

针灸推拿 ·

贺氏针灸三通法治疗神经根型颈椎病26例临床观察

彭冬青¹ 董玉喜¹ 刘云霞²

(1. 北京市昌平区中医医院针灸科, 北京市昌平区东环路南段, 102200; 2. 北京中医药大学东直门医院针灸科)

[摘要] **目的** 观察贺氏针灸三通法治疗神经根型颈椎病的临床疗效, 并探讨其作用机理。**方法** 将52例神经根型颈椎病患者随机分为治疗组及对照组各26例, 治疗组根据其证型采用贺氏针灸三通法, 对照组口服根痛平颗粒, 两组均治疗两周为1个疗程。评价临床疗效、颈椎病症状评分、疼痛模拟量表评分及血液流变学。**结果** 治疗组和对照组总有效率分别为96.1%和69.2%, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 两组治疗后症状评分治疗组优于对照组($P < 0.05$)。两组治疗前后全血高切黏度(cp_{200}) 差异有统计学意义($P < 0.05$), 以治疗组下降明显。**结论** 贺氏针灸三通法治疗神经根型颈椎病疗效确切, 可改善症状, 减轻患者局部疼痛, 其作用机理可能与改善血液流变学有关。

[关键词] 贺氏针灸三通法; 针刺疗法; 神经根型颈椎病; 血液流变学

Effect of He's Santong Method of Acupuncture for Treatment of Cervical Spondylosis of Nerve-root Type

PENG Dongqing¹, DONG Yuxi¹, LIU Yunxia²

(1. Changping TCM Hospital, Beijing 102200; 2. Dongzhimen Hospital, Beijing University of Chinese Medicine)

ABSTRACT **Objective** To observe the effect of He's Santong method (Three ways to remove obstruction) of acupuncture for treatment of cervical spondylosis of nerve-root type. **Methods** The 52 patients with nerve-root type cervical spondylosis were randomly divided into two groups, 26 in each. The treatment group was treated by He's Santong method of acupuncture while the control group was administered Gentongping Granule, 2 weeks as one course. The therapeutic effect was evaluated by comparing the scores of symptoms, visual analogue scale (VAS) and changes in hemorheology after treatment. **Results** The total effective rate of the treatment and control groups was 96.1% and 69.2% respectively with a significant difference between ($P < 0.05$). The scores of symptoms of the treatment group after treatment were better than those of the control group ($P < 0.05$). The difference between the two groups in high shear viscosity of blood was significant ($P < 0.05$). The high shear viscosity of blood in the treatment group was lowered significantly. **Conclusion** He's Santong method of acupuncture had a definite therapeutic effect on cervical spondylosis of nerve-root type. It can relieve symptoms and pain in the local region. Its functional mechanism may be related with the improvement of hemorheology.

Key Words He's Santong method (Three ways to remove obstruction) of acupuncture; Acupuncture; Cervical spondylosis of nerve-root type; Hemorheology

颈椎病是颈椎间盘退行性改变, 为中老年人常见疾病, 发病率逐年增多, 发病年龄日趋年轻化, 其中以神经根型颈椎病发病率最高, 约占颈椎病的60%^[1]。贺氏针灸三通法是贺普仁教授在50多年的医疗实践中, 创立的“病多气滞, 法用三通”的中医针灸病机学说和针灸治疗体系。本研究以贺氏针灸三通法为主的针灸方案治疗神经根型颈椎病, 评价该方法治疗神经根型颈椎病的临床疗效。

1 临床资料

1.1 一般资料

52例病例均为2005年9月~2007年3月在北京昌平区中医医院门诊就诊的患者, 根据受试者进入研

究的时间顺序, 采用随机数字表法, 将患者随机分为贺氏针灸三通治疗组(治疗组) 26例, 药物对照组(对照组) 26例。治疗组男11例, 女15例, 平均年龄(44.28 ± 8.58) 岁, 病程8天~7年; 对照组男11例, 女15例, 平均年龄(43.39 ± 9.86) 岁, 病程7天~8年。两组年龄、性别、病程等分布情况无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准

西医诊断根据1992年全国第二届颈椎病专题座谈会制定的诊断标准^[2]: ①具有较典型的根型症状(麻木、疼痛), 且范围与颈脊神经所支配的区域相一致; ②压颈试验或臂丛神经牵拉试验阳性; ③影像学所见与临床表现相符合; ④痛点封闭无显效(诊断明确者可不作此试验); ⑤除外颈椎外病变(胸廓出口综合征、网球肘、腕管综合征、肘管综合征、肩周炎、肱二头肌长头肌

