

引用:张洁,袁大江. 电针联合颈椎横突前结节注射疗法治疗神经根型颈椎病 30 例[J]. 湖南中医杂志, 2021, 37(3): 84-86.

电针联合颈椎横突前结节注射疗法 治疗神经根型颈椎病 30 例

张洁¹, 袁大江²

(1. 岳阳市中医医院, 湖南 岳阳, 414000;

2. 长沙颐而康颈肩腰腿痛专科医院, 湖南 长沙, 410000)

[摘要] 目的:探究电针联合颈椎横突前结节注射疗法治疗神经根型颈椎病气滞血瘀证的临床疗效。方法:将 60 例神经根型颈椎病气滞血瘀证患者随机分为治疗组和对照组, 每组各 30 例。2 组均予西药和电针作为基础治疗, 基础治疗结束后, 治疗组与对照组分别予以颈椎横突前结节注射与穴位注射。治疗 2 周后观察 2 组患者的综合疗效、中医证候疗效、各项疼痛评分、田中靖久颈椎病症状量化改良表评分及中医证候积分。结果:综合疗效总有效率治疗组为 93.3%(28/30), 对照组为 90.0%(27/30); 中医证候疗效总有效率治疗组为 96.7%(29/30), 对照组为 90.0%(27/30), 2 组比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。2 组各项疼痛评分、田中靖久颈椎病症状量化改良表评分及中医证候积分治疗前后组内比较及治疗后组间比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$ 或 $P < 0.05$)。结论:电针联合颈椎横突前结节注射疗法治疗神经根型颈椎病可改善患者的神经功能与疼痛情况, 疗效满意, 值得临床推广。

[关键词] 神经根型颈椎病; 注射疗法; 颈椎横突前结节; 电针

[中图分类号] R274.915+.5 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.03.029

神经根型颈椎病是六类颈椎病中最为常见的一种分型, 其病理改变为颈脊神经根受到各种理化因素直接或间接刺激和(或)压迫为基础, 典型临床表现以颈肩部疼痛及受累神经根节段支配区域基本一致的上肢放射痛与麻木为主, 发病率在颈椎病中达 70%, 并呈现出逐年增加的趋势。本病以中青年患者多见, 男女发病比为 6:1, 其起病较缓, 病情反复^[1]。近年来该病首次发病年龄呈现出年轻化与低龄化, 并具有职业化与普及化的倾向^[2-3]。目前临床仍以针灸理疗等非手术疗法为其治疗的首要选择, 但存在起效较慢、疗程较长等问题。因此本研究在常规疗法的基础上, 将传统电针疗法与现代疼痛学神经注射疗法相结合, 可有效缩短治疗周期, 获得了较好的临床疗效, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择 2018 年 3~12 月就诊于湖南中医药大学附属岳阳医院颈肩腰腿痛科的神经根型颈椎病患者 60 例, 按就诊先后顺序编号随机分为治疗组和对照组, 每组各 30 例。治疗组中, 男 16 例, 女 14 例; 平均年龄 (40.53 ± 1.07) 岁。对照组中, 男 19 例, 女 11 例; 平均年龄 ($43.30 \pm$

0.88) 岁。2 组一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 符合《第三届全国颈椎病专题座谈会纪要》^[4] 中有关神经根型颈椎病的修订意见。患者的上肢麻木及(或)放射痛与颈脊神经所支配的范围一致, 颈椎后伸时症状加重, 部分皮肤阶段感觉减弱; 臂丛神经牵拉试验及椎间孔挤压试验阳性; 影像学相关检查与临床诊断基本符合。

1.2.2 中医辨证标准 根据《中药新药临床研究指导原则》^[5] 中的有关标准制定气滞血瘀证的辨证标准。主症: 颈项僵痛, 活动不利; 动则疼痛加重, 甚至出现上肢反射痛; 颈项部有一处或多处压痛点; 痛如针刺, 痛处固定不移。次症: 或伴上肢麻木, 疲软无力; 舌暗红、淡暗或紫暗有瘀斑, 苔薄白; 脉弦或涩。主症与次症同时具备 2 项以上即可明确辨证。

1.3 纳入标准 1) 符合上述西医诊断及中医辨证标准; 2) 年龄 > 35 岁、且 < 65 岁; 3) 精神正常, 能配合研究相关数据的收集; 4) 依从性好。

1.4 排除标准 1) 妊娠及哺乳期妇女; 2) 合并其他严重原发病; 3) 颈椎骨折、肿瘤、结核等疾病; 4) 明确为前斜角肌综合征或单纯臂丛神经损伤; 5) 1个月内接受过相关治疗; 6) 对本研究所用的治疗药物过敏。

