

不同配穴方法针刺治疗颈型颈椎病 90 例疗效评价

李丰军¹ 衣华强² 姚朋华³ 指导:高树中²

(1. 山东省威海市立医院针灸室, 山东省威海市环翠区和平路 70 号, 264201;

2. 山东中医药大学针灸推拿学院; 3. 山东省威海市立医院高区分院)

[摘要] **目的** 研究颈椎远部、近部、远近结合 3 种配穴方法针刺治疗颈型颈椎病的疗效。**方法** 采用随机对照试验方法, 将符合纳入标准的患者分为远部配穴组、近部配穴组和远近配穴组, 各 30 例。采用临床症状、体征评分和 VAS 疼痛评分, 考察不同配穴方法对颈型颈椎病的疗效。**结果** 3 组配穴方法对各项指标治疗前后的计分改善、综合计分、综合疗效、镇痛改善等 4 方面均有较好疗效($P < 0.01$); 但 3 组治疗后各项指标比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。**结论** 三种配穴方法对于颈型颈椎病均有很好的疗效; 远部配穴和近部配穴尽管取穴数比远近配穴少, 但是可以取得与远近配穴一样的疗效。

[关键词] 颈型颈椎病; 针刺疗法; 配穴方法

Therapeutic Evaluation on Different Combination of Acu-points for Cervical Spondylosis of 90 Cases

LI Feng-jun¹, YI Hua-qiang², YAO Peng-hua³, et al.

(1. Weihai Municipal Hospital, Shandong Province, 264201; Acupuncture and Tuina School of Shandong University of TCM; 3. Gaoqu Hospital of Weihai Municipal Hospital)

ABSTRACT **Objective** To study the difference of 3 ways of combination of acu-points in the effect on cervical spondylosis. **Methods** The enrolled patients were randomized into 3 groups: distal point group, adjacent point group, and distal + adjacent point group, 30 patients in each. The effect was compared by scoring clinical symptoms, signs, and VAS pain. **Results** All 3 ways of combination of acu-points were effective in score improvement, comprehensive scores, comprehensive therapeutic effect, and analgesia improvement ($P < 0.01$). But the difference in all indices of three groups after treatment was not significant ($P > 0.05$). **Conclusion** Three ways of combination of points are effective for cervical spondylosis. Although the points selected are less than those of distal plus adjacent combination, the therapeutic effect is the same.

Key Words Cervical spondylosis; Acupuncture therapy; Method of combination of acu-points

颈椎病(Cervical Spondylosis, CS)是椎间盘组织退行性变及其继发病理改变累及周围组织结构而出现相应临床表现的一种疾病。颈型颈椎病多属于颈椎病发病的早期并可伴随于各型颈椎病的发病过程中,以青壮年患者为多,随着社会的发展和人们生活方式的改变,颈型颈椎病有发病年龄年轻化、发病率呈上升的趋势。因此,加强对颈型颈椎病的研究,探求更为方便、有效的针灸治疗方案具有重要的现实意义。本研究采用颈椎近部配穴、远部配穴、远近配穴等 3 种临床上常规的针灸配穴方法治疗颈型颈椎病,并进行临床疗效评价。

1 临床资料

1.1 一般资料

入组的 90 例颈型颈椎病患者均来自 2004 年 8 月~2006 年 4 月山东省威海市立医院针灸门诊、颈腰椎病门诊,应用 SAS 软件由计算机产生随机排列表的方法进行随机化分组,分为远部配穴组、近部配穴组、远近配穴组 3 组,每组各 30 例。其中远部配穴组男性 11 例,女性 19 例;年龄 26~63 岁,平均(40.16±8.46)岁;

症状、体征总计分(11.17±1.58)分;无轻度疼痛者,中度疼痛者 10 例,重度疼痛者 20 例。近部配穴组男性 9 例,女性 21 例;年龄 30~65 岁,平均(47.66±7.74)岁;症状、体征总计分(9.63±1.85)分;轻度疼痛者 1 例,中度疼痛者 9 例,重度疼痛者 20 例。远近配穴组男性 10 例,女性 20 例;年龄 20~65 岁,平均(48.59±8.64)岁;症状、体征总计分(10.77±1.74)分;轻度疼痛者 1 例,中度疼痛者 10 例,重度疼痛者 19 例。经统计学分析,3 组患者在年龄、性别、症状体征总计分及疼痛程度方面差异无统计学意义($P > 0.05$),有可比性。