腱炎等)所致以上肢疼痛为主的疾患。

中医辨证分型标准结合1995年国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》^[3]及《中医内科疾病诊疗常规》^[4],将神经根型颈椎病辨证分为风寒湿痹和气滞血瘀两个证型。风寒湿痹:颈部疼痛连及肩部、上臂麻木疼痛,颈部僵硬,活动受限,冷痛沉重,喜温恶寒,舌淡红,苔薄白,脉弦紧。气滞血瘀:颈肩部上肢刺痛、灼痛,痛处固定,拒按,伴有肢体麻木,活动受限,舌质紫暗或有斑点,脉弦或涩。

1.3 纳入标准

符合神经根型颈椎病西医诊断标准和中医辨证标准者;年龄30~70岁;知情同意并能按医生要求完成各项检查及调查者。

1.4 排除标准

X线片显示有骨结核、骨质疏松和椎体融合的病例;妊娠或哺乳期妇女;合并有严重心脏病、肝、肾功能异常、血液病等内科系统疾病。

2 方法

2.1 治疗方法

治疗组:气滞血瘀型:微通法加强通法治疗,强通法隔日治疗1次,微通法每日1次,每周5次,10次为1个疗程,共2周。风寒湿痹型:微通法加温通法治疗,温通法隔日治疗1次;平日用微通法(同上),共2周。

微通法:毫针刺法,取颈4~7夹脊穴、风池、大椎、大杼、天宗、手三里、养老、后溪、合谷穴,以患侧为主,以苏州医疗用品厂生产的华佗牌针灸针1.5~2寸(GB2024-1994)针刺,进针后行捻转或提插手手法,以得气为度,针颈部穴位,针感向肩背部下传,针肩部穴位针感下传至肘部为宜,留针25min。

温通法:火针疗法,取颈4~7夹脊穴、大椎、大杼、天宗及颈肩部压痛点,用直径0.5mm长1.5寸的钨锰合金针,置酒精灯上,将针身的前部烧透至白,对准穴位,速刺疾出,刺入深度3~5mm,出针后用消毒干棉球重按针眼片刻,在每平方厘米病灶上,散刺2~3针,每周治疗3次,嘱患者保持局部清洁,避免感染。

强通法:刺络放血法,取颈夹脊、大椎、大杼、天宗及压痛点、阳性反应物,用三棱针刺破局部皮肤3~5处,选用大小适当的火罐,于放血部位拔罐5~10min,以放出2~3ml的瘀血为宜。

对照组:口服根痛平颗粒(北京京铁华龙药业有限公司生产,国药准字Z20013049,8g/袋),每次1袋,每日2次,服用2周。

2.2 观察指标及方法

症状积分根据文献^[5]提出的神经根型颈椎病20

分法量表进行评定,满分为20分,得分越高说明其疾病严重程度越低。疼痛模拟评分采用视觉模拟标尺法(VAS)^[6],使用一条长约10cm的游动标尺,两端分别为0分和10分,0分表示无痛,10分代表难以忍受的最剧烈的疼痛,让患者在直尺上标出。用赛科希德SD-100型动态血沉压积测试仪和SA-6000血流变测试仪在25℃恒温下检测。于治疗前后当日上午8:30~9:00空腹检测高、中、低切率全血黏度,血浆黏度,红细胞压积,红细胞聚集指数,血沉。

2.3 中医疗效评定标准

依据1995年国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》^[3]并参照文献^[5]相关疗效标准拟定。治愈:原有各型病症消失,肌力正常,颈部及上肢功能恢复正常,能参加正常劳动和工作,症状缓解≥90%;显效:原有各型症状明显好转,颈肩背疼痛减轻,颈部及上肢功能明显改善,症状缓解≥75%;好转:原有各型症状减轻,颈肩背疼痛减轻,但仍遗留部分症状、体征功能障碍,症状缓解≥30%但<75%;无效:治疗前后症状、体征无变化或加重,症状缓解<30%。

2.4 统计学方法

采用SPSS 12.0统计软件,计量资料采用($\bar{x} \pm s$)表示,计数资料用 χ^2 检验。等级资料比较采用简明统计CS10.31软件,用Ridit分析。

