

# 穴位注药埋线法对痔术后疼痛的疗效及安全性评价

舒 涛 李国栋 李春花

(中国中医科学院广安门医院肛肠科,北京市宣武区北线阁 5 号,100053)

**[摘要]** 目的 评价穴位注药埋线法对痔术后疼痛的止痛作用和安全性。方法 将 105 例痔术后患者随机分为治疗组 54 例,对照组 51 例。治疗组于局部麻醉后在长强穴一次性注药埋线,对照组予吲哚美辛栓术后 1 粒纳肛。分别于手术后第 1、2、4、7 天记录两组中度及重度疼痛情况、疼痛程度评分、综合疗效评分,进行临床疗效及安全性评价。结果 在不同时间点,穴位注药埋线法对痔术后综合疗效评分、中度及重度疼痛的发生率、疼痛程度评分、患者的满意度以及不良反应发生率、并发症的发生率、镇痛药物使用率等方面的作用均优于对照组( $P < 0.05$ );术后第 1、7 天治疗组总有效率明显高于对照组( $P < 0.05$ )。结论 穴位注药埋线法对痔术后疼痛有较好的止痛作用,能减少合并症,并且安全可靠。

**[关键词]** 痔疮;术后疼痛;穴位注射;穴位埋线;氢溴酸高乌甲素

Evaluation on the Effect and Safety of Point Injection and Embedding Therapy on Postoperative Pain of Hemorrhoid Patients

SHU Tao, LI Guodong, LI Chunhua

(Guang'anmen Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100053)

**ABSTRACT** **Objective** To evaluate the effect and safety of point injection and embedding therapy on postoperative pain of hemorrhoid patients. **Methods** Totally 105 hemorrhoid patients were randomized into a treatment group (54 cases) and a control group (51 cases). The treatment group was treated by point injection and embedding therapy at Changqiang point (GV 1) under the local anesthesia. The control group was treated by Indometacin Suppository after operation. On the first, second, fourth and seventh day of the treatment, the pain occurrence, pain severity, and comprehensive effect scores were recorded for the evaluation of therapeutic effect and safety. **Results** On all interview periods, the comprehensive effect score, pain occurrence, pain severity, patient satisfaction, occurrence of untoward effect, complications, and analgesics combination in the treatment group were all superior to those in the control group ( $P < 0.05$ ). The total effective rate of the treatment group on the first and seventh day of treatment was significantly higher than that of the control group ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** The point injection and embedding therapy is effective in stopping the hemorrhoid postoperative pain and reducing the complications, and is safe in treatment.

**Key Words** Hemorrhoid; Postoperative pain; Point injection; Point embedding; Lappaconitine hydrobromide

术后疼痛是痔手术后的主要并发症之一,术后疼痛带来各种并发症,严重者可损害患者身心健康、行为健康。据文献报道<sup>[1-2]</sup>,门诊痔术后患者中重度疼痛占 65%,手术的适应症、并发症、高费用限制了西药的使用。因此,寻找安全有效的痔术后疼痛干预方法是肛肠外科研究的热点。本研究采用穴位注药埋线法干预痔术后疼痛,现报告如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

参加试验的 105 例患者来源于 2008 年 4 月~2009 年 3 月中国中医科学院广安门医院肛肠科病房。采用随机数字表法分为治疗组 54 例,对照组 51 例。治疗组中男 19 例,女 35 例,平均年龄 $(44.72 \pm 11.14)$ 岁,平均切口数量 $(2.88 \pm 0.73)$ 个,平均基础痛阈 $(258.3 \pm 62.4)$ Gr;对照组中男 21 例,女 30 例,平均年龄 $(44.16 \pm 10.50)$ 岁,平均切口数量 $(3.03 \pm 0.72)$ 个,平均基础痛阈 $(269.9 \pm 84.3)$ Gr。两组患者年龄、性别、

切口数量及基础痛阈比较均无统计学差异( $P > 0.05$ ),具有可比性。

### 1.2 诊断标准

参照《中医病证诊断疗效标准》<sup>[3]</sup>中混合痔诊断标准:具备间歇性便血,便后肿物脱出肛外伴肛门不适症状。肛检见齿线上下同一方位黏膜皮肤隆起,连成一个整体,质柔软,多位于截石位 3、7、11 点位。混合痔内痔部分:Ⅰ度内痔:便时带血、滴血或喷射状出血,无内痔脱出,便后出血可自行停止。Ⅱ度内痔:便时带血、滴血或喷射状出血,伴内痔脱出,便后可自行回纳。Ⅲ度内痔:便时带血、滴血,伴内痔核脱出,或久站、咳嗽、劳累负重时内痔脱出,需用手托回纳。Ⅳ度内痔:内痔脱出,不能回纳,内痔可伴发绞窄、嵌顿。混合痔外痔部分的临床表现:肛门不适、潮湿不洁,可伴发血栓形成及皮下血肿。

