

放血拔罐联合水针疗法 治疗气滞血瘀型颈椎病的临床观察

杜伟斌¹ 王拓¹ 胡华辉¹ 郑宣²

(1. 浙江中医药大学, 浙江 杭州 310053; 2. 杭州市萧山区中医院, 浙江 杭州 311201)

摘要:目的 观察放血拔罐联合水针疗法治疗气滞血瘀型(神经根型)颈椎病的疗效。方法 将120例气滞血瘀型(神经根型)颈椎病患者随机分为治疗组和对照组,每组60例,治疗2个疗程后观察疗效。结果 治疗组和对照组的总有效率分别为91.67%和71.67%,两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。两组治疗1疗程、2疗程后VAS值较治疗前明显降低($P < 0.05$),治疗组治疗后VAS值低于对照组(2.98 1.01 vs 4.07 0.73; 1.15 0.79 vs 3.28 0.93, $P < 0.05$)。且两组治疗后颈椎功能评分较治疗前明显升高($P < 0.01$),治疗组治疗后颈椎功能评分高于对照组(24.65 1.47 vs 19.33 2.03)。结论 放血拔罐联合水针疗法治疗气滞血瘀型(神经根型)颈椎病较常规药物治疗效果更加明显。

关键词:颈椎病;气滞血瘀型;神经根型;拔罐;水针疗法

中图分类号: R 681.5⁺5 **文献标识码:** A **文章编号:** 1002-168X(2015)05-0059-03

DOI: 10.13424/j.cnki.jsctcm.2015.05.023

颈椎病又称颈椎综合征,是在颈椎间盘退行性变的基础上,累及相应的神经和血管,而引发的有着多种临床表现的疾病,其中神经根型是颈椎病中发病率最高的一种类型。神经根型颈椎病的治疗以非手术疗法为主^[1]。而气滞血瘀型的神经根型颈椎病是临床上最为多见的一种中医辨证分型。常表现为颈肩部、上肢刺痛,痛处固定,伴有肢体麻木。舌质暗,脉弦。笔者自2013年9月~2014年11月采用放血拔罐联合水针疗法治疗气滞血瘀型(神经根型)颈椎病120例,疗效明显,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 120例患者均来自杭州市萧山区中医院骨科门诊,按随机数字表法分为治疗组和对照组,每组60例。两组患者一般资料经统计学处理,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性,详见表1。

表1 两组患者基本情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	性别		年龄($\bar{x} \pm s$,岁)	病程($\bar{x} \pm s$,年)
		男	女		
治疗组	60	24	36	51.48±4.26	3.15±0.27
对照组	60	28	32	52.53±2.47	2.90±0.52

1.2 诊断标准

1.2.1 中医诊断标准 气滞血瘀型颈椎病参照《中药新药临床研究导原则》^[2]标准:主症:因颈部

外伤或损伤而发病,颈项强痛,动则加剧,痛点固定不移。次症:常伴肢体麻木,舌质淡红,或紫暗有瘀斑,脉弦或涩。

1.2.2 西医诊断标准 神经根型颈椎病参照《颈椎病诊治与康复指南》^[3]标准:①具有根性分布的症状(麻木、疼痛)和体征;②椎间孔挤压实验或/和臂丛神经牵拉试验阳性;③影像学所见与临床表现基本相符合,颈椎X线示:椎体增生,钩椎关节增生明显,椎间孔变小,椎间隙变窄。CT可见椎体后赘生物及神经根管变窄。

1.3 纳入标准 ①符合以上诊断标准。②年龄25~70岁,男女不限。③自愿接受临床观察并能按时坚持治疗者。

1.4 排除标准 ①其它型颈椎病;②经检查证实由颈椎外病变(胸廓出口综合征、时管综合征、腕管综合征、网球肘、肩周炎、肱二头肌长头腱鞘炎等)所引起疼痛的患者;③精神病患者,孕妇以及治疗不合作或同时进行其它治疗者;④伴先天性心脏病、高血压、糖尿病、心血管病变等全身性疾病者;⑤近期正在服用解热镇痛药、扩血管药物、糖皮质激素者。

2 治疗方法

2.1 治疗组 ①放血拔罐治疗:患者取坐位,选

取足少阳胆经双侧肩井穴(在肩上,前直乳中,当大椎与肩峰端连线的中点上),督脉的大椎穴(在后中正线上,第七颈椎棘突下凹陷中)。使用一次性梅花针,常规消毒后,在所取穴位进行快速适度扣刺,然后迅速在此用闪火法拔罐,留罐约10 min。并观察罐内出血情况,起罐后,用消毒干棉球擦净瘀血。

②水针治疗:患者取坐位,微低头,术者严格按照外科无菌操作进行,局部皮肤用5%碘伏消毒,选取颈夹脊穴,进针约0.5~0.8寸,当出现酸、麻、胀、重等“得气”感后回抽无血液,缓慢将当归注射液1 mL+2%利多卡因注射液2 mL+甲钴胺注射液1 mL的混合液注入穴位中。

