)个月。对照组30例,其中男18例,女12例,年龄31~50岁,平均年龄(38.23±5.78)岁;病程2~20个月,平均病程(10.63±5.20)个月。两组患者的一般资料(性别、年龄、病程)进行对比分析,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

根据《全科医生手册》^[6]中确定颈肩痛的诊断标准:(1)有长期不良姿势、劳累、低头体位史;(2)颈肩疼痛不适,可牵扯至项背部,酸痛、隐痛伴有肌肉发僵;(3)可在颈椎棘突、棘突旁两侧、肩袖及肩关节周围软组织等部位出现压痛,可触及皮下条索、结节样阳性反应点;(4)应排除肩关节结核、肩关节炎、颈肩肿瘤等器质性病变导致的颈肩痛。

1.3 纳入标准

(1)符合上述诊断标准者;(2)年龄在20~50岁者;(3)自愿参加本课题研究,并签署知情同意书者。

1.4 排除标准

(1)未能按预定计划完成疗程者;(2)患有出血性疾病、皮肤过敏、化脓感染部位等不适宜埋针者;(3)有精

神方面疾患者 (4) 有严重的心脑血管疾病、肝、肾功能不全者 (5) 妊娠或哺乳期妇女。

2 治疗方法

观察组 : 给予揸针埋针治疗。选穴 : 颈百劳穴、大杼穴、上6(均取双侧), 局部阿是穴(取患侧)。针刺操作 : 患者取正坐位, 双手掌心朝下, 置于大腿前侧, 每穴在进行常规消毒后, 将揸针(0.2mm×0.9mm, 日本清铃株式会社)贴于上述穴位, 每次留针3d, 并嘱咐留针期间用手轻轻按压贴穴处2~3次, 以有微微痛感为宜, 每次1~3min。2周为1个疗程, 连续治疗3个疗程。

对照组 : 给予普通针刺治疗。穴位与观察组相同, 进行常规针刺操作, 选用无菌针灸针(0.25mm×40mm, 苏州天协针灸器械有限公司)施以平补平泻手法, 疗程同观察组。

3 治疗结果

3.1 疗效判定标准

参照颈痛量表评分(NPQ)并结合《中医病证诊断疗效标准》^[7]作为疗效评定标准。NPQ评价等级如下: 0~9分 : 一般疼痛; 10~19分 : 轻度疼痛; 20~28分 : 中度疼痛; 29~36分 : 重度疼痛。两组患者治疗后的临床疗效评定标准采用尼莫地平评分法 : 治疗前后NPQ量表评分差值/治疗前NPQ量表评分×100%。痊愈 : 颈部及肩部疼痛消失, 尼莫地平积分 < 85%; 显效 : 颈部及肩部疼痛明显减轻, 85% > 尼莫地平积分 < 50%; 有效 : 颈部及肩部疼痛减轻, 50% > 尼莫地平积分 < 20%; 无效 : 治疗前后症状无改善, 尼莫地平积分 < 20%。

3.2 观察指标

(1) 采用NPQ量表评估两组患者治疗前后的疼痛情况。该量表共有9个条目, 总分为36分, 积分越高提示患者疼痛情况越严重^[8]。(2) 使用汉密尔顿焦虑(HAMA)量表和汉密尔顿抑郁(HAMD)量表分别评估两组患者焦虑和抑郁状况。依据 CCMD-3中焦虑和抑郁诊断标准^[9], 对两个量表的评分值作如下等级区分 : HAMA 评分分值 < 7分, 为无焦虑; 7分且 < 14分, 为可能焦虑; 14分, 为存在焦虑症状, 其中 14分且 < 21分为焦虑, 21分且 < 29分为明显焦虑, 29分为严重焦虑。HAMD 评分分值 < 8分, 为无抑郁; 8分且 < 20分, 为可能抑郁; 20分, 为存在抑郁症状, 其中 20分且 < 35分为轻或中度抑郁, 35分为重度抑郁。