### 1.3 纳入标准

年龄 18~69 岁;符合上述诊断标准者;手术方式为混合痔剥扎术,2~4 个切口;麻醉方式为局部浸润

麻醉;基础痛阈值为 150~500Gr;无心脏病、肝肾功能不全等重大疾病;无药物、食物过敏史。

#### 1.4 排除标准

合并炎性外痔、血栓外痔;有抑郁、焦虑等精神病史者;有慢性疼痛、肿瘤或现存其他急性疼痛病史者。

### 2 方法

#### 2.1 治疗方法

治疗组:于局部麻醉后在长强穴一次性注药埋线,将 1.5cm 长 2/0 号医用羊肠线(大连百鸿医用羊肠线厂,辽药管械生产许 20010120 号)放入一次性埋线针头的前端。患者取侧卧位,暴露肛门,肛周皮肤常规消毒,2%利多卡因局部浸润麻醉,麻醉满意后,左手食指插入肛门做引导,以免针刺破肠壁;右手持针自尾骨尖端与肛门连线的中点垂直进针,快速刺至皮下,然后以左手食指引导,沿肌肉层将针尖向尾骨尖方向缓慢推进约 3cm,试抽无回血时注入肠线,同时向后退针,注入长效止痛剂氢溴酸高乌甲素注射液 2ml(甘肃兰药药业集团有限责任公司,国药准字 H62020888)。出针后棉球按压针孔片刻,施行手术治疗。对照组:吡哌美辛栓(北京双吉制药有限公司,国药准字 H11021391)术后 1 粒纳肛,每日 1 次,连用 7 天。

#### 2.2 观察指标和方法

2.2.1 基础痛阈的测定 取安静、坐位,让患者熟悉仪器及测痛方法,将 2390-电子 Von Frey 测痛仪(深圳瑞沃德生命科技有限公司)探针接触患者食指指腹,并逐渐加压,嘱患者初次感觉疼痛时示意,记录痛阈值,连续测定 3 次,每次间隔 1min,取 3 次均值作为基础痛阈值。

2.2.2 两组患者中重度疼痛的观察 临床术后疼痛轻重分级参考 WHO 疼痛程度分级法<sup>[4]</sup>分 4 级。0 级:无疼痛。1 级(轻度疼痛):持续或间断隐痛,但可忍受,并能正常生活,睡眠不受干扰。2 级(中度疼痛):疼痛明显,不能忍受,要求服用镇痛药,睡眠受干扰。3 级(重度疼痛):疼痛剧烈,不能忍受,需要镇痛药,睡眠严重受干扰,可伴有植物神经功能紊乱。分别于手术后第 1、2、4、7 天记录两组出现中重度疼痛(2 级和 3 级)情况。

2.2.3 疼痛程度评估 采用视觉模拟评分法(VAS)<sup>[5]</sup>,1 条长 10cm 的直线,左端 0 点代表无痛,最右端 10cm 处代表疼痛剧烈,难以忍受。患者根据自己所感受的疼痛程度,在直线上某一点作记号,从起点至记号处的距离长度代表疼痛强度。记录术后第 1、2、4、7 天 24h 内最大疼痛程度(T24maxVAS)。

2.2.4 综合疗效评分 根据临床症状、体征,疼痛的有无,疼痛发生的频度,疼痛程度,对止痛药的需求,有无尿潴留、肛缘水肿等并发症,自拟综合疗效评分标准,然后依据治疗后的分值进行统计并判断疗效,分别选取术后第 1、2、4、7 天作为评价时点。①疼痛:排便时偶感疼痛,疼痛持续不超过 30min 计 2 分;肛门轻度疼痛,不必处理计 4 分;肛门疼痛,服一般止痛药即可缓解计 6 分;肛门疼痛较重,需用度冷丁类药物方能止痛计 8 分。②24h 内疼痛持续时间(T24):T24≤2h 计 0 分;2h<T24≤6h 计 2 分;6h<T24≤12h 计 4 分;12h<T24≤24h 计 6 分。③尿潴留:无排尿障碍计 0 分;排尿不畅,但无需治疗,能自行排出计 1 分;需行保守治疗计 2 分;需行导尿术计 3 分。④睡眠:睡眠好,患者满意计 0 分;睡眠欠佳计 1 分;睡眠受影响,患者不满意计 2 分;彻夜难眠,需特殊处理计 3 分。⑤肛缘水肿:局部轻度水肿,水肿范围长径(Fd)≤0.5cm 计 1 分;局部有明显水肿,0.5cm<Fd≤1cm 计 2 分;局部水肿严重,Fd>1cm 计 3 分。