颈夹脊穴选穴:三角肌及桡侧腕关节以上分布区疼痛麻木者,选C4-5夹脊穴;肱二头肌及拇指疼痛麻木者,选C5-6夹脊穴;肱三头肌及食指中指疼痛麻木者,选C6-7夹脊穴;小指无名指疼痛麻木者,选C7-T1夹脊穴;尺侧腕上区疼痛麻木者,选T1-2夹脊穴。

放血拔罐联合水针治疗一周治疗2次,8次为一疗程,2个疗程后评定疗效。

2.2 对照组 口服甲钴胺片和布洛芬缓释片,按照医师指导下常规使用。

3 疗效观察

3.1 观察指标

3.1.1 颈椎病疼痛评分 采用国际公认的MPQ(multiple pain quality)疼痛询问量表^[4]中的目测类比定级法,评定治疗前后疼痛缓解情况。采用视觉模拟尺度(visual analogue, VAS)作为测量患者主观疼痛感觉的标准。

3.1.2 颈椎功能评定 参考四川大学华西医院康复科拟定的颈椎病颈椎功能评定量表^[5],评价颈椎功能。

3.2 疗效评定标准 根据《中药新药临床研究指导原则》(中药新药治疗颈椎病的临床指导原则)^[2]确定疾病疗效标准。

3.3 统计学方法 所有数据用SPSS17.0统计软件进行处理,计量资料用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,符合正态分布的用t检验,计数资料用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 两组患者治疗前后VAS评分比较 见表2。

表2 两组患者治疗前后VAS评分比较 ($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	治疗前	治疗1疗程后	治疗2疗程后
治疗组	60	6.74±0.98	2.98±1.01 ^{△*}	1.15±0.79 ^{△*}
对照组	60	6.70±0.88	4.07±0.73 [△]	3.28±0.93 [△]

注:与本组治疗前比较,[△] $P < 0.05$,与药物治疗组治疗后比较,* $P < 0.05$ 。

从表2可以看出,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;两组治疗1疗程后、治疗2疗程后VAS评分较治疗前明显降低($P < 0.05$);说明治疗均有效。两组组间治疗后评分比较,联合治疗组治疗1个疗程和2个疗程后的VAS评分较药物治疗组降低明显,两组比较差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$),说明联合治疗组的镇痛效果优于药物治疗组。

3.4.2 两组患者治疗前后颈椎功能评分比较 见表3。

表3 两组患者治疗前后颈椎功能评分比较 ($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	60	13.56±1.32	24.65±1.47 ^{△*}
对照组	60	13.24±1.63	19.33±2.03 [△]

注:与本组治疗前比较,[△] $P < 0.01$,与药物治疗组治疗后比较,* $P < 0.05$ 。

从表3可以看出,两组患者治疗前颈椎功能评分比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。本组治疗前后比较,联合治疗组和药物对照组颈椎功能评分差异均有统计学意义($P < 0.01$),组间治疗后比较,评分差异有统计学意义($P < 0.05$)。

3.4.3 两组患者临床疗效比较 见表4。

表4 两组患者临床疗效比较 (n)

组别	n	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	60	35	20	5	91.67 [△]
对照组	60	19	24	17	71.67

注:与药物对照组比较,[△] $P < 0.05$ 。

从表4可以看出,治疗组和对照组之后的总有效率分别为91.67%和71.67%,两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$),表明联合治疗组治疗气滞血瘀型(神经根型)颈椎病效果更佳。

4 讨论

颈椎病是骨科门诊中常见的临床病症之一。中医认为本病属于“痹症”“眩暈”等范畴。其中气滞血瘀型颈椎病多因外邪侵袭、肝肾不足或外伤劳损使气血运行不畅所致^[6]。神经根型颈椎病属颈椎病中最好发之一亚型,临床表现多以C4~T1之神经根受损症状为主,包括头痛,颈项痛,手麻,

臂麻,指麻等^[7]。而神经根型颈椎病中医辨证为气滞血瘀证的病人又较多见,笔者采用放血拔罐联合水针疗法治疗气滞血瘀型(神经根型)颈椎病观察临床效果。

大椎穴属督脉,是督脉与手足阳经的交会穴,主治颈背强痛、颈肩疼痛。肩井穴属足少阳胆经,是手足少阳、足阳明与阳维脉交会穴,也有治疗治颈项强痛、颈背疼痛等功效。此穴位进行放血拔罐具有活血祛瘀、散寒止痛、祛风除湿、通经活络、泄热消肿等作用,达到“通则不痛”的效果。此外,通过放血可改善局部微循环,稀释局部组织在伤害性刺激作用下释放的致痛物质,如 K^+ 、 H^+ 、 $5-HT$ 和缓激肽等,从而有利于缓解疼痛^[8]。