3.3 结果

3.3.1 两组患者临床疗效比较 : 见表 1。

表 1 两组临床疗效比较(例)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
观察组	30	3	24	2	1	96.67 [*]
对照组	30	1	20	4	5	83.33

与对照组比较, *P<0.05。

3.3.2 两组患者治疗前后 NPQ、HAMA 和 HAMD 评分比较 : 见表 2。

表 2 两组治疗前后 NPQ、HAMA 和 HAMD 评分比较 (分 $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	NPQ	HAMA	HAMD
观察组	治疗前	27.57±5.68	10.87±2.66	20.40±3.08
(n=30)	治疗后	8.07±2.73 ^{**}	4.63±2.08 ^{**}	11.07±2.18 ^{**}
对照组	治疗前	24.90±6.11	12.07±2.10	22.13±3.90
(n=30)	治疗后	10.30±3.19 [*]	6.37±2.54 [*]	14.93±3.35 [*]

与本组治疗前比较, *P<0.05; 与对照组治疗后比较, #P<0.05。

4 讨论

中医将颈肩部痛归属于“痹证”范畴^[10], 认为本病的病机主要为经络痹阻, 气血不通, 不通则痛。因此, 在诊治该病时, 中医多提倡以疏通经络、行气活血为主要治则。颈百劳穴是临床上常用来治疗颈肩部劳损的经外奇穴^[11-12], 针刺可缓解颈部一切劳损^[13]。取颈百劳, 可以疏通督脉及太阳经脉经气, 通经活络, 行气活血, 具有改善局部微循环的作用, 还可解除痉挛, 消除炎症。大杼穴属足太阳膀胱经穴, 是八会穴之一, 乃骨精气聚合所在, 在治疗骨病方面有特效^[14]。大杼穴为督脉别络, 手足太阳之会, 针刺可内通督脉, 外调太阳经脉气机, 有通经解痉之效^[15]。阿是穴基于“以痛为腧”理念, 有机理研究指出“以痛为腧”可以加强针感的通过节能力, 使气至病所, 达到疏通经络, 活血化瘀, 解痉止痛^[16]效果。根据“上病下取, 下病上取”的治疗原则, 针刺上6可以缓解颈项部疼痛不适。故本研究选取颈百劳、大杼、局部阿是穴为邻近取穴, 通过穴位的近治作用可调动局部气血以达到行气活血、疏通经络壅滞之目的; 选取双侧手腕部的上6为远端取穴, 以穴位的远治作用通络止痛。一上一下, 远近相配, 诸穴合用可使气血调和, 经络通畅, 从而起到治疗疾病的功效。

揸针为中医针灸治疗的重要分支, 是皮内针的一种。

揠针刺法又称埋针法,属于浅刺法的范畴,其历史源远流长,《灵枢》一书早有关于刺激人体表浅部位以治疗痹证的论述,其云“毛刺者,刺浮痹皮肤者也”。揠针疗法为古代久留针在现代的延伸与运用,是将独特的微型针具固定在人体相应穴位的皮下或皮内,使针具可以较长时间在人体皮肤表面埋藏,通过微弱且持续时间较长的刺激促进体内经络气血的运行,以此达到祛除疾病的目的^[17]。现代研究发现^[18],揠针疗法对一些疼痛性疾患可达针到痛减之效,特别在中长期止痛效果方面具有明显的优势。故本报道采用揠针疗法对颈肩痛患者进行治疗。同时,笔者认为,若在人体相关腧穴刺入揠针治疗时给予2~3d的埋针处理,能够达到穴位持久性刺激的效应,通过持续性的穴位刺激可以提高腧穴的兴奋性和传导性,对激发穴位疏经通络、调和气血的机能具有积极意义^[19-20]。此外,与传统针具相比,清铃揠针作为一种新型揠针,针体短小,针尖纤细,针刺感极轻,操作简便,能防水,所以就安全性来说,较普通针刺更为安全,患者接受度高,成为大多惧针者的一大福音。而且,有文献^[21-22]指出揠针疗法在治疗疼痛性疾病或慢性疾病方面的应用越来越多,常作为辅助疗法与其他治疗方式结合以促进疾病康复。