2.2.5 临床疗效标准 按第 7 次全国肛肠学术会议讨论标准评定疼痛程度<sup>[6]</sup>,结合 VAS 评分,拟定评定标准如下:显效:术后创面完全不痛,排便、换药时亦无疼痛;VAS 均值 0~3 分,且 T24maxVAS≤3 分;有效:术后创面基本不痛,排便、换药时稍有不快感;VAS 均值 0~3 分,但 T24maxVAS>3 分;或 VAS 均值>3 分但≤5 分,且 T24maxVAS≤5 分;无效:术后创面仍有疼痛,排便、换药时疼痛更甚,需服镇痛药或肌肉注射度冷丁类药物方能止痛;3<VAS 均值<5 分,但 T24maxVAS>5 分;或 VAS 均值>5 分。总有效率=(显效例数+有效例数)/总例数×100%。

2.2.6 安全性评价 ①记录术后患者并发症的发生情况,可能与镇痛药物相关的不良反应、合并用药情况等,并记录患者的满意度。②治疗组治疗前后检查血常规、丙氨酸氨基转移酶(ALT)、尿素氮(BUN)。

#### 2.3 统计学方法

采用 SPSS 13.0 软件进行统计分析,计量资料以均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用方差分析;计数资料的比较采用  $\chi^2$  检验;方差不齐者采用秩和检验。

### 3 结果

#### 3.1 两组患者中重度疼痛比较

治疗组 54 例中 1 天时中重度疼痛 42 例占 77.8%;2 天时 38 例占 70.4%;4 天时 42.6%,7 天时 11 例占 20.4%;对照组 51 例中不同时间点分别为 46 例占 90.2%、45 例占 88.2%、33 例占 64.7%、19 例占 37.3%。术后第 2 天、第 4 天,治疗组

中重度疼痛例数明显少于对照组 ( $P < 0.05$ )。

### 3.2 两组患者综合疗效评分的比较

表 1 示,术后各时间点治疗组综合疗效评分总分明显低于对照组 ( $P < 0.05$  或  $P < 0.01$ )。表 2 示,两组的主症评分总分差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ),治疗组疼痛程度评分在 1、4、7 天时均明显低于对照组 ( $P < 0.05$ ),治疗组疼痛持续时间在 2、4 天时亦明显低于对照组 ( $P < 0.05$ )。表 3 示,术后 1、2、4 天时治疗组次症总评分明显低于对照组 ( $P < 0.05$ );次症单项评分,术后 1 天时尿潴留、睡眠障碍分值治疗组明显低于对照组 ( $P < 0.05$ ),术后第 4 天时肛缘水肿评分治疗组明显低于对照组 ( $P < 0.05$ ),便血及排便困难评分在各时间点差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。

表 1 两组患者不同时间点综合疗效评分比较(分,  $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | 例数 | 1d                | 2d               | 4d               | 7d               |
|-----|----|-------------------|------------------|------------------|------------------|
| 治疗组 | 54 | 11.48 $\pm$ 4.63* | 7.17 $\pm$ 4.63* | 5.04 $\pm$ 3.99* | 3.00 $\pm$ 2.84* |
| 对照组 | 51 | 13.94 $\pm$ 4.51  | 9.71 $\pm$ 6.06  | 7.55 $\pm$ 5.23  | 5.14 $\pm$ 4.82  |