2 治疗方法

2.1 基础治疗 1) 以注射用血塞通(冻干)200 mg(哈尔滨珍宝制药,批准文号:国药准字Z200264372;规格:200 mg/支)配合5%葡萄糖注射液250 ml(湖南科伦制药有限公司,批准文号:国药准字H43020478,规格:250 ml/瓶)静脉滴注,每天1次,治疗5 d。2) 选取双侧第4~6颈夹脊、风池、臂臑、曲池、合谷、大椎穴,患者取俯伏坐位或俯卧位,上述诸穴常规消毒后行针刺治疗,进针得气后接CMNS6-1型电针仪(无锡佳健医疗器械有限公司,批准文号:国药准字H22020116),断续波,频率80次/min(疏密波2/100 Hz),强度调节由小到大,最终以患者耐受为度,每天1次。

2.2 治疗组 予以颈椎横突前结节注射治疗。基础治疗结束后休息10 min,患者取仰卧位,稍抬头颈部转向健侧,取C₄与C₆横突为穿刺点,常规消毒铺巾后局部麻醉,左手固定皮肤,右手持注射器,在颈部侧面皮肤垂直进针约2~3 cm即可触及横突前结节。固定针头,回抽无血无脑脊液,注入浓度为0.5%利多卡因消炎镇痛液2 ml(无锡佳健医疗器械有限公司,批准文号:国药准字H22020116,规格:10 ml/支)与曲安奈德注射液(昆明积大制药股份有限公司,批准文号:国药准字H53021604,规格:1 ml/支)混合均匀后抽取2 ml,再吸取2%盐酸利多卡因注射液1 ml(天津药业焦作有限公司,批准文号:国药准字H20045250,规格:2 ml/支),每7天1次(选取每个疗程开始的第1天)。

2.3 对照组 予以穴位注射治疗。基础治疗结束后休息10 min,选取第7颈夹脊穴(每次一穴,双侧交替使用)。患者取俯伏坐位或俯卧位,穴位常规消毒后垂直进针3~5 cm,行针至得气,回抽无血后匀速注入2 ml复方当归注射液(上海和黄药业有限公司,批准文号:国药准字Z31020419,规格:5 ml/支),隔天1次。

2组均治疗14 d。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1) 综合疗效。2) 中医证候疗效。

3) 疼痛评分:①改良视觉疼痛模拟量表(VAS)直接评价患者的疼痛程度^[6];②简化中文版McGill疼痛问卷-2(SF-MPQ-2)对患者疼痛的性质与感受进行综合评价^[7]。4) 采用田中靖久颈椎症状量化改良表20分法全面评价患者的症状、体征、功能和生活能力的改变^[8]。5) 中医证候积分:观察治疗前后的中医症状,并按无、轻、中、重4级进行评分,其中主症计0、2、4、6分,次症计0、1、2、3分,记录相应的中医证候分值与疗效变化。

3.2 疗效标准 1) 综合疗效评价标准参照《中药新药临床研究指导原则》^[5]中的有关标准制定。采用尼莫地平法计算整体改善率。疼痛评分改善率=(治疗前评分-治疗后评分)/治疗前评分×100%;颈椎病症状量化评分改善率=(治疗前评分-治疗后评分)/治疗前评分×100%;整体改善率=颈椎病症状量化评分改善率×50%+VAS疼痛改善率×20%+McGill疼痛改善率×30%。治愈:症状体征基本消失,整体改善率减少≥90%;显效:症状体征较前明显缓解,整体改善率减少≥60%、但<90%;有效:症状体征有所缓解,整体改善率减少≥30%、但<60%;无效:症状体征变化不明显,整体改善率减少<30%。2) 中医证候疗效评价标准参照《中医病证诊断疗效标准》^[9]中的有关标准拟定。治愈:中医证候积分减少≥90%;显效:中医证候积分减少≥60%、但<90%;有效:中医证候积分减少≥30%、但<60%;无效:中医证候积分减少<30%。

3.3 统计学方法 采用SPSS 17.0 统计学软件进行分析处理,其中计量资料采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,2组间根据正态性与方差齐性,选择t检验或非参数检验进行统计分析;计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验,等级资料采用非参数检验或Ridit分析。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组综合疗效比较 总有效率治疗组为93.3%,对照组为90.0%,2组比较,差异有统计学意义。(见表1)

表1 2组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	30	5(16.7)	16(53.3)	7(23.3)	2(6.7)	28(93.3) ^a
对照组	30	2(6.7)	10(33.3)	15(50.0)	3(10.0)	27(90.0)

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

3.4.2 2组中医证候疗效比较 总有效率治疗组

为96.7%,对照组为90.0%,2组比较,差异有统计学意义。(见表2)

表2 2组中医证候疗效比较[例(%)]

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	30	4(13.3)	17(56.7)	8(26.7)	1(3.3)	29(96.7) ^a
对照组	30	2(6.7)	11(36.7)	14(46.6)	3(10.0)	27(90.0)

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

3.4.3 2组治疗前后各项疼痛评分、田中靖久颈椎病症状量化改良表评分及中医证候积分比较 2组各项疼痛评分、田中靖久颈椎病症状量化改良表评分及中医证候积分治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义。(见表3)