3 结果

3.1 两组患者临床疗效比较

治疗组26例,治愈15例,显效8例,好转2例,无效1例,总有效率96.1%;对照组26例,治愈7例,显效5例,好转6例,无效8例,总有效率69.2%。两组疗效比较差异有统计学意义($P < 0.01$)。

3.2 两组患者不同证型的疗效比较

表1示,治疗组和对照组内两证型疗效差异无统计学意义($P > 0.05$)。

表1 两组患者不同中医证型疗效比较

组别	证型	例数	治愈 (例)	显效 (例)	好转 (例)	无效 (例)	总有效率(%)
治疗组	气滞血瘀	15	9	5	1	0	100
	风寒湿痹	11	6	3	1	1	90.9
对照组	气滞血瘀	16	5	3	4	4	75.0
	风寒湿痹	10	2	2	2	4	60.0

3.3 两组患者血液黏度比较

表2示,治疗组治疗后全血高切、中低、低切和血浆黏度均较治疗前下降,差异有统计学意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$);对照组仅有全血低切(cp^5)和血浆黏度与治疗前相比,差异有统计学意义($P < 0.05$);与对照

表2 两组患者治疗前后全血黏度比较(mPa·s, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	全血高切(cp ²⁰⁰)	全血中切(cp ³⁰)	全血低切(cp ⁵)	全血低切(cp ¹)	血浆黏度
治疗组	治疗前	26	4.58±0.49	5.77±0.55	9.27±0.82	20.17±1.22	1.67±0.32
	治疗后	26	4.07±0.36*△	5.55±0.46*	8.54±0.81*	16.29±0.8**	1.48±0.33*
对照组	治疗前	26	4.48±0.47	5.68±0.66	9.17±1.46	20.77±1.26	1.62±0.41
	治疗后	26	4.21±0.31	5.46±0.49	8.47±1.24*	17.07±0.67*	1.44±0.27*

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$;与对照组治疗后比较,△ $P<0.05$

组治疗后比较,治疗组全血高切(cp²⁰⁰) 下降明显,差异有统计学意义($P<0.05$)。

3.4 两组患者症状积分、VAS 评分比较

表3示,两组治疗后症状积分均升高,VAS 评分均降低($P<0.05$ 或 $P<0.01$);与治疗组治疗后比较,在症状积分方面,治疗组高于对照组($P<0.05$),提示治疗后治疗组病情轻于对照组。

表3 两组患者症状积分、VAS 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	症状积分	VAS 评分
治疗组	治疗前	26	10.53±3.49	5.53±2.09
	治疗后	26	14.35±1.87**	3.68±1.72**
对照组	治疗前	26	10.35±4.27	5.55±2.07
	治疗后	26	11.70±2.63*△	3.70±1.43**

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$;与治疗组治疗后比较,△ $P<0.05$

3.5 两组患者红细胞压积、红细胞聚集指数和血沉的比较

表4示,治疗组治疗后红细胞压积较治疗前降低,差异有统计学意义($P<0.05$);而两组治疗前后红细胞聚集指数,血沉差异无统计学意义($P>0.05$)。

表4 两组患者治疗前后血液流变学指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	红细胞压积(L/L)	红细胞聚集指数	血沉(mm/h)
治疗组	治疗前	26	0.46±0.08	5.05±1.09	9.05±9.09
	治疗后	26	0.41±0.05*	5.03±0.97	9.03±8.67
对照组	治疗前	26	0.44±0.05	4.83±1.09	10.73±9.19
	治疗后	26	0.42±0.03	4.76±0.93	10.36±9.63

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$

4 讨论

中医学关于神经根型颈椎病的论述散见于“项痹”、“项强”、“项痛”、“颈筋急”、“颈肩痛”等病症。中医学认为神经根型颈椎病的病因病机首先是人体正气不足时,因为风寒湿邪乘虚侵袭,或因劳累过度颈部肌肉劳损,或因坐姿不当导致太阳经枢不利,风寒湿邪留滞于经络、肌肉、关节,日久不去,则使气血不畅,经脉闭塞,从而发生气滞血瘀、气虚血少、痰瘀互阻的病理变化。颈椎病病位在颈,而颈项部经络密度分布极高。手足三阳经、足三阴经、任督二脉等均直接循行至此。以

