

引用:卢享君. 基于穴位敏化理论探讨敏化状态腧穴对神经根型颈椎病的影响[J]. 湖南中医杂志, 2021, 37(8): 71-73.

基于穴位敏化理论探讨敏化状态腧穴 对神经根型颈椎病的影响

卢享君

(长沙市中医医院/长沙市第八医院, 湖南 长沙, 410100)

[摘要] 目的:基于穴位敏化理论探讨敏化状态腧穴对神经根型颈椎病的影响。方法:将符合敏化状态腧穴诊断界值的 128 例患者分为穴位敏化组 96 例、穴位非敏化组 32 例,因 2 组一般资料不均衡而重新匹配,最终纳入 23 例为穴位敏化组、23 例为穴位非敏化组。2 组均采用针刺治疗,疗程为 4 周。观察 2 组疼痛视觉模拟评分法(VAS)评分、颈椎病临床评价量表(CASCA)评分以及生活质量评价量表(SF-12)评分。结果:2 组治疗后及随访时的 VAS 评分、CASCA 评分、SF-12 评分组间比较及治疗前后组内比较,差异均有统计学意义($P < 0.01$)。结论:在针刺相同穴位的情况下,穴位敏化组对神经根型颈椎病的治疗效果优于穴位非敏化组。

[关键词] 神经根型颈椎病;腧穴;针灸;穴位敏化

[中图分类号] R274.915⁺.55 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.08.023

颈椎病是针灸科的常见病之一,根据其组织结构改变及临床症状可分为颈型颈椎病、神经根型颈椎病、椎动脉型颈椎病、脊髓型颈椎病和交感型颈椎病^[1]。神经根型颈椎病(cervical spondylosis radiculopathy, CSR)主要以颈项部疼痛僵硬、肌肉紧张为主要临床表现,同时伴有上肢麻木、酸胀,活动受限等其他症状。近年来,随着社会的老龄化和人们生活、工作习惯的改变,颈椎病的发病率逐年增加,并趋于年轻化。流行病学调查显示,颈椎病发病率达 23.1%,而神经根型颈椎病占全部颈椎病的 60%~70%^[2-3]。现代针灸病谱研究显示,针灸治疗 CSR 的临床报道频次较高,位于针灸病谱中肌肉骨骼系统的第一位^[4],CSR 是针灸优势病种之一。

穴位敏化是近年来针灸领域一个重大的原创科学命题,穴位敏化是穴位由“静止状态”向“激活状态”转化的生理病理过程,是特定穴位对人体脏腑功能的实时动态反映^[5]。穴位敏化实际上是“穴位疼痛敏感性”的扩展,主要表现为生理状态的“静息状态”和病理状态的“激活状态”。处于“激活状态”的穴位称为敏化穴位,对敏化穴位给予相关刺激,能够取得更好的临床疗效,此为“小刺激大反应”^[5-7]。本文以 CSR 患者为研究对象,量化颈椎局部敏化腧穴温度、压痛阈值及电阻,观察穴位敏化与穴位非敏化之间的疗效差异。现报

告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 将 2017 年 8 月至 2018 年 8 月我院针灸康复科收治的 CSR 患者 128 例,按照敏化状态腧穴诊断界值分为穴位敏化组 96 例与穴位非敏化组 32 例。穴位敏化组中,男 40 例,女 56 例;平均年龄(48.22 ± 10.50)岁;平均病程(4.56 ± 2.93)年。穴位非敏化组中,男 12 例,女 20 例;平均年龄(54.84 ± 9.79)岁;平均病程(7.73 ± 2.82)年。2 组一般资料比较,差异有统计学意义($P < 0.01$)。为保证 2 组一般资料的均衡性,采用 1:1 最近邻居匹配法进行匹配,最后选择穴位敏化组 23 例、穴位非敏化组 23 例。穴位敏化组中,男 6 例,女 17 例;平均年龄(50.32 ± 7.40)岁;平均病程(5.13 ± 2.46)年。穴位非敏化组中,男 7 例,女 16 例;平均年龄(52.62 ± 8.50)岁;平均病程(6.33 ± 2.75)年。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 参照《22 个专业 95 个病种中医诊疗方案》^[8] 制定。具有根性分布的症状(麻木、疼痛)和体征;椎间孔挤压试验和/或臂丛牵拉试验阳性;影像学所见与临床表现基本相符。