1.2 诊断标准

依据赵定麟主编的《现代颈椎病学》^[1]中关于颈型颈椎病的诊断标准执行。(1) 临床特点:主诉颈、肩及枕部疼痛等感觉异常,并伴有相应的压痛点及颈部呈僵直状。(2) 影像学改变:X 线片上显示颈椎曲度改变,颈椎侧位动力性片上可显示椎体间关节不稳与松动(轻度之梯形改变);磁共振成像显示椎间盘变性或后突征。

1.3 纳入标准

(1) 符合上述诊断标准者。(2) 能够接受并坚持针

灸治疗的患者。(3) 观察期内未采取除针灸外其他治疗方法的患者。(4) 年龄 20~65 岁。

1.4 排除标准

合并有严重心脑血管、肝、肾、血液等系统疾病者，妊娠期妇女。除外其他疾患：主要是除外颈部扭伤、肩关节周围炎、风湿性肌纤维组织炎、神经衰弱及其他非因颈椎间盘退变所致的颈、肩部疼痛。

2 方法

2.1 治疗方法

远部配穴组，取穴：昆仑（双侧）、后溪（双侧）。操作：患者取坐位，将穴位处暴露，在外踝后自上而下揣穴，最酸疼处定昆仑穴，在后溪穴处的第五掌骨侧触及条索状物或明显压痛点定穴。对穴位严格消毒，选用 1.5 寸毫针，两穴均垂直于局部皮肤进针 0.7~1 寸，均行提插捻转手法，得气为度，并嘱患者活动颈部。留针 30 分钟，中间行针 1 次，每日治疗 1 次，5 次为 1 个疗程，疗程间隔 1 天，共治疗 2 个疗程。

近部配穴组，取穴：风池（双侧）、颈 6、颈 7 夹脊穴、阿是穴。操作：患者取坐位或者俯卧位，穴位处严格消毒，选用 1.5 寸毫针，风池向鼻尖方向斜刺 1.2 寸，颈项部阿是穴直刺 0.7~1.2 寸，肩背部阿是穴采用斜刺 1.2 寸左右，均行捻转提插手法，得气为度。留针 30 分钟，中间行针 1 次，每日治疗 1 次，5 次为 1 个疗程，疗程间隔 1 天，共治疗 2 个疗程。

远近配穴组，取穴：昆仑（双侧）、后溪（双侧）、风池（双侧）、颈 6、颈 7 夹脊穴、阿是穴。操作：患者取坐位，将施术穴位处暴露，严格消毒后，先针昆仑、后溪（定穴法、针法、配合颈部运动法均如远部配穴组），然后局部按压寻找阿是穴并针刺，最后针刺风池及颈 6、颈 7 夹脊穴（针刺方法如近部配穴组）。疗程同以上两组。

各组治疗针具均选用苏州医疗用品厂生产的华佗牌针灸针，针长 40mm，直径为 0.35mm。

2.2 疗效观察

2.2.1 病情程度及疗效评价标准 (1) 临床症状、体征评分：参照颈椎病临床评价量表项目和评分标准^[2]以及《中药新药临床研究指导原则》中^[3]从局部疼痛的程度、疼痛位置的广泛与否、压痛程度、压痛点数量以及颈部活动障碍的程度等 5 个方面分别给予 0 分、1 分、2 分、3 分 4 个等级的计分，来拟定颈型颈椎病主要症状、体征分级量化计分表。(2) VAS 疼痛计分^[4,5]：是一种国际上通用的、公认的视觉模拟评分法，患者在一个 10cm 的视觉量尺上对临床症状进行自我评价，0 代表没有任何颈项部不适，10 代表最大程度的症状和不适感，所得到的自我评价得分，即 VAS 评分。并依 VAS

疼痛量表计分情况，将患者分为无痛、轻痛、中痛、重痛四级。无痛：0≤痛值≤1，轻痛：1<痛值≤4，颈部稍疼痛，不妨碍一般活动。中痛：4<痛值≤7，颈部明显疼痛，头或肩、背部疼痛，尚能活动。重痛：7<痛值≤10，颈部疼痛较重，头或肩、背疼痛明显，活动受限。