循行于项部的足太阳膀胱经、督脉、手少阳三焦经及足少阳胆经对颈椎病的影响最大。

本研究选取颈夹脊穴直接作用于病变部位以通调督脉之气;风池驱风除痹,有利于阳气的升发,通利血脉;大椎可振奋督脉之阳气;大抒疏通太阳经脉之气血,并有主治全身骨骼疾病的功能;天宗针感能穿过肩胛,传导到小指,故对臂痛及上肢麻痹疗效较佳;手三里具有很好的通络止痛活血之功;养老有活血通络的作用;后溪通督脉;合谷驱风除痹,活血止痛。

贺普仁教授认为,在任何疾病的发展过程中,气滞是不可逾越的病机,气滞则病,气通则调,调则病愈,故称病多气滞。针灸治病就是调理气机,使之通畅,从而治愈疾病。贺老将针灸诸多疗法概括为以毫针针刺为主的微通法、以火针灸疗法为主的温通法和以三棱针放血为主的强通法,称为“法用三通”。其优势是止痛、解痉止挛、除麻。对照组选用治疗神经根型颈椎病的药物根痛平颗粒,经临床研究证实^[7],根痛平颗粒有助于颈神经根周围组织充血、水肿、炎症的消退,减轻或解除神经的刺激、扩张血管,减少血管阻力,改善局部血液循环。

研究表明^[8-10],颈椎病有血液流变学及微循环异常,主要表现为血黏度增高、红细胞聚集性增强、红细胞压积增高和细胞电泳减慢等,颈椎病患者血液流变学指标的明显异常说明颈椎病与血液流变学之间有着一定相关性。本研究结果显示,贺氏针灸治疗组临床疗效明显优于药物对照组。治疗后两组临床症状得到改善,治疗组改善症状及体征方面明显优于对照组。治疗组患者的全血黏度、血浆黏度、红细胞压积均明显下降,具有统计学意义。说明贺氏针灸三通法治疗可以明显改善血液流变学指标和微循环,改善患者血液浓、黏、凝聚的异常状况。

参考文献

- [1]梁爱秋. 颈椎病治疗近况与展望[J]. 湛江民族学院学报, 1996, 18(1): 77.
- [2]孙宇,陈琅福. 第二届颈椎病专题座谈会纪要[J]. 解放军医学杂志, 1994, 19(2): 156-168.
- [3]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[S]. 南京大学出版社, 1994: 186.

- [4]朱文锋. 国家标准应用中医内科疾病诊疗常规[M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1999: 510.
- [5]姜宏, 施杞. 颈椎病疗效评定的研讨[J]. 中国中医骨伤科杂志, 1996, 4(4): 47-50.
- [6]韦绪性. 中西医临床疼痛学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 1996: 14.
- [7]蔡锦成, 罗进林, 周童飞. 根痛平颗粒治疗神经根型颈椎病45例疗效观察[J]. 中国中医药科技, 2007, 14(4): 239.
- [8]欧阳八四. 血液流变学可作为评估颈椎病疗效的实验指标之一[J]. 中国中医骨伤科, 1999, 7(5): 39-40.
- [9]李宇卫, 姜宏. 颈椎病的血液流变学指标观察[J]. 江苏中医杂志, 2000, 21(1): 12.
- [10]张延芳, 张木坤, 班兴敏, 等. 颈椎病患者血液流变学指标的异常特点[J]. 医用生物力学, 2001, 16(4): 244-246.
- (收稿日期: 2008-03-21; 修回日期: 2008-10-23)
- [编辑: 邓 媛]

医案医话·

失眠治验一得

张 亮 亮

(南京中医药大学2006级博士研究生, 江苏省南京市汉中路, 210029)

笔者曾治疗家母失眠之证, 然久治不愈, 不料应用桂枝茯苓丸治疗其下肢静脉曲张的同时, 失眠之证也得意外好转, 一案之中, 启发颇多, 故录于此。

笔者母亲, 女, 63岁, 教师, 素体康健, 有失眠病史10余年。主要表现为睡眠质量不高, 噩梦纷纭, 眠浅易醒, 醒后难以入睡, 致白昼头脑昏沉。观其舌暗红, 苔薄白, 脉弦滑, 辨证之眼目并不明显, 曾屡与养心安神、重镇安神、清心化痰等方剂, 如酸枣仁汤、朱砂安神丸、黄连温胆汤等, 效果始终不佳, 为此甚为沮丧。