1.3 纳入标准 1)符合上述诊断标准;2)年龄为 30~65 岁,性别不限;3)就诊前 3 个月内未接受其

他相关治疗;4) 依从性好,愿意配合研究,并签署知情同意书。

1.4 排除标准 1) 颈椎局部有创伤、皮肤破损;2) 合并其他致病原因致使神经根病变;3) 合并颈椎椎体骨折、结核、强直性脊柱炎、严重骨质疏松症等;4) 合并肝肾功能损害、糖尿病或严重的心血管疾病;5) 精神情志异常,不能配合治疗;6) 妊娠期、哺乳期妇女。

1.5 敏化状态腧穴检测方法 CSR 局部选穴频次由高到低依次为颈夹脊、后溪、风池、肩井、大椎、外关、曲池、合谷、天柱、阿是穴^[9-11],本研究依次检测上述腧穴的温度与压痛阈值。1) 穴位温度敏化检测。①环境要求。环境相对安静,室内温度适宜。②仪器调试。Fotric226 全平台热像仪与拍摄镜头采用 USB 接口进行连接,开机后选择红外模式再进行拍摄。③红外热成像图片的采集。拍摄前 30 min 及拍摄过程中嘱患者避免受到任何形式的皮肤刺激,患者需放松且平静后开始进行拍摄。嘱患者充分暴露需拍摄的部位,Fotric226 全平台热像仪采集患者的颈项部、肩部、手背部、肘部共 4 张红外热像图。④注意事项。采集红外热像仪图片时,仪器与皮肤的距离 ≥ 40 cm。2) 穴位压痛阈值敏化检测。①仪器。采用 WANGER 公司生产的 WAGNER 压痛仪(WAGNER INSTRUMENTS)检测患者局部穴位压痛阈值。②操作方法。开机后选择 MAX 模式。患者采取正坐位,充分暴露需要按压的穴位区域,将探头指向穴位,缓慢均匀地按压在垂直于穴位的皮肤表面,直至患者出现“钝痛”“胀痛”“压痛”等疼痛感。此时,观察显示屏显示的数据是穴位的压痛阈值。同一穴位的 2 次检测结果之差 < 100 gf 时,经 2 次检测后取其平均值。如 2 次检测结果之间的差异 > 100 gf,则测第 3 次,取 3 次检测结果的平均值。每一次检测需间隔 5 min。3) 敏化状态腧穴诊断界值。穴位温度敏化诊断界值 $\geq 32.5^{\circ}\text{C}$ 为穴位温度敏化;穴位压痛阈值敏化诊断界值 ≤ 2372.50 gf 为穴位压痛阈敏化^[12-13]。4) 质量控制。为确保检测进行顺利,实施前统一进行培训,选择具有“针灸学”专业知识背景的医师或医学研究生作为采集人员,采集人员需熟悉掌握本研究方案的具体实施内容。