本研究结果表明,揠针埋针治疗功能性颈肩痛患者具有积极效果,临床疗效优于普通针刺,且能明显缓解患者疼痛情况,改善患者的抑郁及焦虑状态,值得临床进一步推广和应用。

参考文献:

- [1] 刘顺,曾小云,许建文. 颈肩痛的病因研究进展[J]. 医学综述, 2010, 16(9): 1356-1358.
- [2] 宁文杰,唐丽梅,张英秀,等. 手术室护士颈肩综合征的影响因素及防护研究进展[J]. 中国护理管理, 2013, 14(10): 93-95.
- [3] 黄萍,钱念东,齐进,等. 颈肩痛患者颈肩部肌肉的表面肌电图特征[J]. 中国组织工程研究, 2014, 18(24): 3855-3862.
- [4] Amanda C.de C. Williams, Kenneth D. Craig, 张钰,等. 疼痛新定义[J]. 中国疼痛医学杂志, 2016, 22(11): 808-809.
- [5] 王鲁,于金栋. 揠针疗法临床应用举隅[J]. 湖南中医杂志, 2018, 34(6): 118-119.
- [6] 方力争,贾建国. 全科医生手册[M]. 2版. 北京:人民卫生出版社, 2017: 141.
- [7] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 北京:中国医药科技出版社, 2012: 190-191.
- [8] Leak AM, Cooper J, Dyer S, et al. The Northwick Park Neck Pain Questionnaire, devised to measure neck pain and disability[J]. Br J Rheumatol, 1994, 33(5): 469-474.
- [9] 中华医学精神科分会. CCMD-3 中国精神障碍分类与诊断标准[M]. 3版. 济南:山东科学技术出版社, 2001: 35-40.
- [10] 纪晓平. 针刺治疗颈肩痛 62 例[J]. 中医杂志, 1987(2): 52.
- [11] 刘志顺,邹继春. 针刺颈百劳为主治疗上肢麻木 30 例[J]. 辽宁中医学院学报, 2001, 3(4): 314.
- [12] 刘道龙,褚雪菲. 温针颈百劳为主配合拔罐疗法治疗颈性眩晕[J]. 长春中医药大学学报, 2015(5): 1016-1017.
- [13] 高维滨. 经络腧穴学[M]. 北京:中国医药科技出版社, 2007: 250-251.
- [14] 邓陈英,刘建武,魏鹏辉. “骨会”大杼之辨析[J]. 江西中医药, 2015(6): 12-13.
- [15] 孙丽英,董清华,郭春乐. 大杼穴的临床研究进展[J]. 针灸临床杂志, 2016, 32(10): 96-98.
- [16] 张峻峰,吴耀持,宓轶群. “以痛为腧”治疗肌筋膜疼痛综合征疗效观察[J]. 中国针灸, 2009, 29(9): 717-720.
- [17] 闻慧. 揠针疗法的临床应用[J]. 上海医药, 2014, 35(22): 34-35.
- [18] 宋雪,杨大伟,张立源,等. 揠针治疗颈椎病颈痛的临床观察[J]. 世界中西医结合杂志, 2017, 12(2): 262-265.
- [19] 王冠. 中医针灸联合推拿手法治疗椎动脉型颈椎病临床疗效观察[J]. 世界中西医结合杂志, 2016, 11(2): 207-210.
- [20] 黄蓬辉,颜景,陈燕雪. 中医针灸联合推拿手法治疗椎动脉型颈椎病的效果分析[J]. 世界中医药, 2017, 12(12): 3114-3116.
- [21] 任喜荣,王华. 活血化瘀中药热敷配合穴位按摩治疗神经根型颈椎病的临床观察[J]. 陕西中医, 2016, 37(5): 551-553.
- [22] 李得平,李振,龚晓强,等. 中原帖氏飞针治疗颈型颈椎病颈痛症临床研究[J]. 中医学报, 2016, 31(2): 300-302.

(稿件修回日期 2020-06-02)