2007年7月, 母亲又因左下肢静脉曲张要求服用中药。缘其职业原因有下肢静脉曲张病史20余年。既往因不甚严重, 仅秋冬季下肢干燥, 及不安腿综合征之表现, 服芍药甘草汤可缓解, 故未作系统治疗。近两年, 此病有加重趋势, 双下肢青筋浮露, 色素沉着, 皮肤瘙痒, 干燥脱屑, 左腘窝后静脉曲张突起如鸽蛋大小, 突起处皮肤变薄, 表皮光亮, 因恐其日久溃破, 形成溃疡, 故以中药调治。遂处以桂枝茯苓丸加牛膝, 意在改善下肢血液循环, 取丸剂缓图, 处方: 桂枝50g, 肉桂30g, 茯苓100g, 牡丹皮100g, 桃仁100g, 赤芍50g, 白芍50g, 牛膝100g, 上药打粉, 水泛为丸, 每服10g, 每日3次。

服上药两周后, 母亲欣然发问: “此药是否有改善睡眠的功效? 自服药后, 睡眠状况较前有明显改善。”笔者亦颇感意外, 可谓“山穷水复疑无路, 柳暗花明又一村”, 嘱其继续观察疗效。母亲因此服药信心大增, 坚持服用1年。至2008年7月, 前后对比, 诉服药以后, 睡眠转佳, 不仅睡眠质量明显提高, 且记忆力也显著改善; 下肢皮肤变滋润, 较1年前干燥脱屑之状有天壤之别, 浮露之青筋及色素沉着斑已不明显, 左腘窝后曲张突起的静脉逐渐消退, 惟色泽较深, 但抚之已无异常突起之状。

按: 起初治疗家母失眠之时, 因舌脉均无异常, 苦于无证可辨, 遂用通套之法治之, “头痛医头, 脚痛医脚”, 终未获效。及服桂枝茯苓丸睡眠好转, 方忆王清任创血府逐瘀汤, 所治证目有“夜不能睡, 用安神养血药治之不效者, 此方若神。”之说。又联系其年轻之时, 有月经不调病史, 常服大黄酒虫丸, 又曾经剖腹

产之创伤, 方悟其实为瘀血体质, 失眠与下肢静脉血栓乃两歧而同源, 皆是瘀血为患。服药前未曾重视的“记忆力不佳”一症, 当与《伤寒论》“下焦蓄血”时有“其人善忘”之症类似, 故服药后亦有好转。

读其他医家医案, 亦有治疗主病无法取得突破性进展, 遂放弃主病的治疗而去治疗兼病, 结果主病和兼病皆获痊愈的例子, 如王瑞恒先生在《临证治验会要》^[1]中就记载了两例这样的病案, 两例均为再生障碍性贫血患儿, 通过多种方法, 病情不见明显好转。后虑及一患儿乙型肝炎病毒标志物阳性, 肝功能轻度异常, 遂暂时放弃对“再障”的治疗, 转而治疗乙肝; 而另一患儿家长告知, 孩子素有咽喉肿痛病史, 遂转而清除咽部慢性炎症, 不料“实践证明分别用治乙肝和咽炎的方剂把再障给治好了”。王氏认为, “这说明他们是由内在联系的, 而这种联系只能用继发病来解释。”结合本例, 笔者认为, 所谓不治主证治兼证, 从更深层次上意味着对患者整体体质状态的关注。一个人的体质状态, 往往决定着他对自然、社会环境的适应能力、对疾病的抵抗能力、对发病过程中某些致病因素的易感性以及病理过程中疾病发展的倾向性。不论主病、还是兼病, 在同一个人身上有相同的体质基础。在治疗陷入困境之时, 不妨把眼光放宽些, 从其旧病、兼病、好发症状等处入手, 在关注其体质特点的情况下进行整体的调整, 往往可收事半功倍之效。

尝读蒲辅周先生之医论, 先生曰: “善治病者, 一人一方, 千人千方, 如一锁一钥, 千锁千钥, 务期药证相符, 丝丝入扣。如见便秘即通之下之, 遇遗精则涩之固之, 见热退热, 见血止血, 执通套之方以治活人者, 又岂能应临床无穷之变乎?”思此案初治失误处, 不觉汗颜; 先生又曰: “病同, 其证也同, 也未必用同样的方药, 还要看体质、时令、地域、强弱、男女而仔细斟酌, 不要执死方以活人”考此案偶中处, 忽觉得之矣: 有人说, 西医着眼于“人的病”, 中医着眼于“病”的人, 此之谓也。

参考文献

- [1]王瑞恒. 临证治验会要[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007, 12: 52-54.