2 治疗方法

2 组均采用针刺治疗。取穴:颈夹脊、后溪、风

池、肩井、大椎、外关、曲池、合谷、天柱、阿是穴。患者均取一侧穴位。选用一次性无菌针灸针[贵州安迪药械有限公司,黔食药监械(准)字 2018 第 2270011 号,0.30 mm \times 40 mm]。采用平补平泻手法行常规针刺治疗,肩颈穴斜刺,风池穴朝鼻尖方向进针,其余穴位直刺,深度均为 0.5~1 寸。得气后留针 20 min 左右。每次 30 min,隔天 1 次,连续治疗 4 周,治疗结束后 3 个月进行随访。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1) 疼痛视觉模拟评分法(VAS)评分。采用 10 cm 的 VAS 评分尺计分,选择最符合疼痛程度的数字。无痛为 0 分,轻度疼痛为 1~3 分,中度疼痛为 4~6 分,重度疼痛为 7~9 分,难以忍受的剧烈疼痛为 10 分^[12]。2) 颈椎病临床评价量表(CASCA)评分。该量表从主观症状、生活和工作及社会适应能力、临床体征 3 个维度评价颈椎病患者颈椎不适程度,其中主观症状评分满分为 18 分,生活和工作及社会适应能力评分满分为 9 分,临床体征评分满分为 73 分,总分为 100 分,得分越高表示颈椎病患者颈椎功能状态越好^[13]。3) 生活质量评价量表(SF-12)评分。该量表包含 12 个条目,每个问题有 2~5 个答案选项,指示患者选择最适合他们的选项。其中包括躯体健康总评(PCS)和精神健康总评(MCS)两部分,分值范围均在 0~100 分,得分越高,表明生活质量越好^[14]。

3.2 统计学方法 采用 SPSS 21.0 软件进行数据分析,其中 PSM 过程利用 PSM 扩展程序实现。计量资料采用均数 \pm 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,组内比较采用配对 t 检验,组间比较采用独立样本 t 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

3.3 治疗结果

3.3.1 2 组 VAS 评分比较 2 组治疗后及随访时的 VAS 评分组间比较及治疗前后组内比较,差异均有统计学意义($P < 0.01$)。(见表 1)

表 1 2 组 VAS 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后	随访
穴位敏化组	23	5.98 \pm 3.68	1.70 \pm 1.87 ^a	2.34 \pm 1.80
穴位非敏化组	23	6.21 \pm 3.60	3.47 \pm 2.39 ^a	4.06 \pm 2.32
t 值		-0.214	-2.655	-2.810
P 值		>0.05	<0.01	<0.01

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.01$ 。

3.3.2 2组 CASCA 评分比较 2组治疗后、随访时的 CASCA 评分组间比较及治疗前后组内比较,差异均有统计学意义($P<0.01$)。(见表2)

3.3.3 2组 SF-12 评分比较 2组治疗后、随访时的 SF-12 评分组间比较及治疗前后组内比较,差异均有统计学意义($P<0.01$)。(见表3)

表2 2组 CASCA 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后	随访
穴位敏化组	23	62.20±6.86	80.74±11.87 ^a	79.14±10.84
穴位非敏化组	23	61.81±6.77	72.77±10.39 ^a	68.62±10.32
<i>t</i> 值		0.194	2.423	3.370
<i>P</i> 值		$P>0.05$	$P<0.01$	$P<0.01$

注:与本组治疗前比较,^a $P<0.01$ 。

表3 2组 SF-12 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	治疗前		治疗后		随访	
		PCS	MCS	PCS	MCS	PCS	MCS
穴位敏化组	23	26.58±1.89	26.57±2.55	49.62±2.78 ^a	48.16±1.57 ^a	47.21±1.97	46.52±2.38
穴位非敏化组	23	25.87±1.98	26.65±2.95	41.87±3.17 ^a	41.89±2.26 ^a	41.82±2.91	40.48±2.78
<i>t</i> 值		1.244	-0.098	8.815	10.927	7.356	7.915
<i>P</i> 值		$P>0.05$	$P>0.01$	$P<0.01$	$P<0.01$	$P<0.01$	$P<0.01$

注:与本组治疗前比较,^a $P<0.01$ 。

4 讨 论

神经根型颈椎病以气血亏虚、肝肾不足为本,以气滞、血瘀、寒湿为标。气血亏虚、肝肾不足则无以濡养颈项部,邪气聚于颈项,使气血津液运行不畅,即正虚为发病之基,气滞、血瘀、寒湿痹阻经脉而发病。穴位敏化是生命整体活动的一个主动过程,这一主动性使敏化腧穴成为了实现“小刺激大反应”的一个基础性的本能环节^[7]。敏化腧穴能够激发经络感传,促进气血运行,使气至病所,故能调节脏腑经络气血,使其正虚得补,气滞得行,血瘀得化,寒湿得祛。