表3 2组治疗前后各项疼痛评分、田中靖久颈椎病症状量化改良表评分及中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	时间节点	VAS评分	McGill疼痛评分	田中靖久颈椎病症状量化改良表评分	中医证候积分
治疗组	30	治疗前	6.17±0.35	13.28±0.65	9.25±0.56	25.16±0.57
		治疗后	2.62±0.22 ^{ab}	7.04±0.48 ^{ab}	4.50±0.56 ^{ab}	10.05±0.22 ^{ab}
对照组	30	治疗前	6.87±0.26	12.84±1.01	9.37±0.63	26.23±0.41
		治疗后	3.82±0.41 ^a	9.05±0.57 ^a	4.15±0.51 ^a	11.74±0.38 ^a

注:本组治疗前比较,^a $P < 0.01$;与对照组治疗后比较,^b $P < 0.05$ 。

4 讨论

神经根型颈椎病是颈椎病中最为常见的一种类型,其临床发病率高达35%左右。除颈型颈椎病外,也常伴发于其他各型颈椎病的疾病前期,其主要临床表现以颈肩部或颈枕部持续性或间歇性疼痛,以及沿受累颈脊神经走行方向的上肢部放射性烧灼样或触电样或针刺样疼痛为主,同时可伴有麻木、乏力及蚁行感等不适^[10]。神经根型颈椎病在颈部骨性退行性病理改变的基础上,各种理化因素导致颈神经根局部软组织缺血缺氧,直接或间接刺激和压迫神经根引起颈脊神经进一步发生病理性变化——脱髓鞘改变,从而产生疼痛、麻木为主的神经过度刺激症状。有研究显示,局部炎症细胞反应是刺激神经根引起一系列临床症状的重要因素之一^[11]。因此,减轻颈脊神经根局部刺激和炎症细胞反应,阻断神经的痛觉传导,是治疗神经根型颈椎病的主要目标。

人体穴位是一个三维立体的构造,而颈夹脊穴的深层为脊神经支走行,本研究通过针刺与电针作用刺激颈夹脊穴深部,可以提升颈神经根的兴奋性,减轻病变局部的炎症细胞浸润,促进炎症反应的吸收,促进受到损伤的颈脊神经根的修复

与再生^[12]。臂丛神经从前斜角肌和中斜角肌之间穿出支配各区域,前斜角肌和中斜角肌因各因素损伤可产生无菌性炎症刺激臂丛神经,引起手臂部位疼痛。本研究通过注射前斜角肌附着的颈椎横突前结节,直接将药物注射在病变局部,使受刺激的颈脊神经根达到充分浸润,改善病变局部软组织的血运与氧供,减少局部的炎症细胞、胶质细胞与空泡样变,相较于传统穴位注射需要通过穴位与经络整体效用及药物浓度的有效性而言,能取得更好的疗效,达到快速消除疼痛、恢复神经功能的效果。总之,电针疗法结合前斜角肌注射疗法治疗神经根型颈椎病可明显提升整体临床疗效,快速减轻患者的上肢疼痛,促进患者的神经功能恢复,改善患者的生活质量,值得临床应用。

参考文献

- [1] 孙宇,陈琦. 第二届颈椎病专题座谈会纪要[J]. 中华外科杂志,1993,31(8):472-475.
- [2] DIEPENMAAT AC, VANDER WAL MF, DE VE THC, et al. Neck/shoulder, low back, and arm pain in relation to computer use, physical activity, stress, and depression among dutch adolescents[J]. Pediatrics, 2013, 117(2):412-416.
- [3] FEJER RH, ARTVIGSEN J, KYVIK KO. Heritability of neck pain: a population based study of 33,794 Danish twins[J]. Rheumatology, 2014, 45(5):589-594.
- [4] 李增春,陈德玉,吴德升,等. 第三届全国颈椎病专题座谈会纪要[J]. 中华外科杂志,2008,46(23):1796-1799.
- [5] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:346-349.
- [6] 张洁. 电针颈椎病穴治疗神经根型颈椎病气滞血瘀证的临床疗效观察[D]. 长沙:湖南中医药大学,2017.
- [7] 李君,冯艺,韩济生,等. 中文版简版 McGill 疼痛问卷-2 的制定与多中心验证[J]. 中国疼痛医学杂志,2013,19(1):42-46.
- [8] 姜宏,施杞. 介绍一种神经根型颈椎病的疗效评定方法[J]. 中华骨科杂志,1998,18(6):381.
- [9] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京:南京中医药大学出版社,1994:202-203.
- [10] 柳登顺,吴军,徐继香. 实用颈腰肢痛诊疗手册[M]. 郑州:河南科学技术出版社,2014:425.
- [11] MCCARRON RF, WIMPEE MW, HUDKINS P, et al. The inflammatory effect of nucleus pulposus. A possible element in the pathogenesis of low back pain[J]. Spine, 2015, 12(8):760-764.
- [12] 王林林,李明,金菲,等. 电针疗法对神经根型颈椎病模型大鼠神经根保护作用机理研究[J]. 辽宁中医药大学学报,2014,16(6):111-114.

(收稿日期:2020-04-01)