2.2.2 综合疗效判定标准 参照中华人民共和国中医药行业标准—中医病症诊断疗效标准^[6]修订判定标准如下：临床症状、体征总积分减少比例=(治疗前分数-治疗后分数)/治疗前分数。治愈：临床症状消失，颈、肢体功能恢复正常，能参加正常劳动和工作；临床症状、体征总积分为 0 分。好转：临床症状减轻，颈、肩背疼痛，颈、肢体功能改善；临床症状、体征总积分减少≥25%。未愈：症状无改善；临床症状、体征总积分减少<25%。

2.2.3 镇痛疗效标准 参考《临床疼痛治疗学》^[4]提供的镇痛评分计算公式=(治疗前疼痛分数-治疗后疼痛分数)/治疗前疼痛分数×100%。显效：镇痛评分≥60%；有效：镇痛评分 30%~60%；无效：镇痛评分≤30%。

将患者纳入观察范围前对患者的各项指标进行检测评分，并对其 VAS 疼痛值进行测定，以确定出病情疼痛分级。在两个疗程（共 10 次）治疗结束后分别对各项检测指标再次进行评分，并对 VAS 疼痛值进行测定。

2.3 统计学方法

采用 SPSS 13.0 统计软件处理数据。计量资料采用均数±标准差描述，采用配对 t 检验比较组内前后差异。计数资料采用频数进行统计描述，3 组治疗前后的变化采用卡方检验或非参数检验。

3 结果

3.1 3 组治疗前后症状、体征以及总积分比较

附表示，3 组患者治疗后和治疗前比较，各组局部疼痛、疼痛范围、压痛程度、压痛点数量、颈部活动受限及总积分均有显著改善，差异有统计学意义（P<0.01）。而各组治疗后组间比较各项指标以及总积分的计分情况差异无统计学意义（P>0.05）。

3.2 3 组患者 VAS 计分镇痛疗效及综合疗效比较

远部配穴组显效 19 例，占 63.3%，有效 8 例，占 26.7%，无效 3 例，占 10.0%；近部配穴组显效 14 例，占 46.7%，有效 12 例，占 40.0%，无效 4 例，占 13.3%；远近配穴组显效 13 例，占 43.3%，有效 14 例，占 46.7%，无效 3 例，占 10.0%。3 组间差异无统计学意义（P>0.05）。

3 组综合疗效比较，远部取穴组治愈 16 例，占

附表 3 组患者治疗前后各项指标及总积分变化比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	局部疼痛	疼痛范围	压痛程度	压痛点数量	颈部活动受限	总积分
远部配穴组	治疗前	30	2.43±0.50	2.20±0.61	1.80±0.48	2.53±0.51	2.20±0.48	11.17±1.58
	治疗后	30	0.87±0.63*	0.90±0.66*	0.53±0.51*	0.80±0.55*	0.60±0.50*	3.70±1.86*
近部配穴组	治疗前	30	2.10±0.66	1.87±0.63	1.60±0.62	2.17±0.53	1.90±0.55	9.63±1.85
	治疗后	30	0.83±0.46*	0.93±0.52*	0.67±0.48*	0.77±0.50*	0.43±0.50*	3.63±1.47*
远近配穴组	治疗前	30	2.30±0.54	2.17±0.59	1.97±0.72	2.20±0.48	2.13±0.57	10.77±1.74
	治疗后	30	0.80±0.55*	0.80±0.61*	0.77±0.57*	0.83±0.70*	0.83±0.59*	4.03±1.77*

与本组治疗前比较, * $P < 0.01$

53.3%, 好转 14 例, 占 46.7%; 近部配穴组治愈 11 例, 占 36.7%, 好转 19 例, 占 63.3%; 远近配穴组治愈 15 例, 占 50.0%, 好转 15 例, 占 50.0%。3 组间差异无统计学意义($P > 0.05$)。

4 讨论

中医学无“颈型颈椎病”的病名, 但其症状的论述散见于“痹证”、“颈筋急”、“颈项强痛”、“颈肩痛”等疾病中^[7], 《证治准绳》认为, 本病多由邪客三阳经, 经络不通而痛, 如其所言: “颈项强急之证, 多由邪客三阳经也, 寒搏则筋急, 风搏则筋弛, 左多属血, 右多属痰”。《张氏医通》^[8]指出: “……观书对弈久坐而致脊背痛者”, 并认为, “肩背痛, 脊强, 腰似折, 项似拔, 此足太阳经气不行也。”不但指出颈椎病发病与低头久坐有关, 也指出病机乃是足太阳经经气不行。