颈夹脊穴是根据华佗夹脊穴的定位及功能发挥而来^[9],为经外腧穴,是督脉和足太阳经经气覆盖之处。现代解剖学认为^[10],此类穴位附近有脊神经后支及其伴行的动静脉分布,其深层有交感神经干、交感神经椎旁节及其与脊神经相联系的灰、白交通支分布,支配和感受相关部位的痛觉、知觉、运动和反射等。水针疗法具有双重疗效,既有针刺疗法的作用,也有药物的化学刺激和药理作用的参与;在一定的时间内,使得药液滞留于穴位内,达到增强刺激和作用延续的功效。

当归具有活血补血的功效,当归中的芳香成分可扩张血管,保护动脉壁弹性,降低血管的通透性,长效刺激穴位,增强神经传导,改善病变部位血液循环,减轻组织缺氧状态。而神经根的炎症、免疫反应,营养障碍及传导特性损伤等因素是神经根型颈椎病的关键^[11]。甲钴胺注射液是维生素 B_{12} 的一种衍生物,其活性远胜于普通的维生素 B_{12} ^[12]。作为一种营养药物可促进雪旺氏细胞的代谢,参与卵磷脂的合成;促进周围神经修复损伤的髓鞘和轴突,并可促进神经再生,减轻神经传导的麻木感。利多卡因发挥着抑制神经细胞膜钠和钾的流动的作用,进而阻断疼痛信号传导通路,以减轻或解除患者疼痛。

本研究结果显示,一方面,两组治疗后的 VAS 评分和颈椎功能评分均有明显的改善,差异有统计学意义($P < 0.01$, $P < 0.05$),另外联合治疗组和药物治疗组的总有效率分别为 91.67% 和 71.67%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。说明两组的治疗方法都有一定的治疗效果且联合治疗组治疗效果更佳。另一方面,两组组间治疗后 VAS 评分和颈椎

功能评分比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。说明联合治疗组在镇痛和改善颈椎功能作用方面优于药物治疗组。

正确辨证分型是提供治疗方案及施治本病的关键所在,现在优势联合下的治疗手段越来越在临床上被认可并运用。观察放血拔罐联合水针疗法治疗气滞血瘀型(神经根型)颈椎病的疗效,为临床治疗提供针对性强,步骤化清的新思路。但由于样本量尚小,疗程较短,本研究还不甚完善。因此今后应进行大样本、多中心、多组别、分层分期对照研究及作用机制研究,并对治疗后患者的复发率作进一步的统计。

参考文献

- [1] HUA Yu. Clinical Observation on Treatment of Cervical Spondylotic Radiculopathy with Combined Electroacupuncture Tuina and Traction[J]. Journal of Acupuncture and Tuina Science, 2009, 7(3): 156-158.
- [2] 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: 346-349.
- [3] 中国康复医学会颈椎病专业委员会. 颈椎病诊治与康复指南[S]. 北京: 中国康复医学会, 2010: 7-8.
- [4] 缪鸿石. 康复医学理论与实践[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2000: 1167-1168.
- [5] 王晓红, 丁明甫, 何成奇, 等. 颈椎病颈椎功能评定表[J]. 华西医学, 2003, 18(1): 35-36.
- [6] 刘希茹, 李元瑛. 针刺配合刺络拔罐治疗气滞血瘀型颈椎病疗效观察[J]. 上海中医药杂志, 2013, 47(12): 55-57.
- [7] ZHU Guo-miao, SUN Wu-quan, SHEN Guo-quan. Mechanisms of Spinal Micro-adjustment Manipulations in Treating Cervical Spondylotic Radiculopathy[J]. Journal of Acupuncture and Tuina Science, 2007, 5(2): 68-70.
- [8] 吴峻, 沈晓柔. 刺血治疗前后微循环变化 33 例对照观察[J]. 中国针灸, 2001, 21(9): 553.
- [9] 吴美倩. 同神经节段取穴治疗腰椎间盘突出症临床观察[J]. 中国针灸, 2007, 27(7): 497-499.
- [10] 朱毅, 朱黎婷, 李凝, 等. 夹脊穴结合局部围针治疗带状疱疹后遗神经痛的 Meta 分析[J]. 中国组织工程研究与临床康复, 2011, 15(11): 2064-2068.
- [11] 李俊伟, 张红, 何乐中, 等. 对牵引态下针刺治疗神经根型颈椎病的疗效评估[J]. 上海针灸杂志, 2011, 30(4): 241-243.
- [12] 姜京明, 廖恒, 陈秘密, 等. 针刺加穴位注射治疗神经根型颈椎病的临床疗效观察[J]. 针灸临床杂志, 2009, 25(5): 20-23.