在中医学中早有穴位敏化的“痛敏化”记载,如《灵枢·经筋》中的“以痛为腧”、《备急千金要方》中的“阿是穴”及《针灸资生经》中的“受病处”等。古人在穴位定位时强调“欲得而验之,按其处,应在中而痛解,乃其腧也”,提示疾病时用于治疗穴位会出现痛觉异常及区域大小的变化^[15-16]。本研究结果显示,2组患者 CASCA、VAS、SF-12 评分比较,穴位敏化组疗效均优于非穴位敏化组($P<0.01$),说明在临床上可以灵活运用穴位敏化取穴,可取得更好的疗效。敏化腧穴是针灸治疗疾病的潜在靶点,能提高针灸治疗疾病的临床疗效和扩大针灸的主治范围,值得临床进一步研究。

参考文献

[1] 中华外科杂志编辑部. 颈椎病的手术治疗及围手术期管理专家共识(2018)[J]. 中华外科杂志,2018,56(12):881-884.
[2] HOY DG, PROTAMI M, DE R, et al. The epidemiology of neck pain[J]. Best Pract Res Clin Rheumatol,2010,24(6):783-792.

[3] 安贵霞,田玲玲. 针刺颈夹脊、三经奇穴结合推拿治疗神经根型颈椎病疗效观察[J]. 河南中医,2014,34(1):134-136.
[4] 杜元灏,李晶,孙冬纬,等. 中国现代针灸病谱的研究[J]. 中国针灸,2007,27(5):373-378.
[5] 斯琴高娃,牟秋杰,汉德尔玛,等. 腧穴敏化特性与调控机制研究[J]. 针灸临床杂志,2019,35(8):4-8.
[6] 斯琴高娃,牟秋杰,赵江豪,等. 穴位敏化理论对放血疗法的临床指导意义[J]. 中医药导报,2018,24(18):70-73.
[7] 陈少宗,朱兵. 穴位敏化规律及相关机制的系统科学解析[J]. 山东中医药大学学报,2019,43(5):425-429.
[8] 国家中医药管理局. 22个专业95个病种中医诊疗方案[M]. 北京:国家中医药管理局医政司,2010:87-90.
[9] EZZAT ROWSHAN ZAMIR,杨超,于天源,等. 针刺治疗神经根型颈椎病选经取穴规律探讨[J]. 环球中医药,2019,12(5):718-722.
[10] 罗丽红. 热敏灸结合针刺治疗神经根型颈椎病的临床观察[D]. 广州:广州中医药大学,2012.
[11] 谢炎烽,阮永队,宁晓军,等. 热敏灸治疗神经根型颈椎病疗效对照研究[J]. 中国针灸,2010,30(5):379-382.
[12] BOONSTRA AM, SCHIPHORST PREUPER HR, RENEMAN MF, et al. Reliability and validity of the visual analogue scale for disability in patients with chronic musculoskeletal pain[J]. Int J Rehabil Res,2008,31(2):165-169.
[13] 张鸣生,许伟成,林仲昆,等. 颈椎病临床评价量表的信度与效度研究[J]. 中华物理医学与康复杂志,2003,25(3):25-28.
[14] VAISHNAV AS, GANG CH, IYER S, et al. Correlation between NDI, PROMIS and SF-12 in cervical spine surgery[J]. The Spine Journal,2019,20(3):409-416.
[15] 任晋钰,牟秋杰,王顺,等. 穴位敏化浅析[J]. 针灸临床杂志,2019,35(7):1-4.
[16] 崔翔,章薇,孙建华,等. 肠道疾病相关的牵涉痛规律与穴位敏化的关系[J]. 中国针灸,2019,39(11):1193-1198.

(收稿日期:2020-12-27)