远部配穴法在《内经》中又被称之为“远道刺”。后溪既是手太阳小肠经的输穴, 也是通于督脉的八脉交会穴。昆仑是足太阳膀胱经经穴。手太阳小肠经、足太阳膀胱经、督脉通循行于颈部。而足太阳膀胱经阳气较多, 又主筋所生病, “阳气者, 精则养神, 柔则养筋”, 所以对于久坐伏案, 项部筋肉有条索状物或活动不灵活的“项筋急”型颈椎病, 用之最宜^[9]。而《灵枢·杂病》中有“项痛不可俯仰, 刺足太阳; 不可以顾, 刺手太阳也。”无疑就是分属手太阳和足太阳的后溪、昆仑可以缓解颈型颈椎病所引起的项痛、不可以俯仰、不可以顾等症状最早的理论基础。

近部配穴法是根据每一个腧穴都能治疗局部病症这一特点而制定的一种基本选穴方法, 可缓解局部经筋挛急, 体现了“腧穴所在, 主治所及”的治疗规律。风池穴为足少阳胆经之穴, 足少阳经“主骨所生病”, 也是手足少阳经、阳维脉、阳跷脉的交会穴, 《针灸甲乙经》曰: “颈项不得顾……风池主之”, 《针灸大成》也有: “风池能治颈项如拔, 痛不得顾”的记载; 夹脊穴为经外奇穴, 可内通督脉, 外连膀胱经; 阿是穴是以病痛局部的反应点, 是经络气血在病理情况下时聚留之处。颈型颈椎病病位主要是骨筋, 《素问·缪刺论》有“疾按之应

手如痛, 刺之”, 《灵枢·终始》中又有“在筋守筋, 在骨守骨”。针刺局部穴位进行治疗, 其目的就是使针刺直达病所, 疏通局部经络, 从而达到“通则不痛”的效果。故局部配穴, 既可调整局部经脉气血, 又可通过局部的针刺治疗, 缓解病变局部肌肉紧张状态, 改善病变部位的血液循环, 收到通畅气血, 消瘀散结的功效。

从临床观察结果看, 3 组不同配穴方法在针刺两个疗程后对各项指标的计分改善上, 在自身对照方面有显著性差异, 远近配穴尽管配穴数量是前两者之和, 但是两个疗程后疗效与前两者比较无统计学意义; 而远部配穴组尽管并没有选取局部穴位, 但其最终疗效与近部配穴组、远近配穴组并无明显差异。因此得出以下结论: 首先, 针灸治疗颈型颈椎病的疗效与配穴数量的多寡无关, 并不能简单地认为针刺的穴位越多, 疗效会越好; 其次, 在根据患者实际病情进行正确辨证、辨经的基础上科学配穴, 只要选穴精准、操作得当, 确实能起到激发整条经脉的经气, 通调整条经脉的作用, 从而取得好的疗效。

参考文献

[1] 赵定麟, 陈德玉, 赵杰, 等. 现代颈椎病学. 北京: 人民军医出版社, 2001: 121.
[2] 张鸣生. 颈椎病临床评价量表的信度与效度研究. 中华物理医学与康复杂志, 2003, 25(3): 151~154.
[3] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则. 第 3 辑. 1997: 138.
[4] 李仲廉. 临床疼痛治疗学. 2 版. 天津: 天津科学技术出版社, 1999: 265, 551.
[5] Bonica JJ. The management of pain. 2nd ed. Philadelphia: Lea and Febiger, 1990: 581.
[6] 国家中医药管理局. 中华人民共和国中医药行业标准—中医病证诊断疗效标准. 南京: 南京大学出版社, 1994: 186.
[7] 黄泰康. 颈椎病的中西医诊断与治疗. 北京: 中国医药科技出版社, 1999: 278.
[8] 张璐. 张氏医通. 上海: 上海科学技术出版社, 1963: 253.
[9] 高树中. 一针疗法. 山东: 济南出版社, 2006: 69.

收稿日期: 2007-12-14; 修回日期: 2008-05-16; 网络出版时间: 2008-06-16 14:40:29; 网络出版地址: <http://www.cnki.net>

[编辑: 邓媛]