注:与对照组同时点比较, \*  $P < 0.05$ , \*\*  $P < 0.01$

表 2 两组患者不同时间点主症评分比较(分,  $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | 时间 | 例数 | 总评分              | 疼痛程度             | 疼痛持续时间           |
|-----|----|----|------------------|------------------|------------------|
| 治疗组 | 1d | 54 | 9.44 $\pm$ 3.37* | 4.78 $\pm$ 1.80* | 4.67 $\pm$ 2.02  |
|     | 2d | 54 | 5.15 $\pm$ 3.24* | 4.07 $\pm$ 1.98  | 1.07 $\pm$ 1.73* |
|     | 4d | 54 | 3.56 $\pm$ 2.65* | 3.11 $\pm$ 2.04* | 0.44 $\pm$ 1.08* |
|     | 7d | 54 | 2.15 $\pm$ 2.01* | 2.00 $\pm$ 1.78* | 0.15 $\pm$ 0.66  |
| 对照组 | 1d | 51 | 10.90 $\pm$ 2.92 | 5.61 $\pm$ 1.70  | 5.29 $\pm$ 1.59  |
|     | 2d | 51 | 6.63 $\pm$ 3.76  | 4.82 $\pm$ 2.05  | 1.80 $\pm$ 2.01  |
|     | 4d | 51 | 4.98 $\pm$ 3.06  | 4.04 $\pm$ 2.21  | 0.94 $\pm$ 1.29  |
|     | 7d | 51 | 3.41 $\pm$ 2.87  | 3.06 $\pm$ 2.28  | 0.35 $\pm$ 0.87  |

注:与对照组同时点比较, \*  $P < 0.05$

表 3 两组患者不同时间点次症评分比较(分,  $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | 时间 | 例数 | 总评分              | 尿潴留              | 睡眠障碍             | 肛缘水肿             |
|-----|----|----|------------------|------------------|------------------|------------------|
| 治疗组 | 1d | 54 | 2.04 $\pm$ 1.91* | 0.24 $\pm$ 0.61* | 0.76 $\pm$ 0.89* | 0.19 $\pm$ 0.44  |
|     | 2d | 54 | 2.02 $\pm$ 1.74* | 0.13 $\pm$ 0.34  | 0.48 $\pm$ 0.72  | 0.35 $\pm$ 0.65  |
|     | 4d | 54 | 1.48 $\pm$ 1.87* | 0.04 $\pm$ 0.19  | 0.37 $\pm$ 0.73  | 0.44 $\pm$ 0.77* |
|     | 7d | 54 | 0.85 $\pm$ 1.28  | 0                | 0.15 $\pm$ 0.36  | 0.35 $\pm$ 0.56  |
| 对照组 | 1d | 51 | 3.04 $\pm$ 2.35  | 0.49 $\pm$ 0.78  | 1.18 $\pm$ 1.05  | 0.31 $\pm$ 0.62  |
|     | 2d | 51 | 3.10 $\pm$ 2.65  | 0.31 $\pm$ 0.68  | 0.88 $\pm$ 1.07  | 0.63 $\pm$ 0.85  |
|     | 4d | 51 | 2.61 $\pm$ 2.65  | 0.22 $\pm$ 0.64  | 0.65 $\pm$ 0.89  | 0.82 $\pm$ 0.95  |
|     | 7d | 51 | 1.73 $\pm$ 2.31  | 0.10 $\pm$ 0.46  | 0.37 $\pm$ 0.69  | 0.65 $\pm$ 0.80  |

注:与对照组同时点比较, \*  $P < 0.05$

### 3.3 两组患者 T24maxVAS 评分比较

表 4 两组患者不同时间点 T24maxVAS 评分比较(分,  $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | 例数 | 1d                 | 2d                 | 4d                 | 7d                 |
|-----|----|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| 治疗组 | 54 | 48.13 $\pm$ 26.00* | 36.56 $\pm$ 24.80* | 29.46 $\pm$ 24.55* | 16.73 $\pm$ 16.85* |
| 对照组 | 51 | 59.31 $\pm$ 23.43  | 45.90 $\pm$ 24.20  | 37.67 $\pm$ 23.89  | 24.74 $\pm$ 21.88  |

注:与对照组同时点比较, \*  $P < 0.05$

表 4 示,术后第 1 天、第 7 天 T24maxVAS 治疗组明显低于对照组 ( $P < 0.05$ )。

### 3.4 两组患者临床疗效比较

治疗组总有效率 1 天时为 53.7%, 2 天时为 75.9%, 4 天时为 79.6%, 7 天时为 96.3%; 对照组不同时间点分别为 27.5%、58.8%、68.6%、84.3%; 两组总有效率比较, 第 1、7 天治疗组明显高于对照组 ( $P < 0.05$ )。

### 3.5 安全性评价

治疗组术后有 8 例出现排尿困难, 对照组出现 18 例 ( $P < 0.05$ ); 治疗组有 10 例合并使用镇痛药, 对照组有 22 例 ( $P < 0.05$ ); 治疗组 17 例合并肛缘水肿, 对照组有 26 例 ( $P < 0.05$ ); 治疗组对治疗满意的 39 例 (72.2%), 对照组为 26 例 (51.0%), 两组比较具有统计学差异 ( $P < 0.05$ ); 治疗组共发生可能与药物相关的不良反应 4 例 (7.4%), 对照组为 13 例 (16.2%), 两组比较差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

治疗组 3 例患者术后白细胞高于正常水平, 考虑为术后炎症反应, 2 例患者术后血红蛋白低于正常水平, 考虑术中失血及术后控制饮食所致, 1 例患者术后 ALT 高于正常, 但与术前水平相近, 不考虑药物所致。

## 4 讨论

中医理论认为,疼痛的病机为“不通则痛,不荣则痛”,且都与神志活动有关,即经络气血的病变(不通、不荣)是疼痛产生的基础,心神对病变的感应是疼痛产生的关键。《外科证治全书·论痛》:“诸痛皆由气血瘀滞不通所致。”《疡医大全》:“大凡金疮,必有瘀血停积,先宜逐去瘀血,若亡血过多,则调养气血为主。”中医学对金疮疼痛的治疗方法较多,中药治疗包括经方、验方、单味药等,然多疏于整理,疗效及机理尚待临床验证。《帛书·经脉篇》指出,只要在相应的经脉上施以砭针或艾灸,就可以消除心痛、腹痛、齿痛、腰痛、头痛、背痛等。《灵枢·九针十二原》曰:“欲以微针,通其经脉,调其血气。”《素问·宝命全形论》曰:“凡刺之真,必本于神。”可见,针刺具有调气和治神的功能,因此具有较好的镇痛作用。

本研究采用中药高乌头的提取物氢溴酸高乌甲素注射液,以安全有效的剂量作用于创伤局部穴位,并通过穴位埋线的留针候气作用延长药物及对穴位的作用时间,结果表明,穴位注药埋线法对术后综合疗效评分、中重度疼痛的发生率、VAS 评分、患者的满意度以及不良反应发生率、并发症的发生率、镇痛药物的使用率上均优于咪唑美辛栓纳肛。术后第 2、4 天,治疗组中重度疼痛例数明显少于对照组,提示穴位注药埋线法

止痛作用确切,能明显减少中重度疼痛的比例。在不同时间点,治疗组综合疗效评分总分明显低于对照组( $P<0.05$ ),特别是治疗组在疼痛强度、疼痛持续时间、尿潴留、睡眠情况、肛缘水肿的疗效明显好于对照组。术后第 1、7 天治疗组总有效率明显高于对照组( $P<0.05$ ),可见穴位注药埋线疗效明显优于吡哌美辛栓纳肛。并发症及安全性评价方面,治疗组在出现排尿困难、合并使用镇痛药、合并肛缘水肿方面表明,穴位注药埋线并发肛缘水肿、尿潴留的发生率均少于吡哌美辛栓纳肛,且能减少患者术后镇痛药的使用,增加了治疗的安全性和有效性。治疗组术前术后全血细胞分析及肝、肾功能检查未见与治疗方法和药物相关的异常,临床使用安全可靠。

本研究将氢溴酸高乌甲素的相对快速作用与穴位埋线疗法的相对持续作用相结合,在术前麻醉下一次性无痛干预,为中医药无痛化干预痔术后疼痛,实现微

痛或无痛化手术提供有益探索。本研究结果显示该法疗效确切,安全性好,适于临床应用。

## 参考文献

- [1] Lohsiriwat D, Lohsiriwat V. Outpatient hemorrhoidectomy under perianal anesthetics infiltration[J]. J Med Assoc Thai, 2005, 88(12): 1821-1824.
- [2] Diaz G, Flood P. Strategies for effective postoperative pain management[J]. Minerva Anesthesiol, 2006, 72(3): 145-150.
- [3] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 53.
- [4] 刘俊清, 邹魁英, 李贵信. 痔瘕围手术期镇痛治疗[J]. 中国肛肠病杂志, 2002, 22(3): 22-23.
- [5] 李仲廉. 临床疼痛治疗学(修订版)[M]. 天津: 天津科学技术出版社, 1997: 265.
- [6] 宋军, 张德玉, 王浩. 自制止痛剂对肛门术后镇痛效果观察[J]. 人民军医, 1999, 42(10): 612.

(收稿日期: 2009-04-29; 修回日期: 2009-07-15)

[编辑: 邓 媛]

# 推拿点穴治疗颈源性头痛 42 例

杜 德 利

(北京世纪坛医院中医骨科, 北京市海淀区羊坊店铁医路 10 号, 100038)

## 1 临床资料

一般资料: 将临床确诊的 73 例颈源性头痛患者随机分为两组, 治疗组 42 例, 男 17 例, 女 25 例, 年龄 21~75 岁, 平均 52.31 岁, 病程 7 天~3 年; 对照组 31 例, 男 14 例, 女 17 例, 年龄 19~79 岁, 平均 54.6 岁, 病程 6 天~5 年, 两组资料比较无统计学差异( $P>0.05$ )。病例选择标准: 参照《中医病证诊断疗效标准》<sup>[1]</sup>, ①患者均有颈项部软组织紧张压痛向一侧头部放射的症状, 被动活动时加重, 风池穴及周围压痛明显。②患者颈椎正侧位、双斜位 X 线片显示颈椎生理曲度有不同程度变直, 或侧弯、前后凸、椎体后缘线不连续、椎间隙变窄、椎间孔变小, 少数患者环椎间隙略不对称等改变。③排除其他类型头痛和颅内器质性病变。

## 2 治疗方法

治疗组: 患者取俯卧位, 先轻揉患者颈项、肩背部软组织 3~5 遍, 使患者局部肌肉放松, 然后将患者头项侧旋于枕上, 先用拇指点揉风池、风府、安眠 2 穴(风池穴外下 1cm)及后颈部的发际沿线, 点揉 3~5 遍; 用尺骨鹰嘴抵住患者风池、风府穴, 交替点穴, 每次 3~5s, 3~5 遍, 然后用常规手法按摩头部, 根据患者头痛的程度掌握点穴的力度, 逐渐加力。操作时间 25min 左右。对照组: 采用常规治疗头痛的手法, 即点揉风池、太阳、百会、印堂、睛明、头维、安眠、足三里、丰隆、曲池、内关、心俞、肝俞、胆俞等穴, 操作时间 25min 左右。

## 3 疗效观察

疗效标准: 参照《中医病证诊断疗效标准》<sup>[1]</sup>有关条目制定。痊愈: 头痛等症状消失, 颈部无压痛无棘突偏歪, 恢复正常生活

工作。显效: 头痛基本消失, 轻度压痛, 基本恢复正常生活工作。有效: 头痛基本消失, 但偶有头痛, 颈肩痛, 基本恢复正常生活工作。无效: 头痛等症状无明显改善, 棘突仍偏歪, 不能恢复正常生活工作。

治疗结果: 治疗组 42 例, 痊愈 23 例(54.76%), 显效 12 例(28.57%), 有效 4 例(9.52%), 无效 3 例(7.14%), 总有效率 92.85%; 对照组 31 例, 痊愈 5 例(16.13%), 显效 9 例(29.03%), 有效 7 例(22.58%), 无效 10 例(32.26%), 总有效率 67.74%。两组比较差异有统计学意义( $P<0.01$ ), 治疗组疗效明显优于对照组。

## 4 讨论

颈源性头痛的发生可能起因于颈枕部单个或多个组织结构异常, 如神经根、钩突关节、椎间盘、骨、肌肉、筋膜、韧带的不同程度受损, 造成局部神经器质性或功能性改变。中医学认为, 颈源性头痛多由颈部的筋膜慢性劳损, 加上风寒之邪侵袭, 或由颈部外伤所致。太阳、少阳经脉痹阻, 气血运行不畅, 不通则痛所致。本手法主要点按风池、风府及督脉百会穴, 共奏祛风、通络、活血之效, 使经脉气血运行畅通, 通则不痛。风池穴属足少阳胆经, 为手足少阳、阳维之会。风池穴可治疗头面、五官疾病, 为治疗头痛之穴位。笔者认为, 点穴治疗的要点是“穴位准、力度够”。点风池穴时要把握好力度, 使患者感到从风池到后脑勺经头顶至眼眶有连续的胀痛感为度。

## 参考文献

- [1] 国家中医药管理局. 中医病证诊断标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 22-186.

[编辑: 李 巍]