

引用:王春英,孙忠人,王琳晶,孙兴华,姜珊珊.电针颈夹脊穴治疗神经根型颈椎病 40 例临床观察[J].湖南中医杂志,2021,37(10):74-76.

电针颈夹脊穴治疗 神经根型颈椎病 40 例临床观察

王春英¹,孙忠人²,王琳晶¹,孙兴华¹,姜珊珊¹

(1. 黑龙江中医药大学附属第二医院,黑龙江 哈尔滨,150001;

2. 黑龙江中医药大学,黑龙江 哈尔滨,150040)

[摘要] 目的:观察电针颈夹脊穴治疗神经根型颈椎病的临床疗效。方法:将 80 例神经根型颈椎病患者随机分为治疗组与对照组,每组各 40 例。治疗组采用电针颈夹脊穴治疗,对照组采用颈椎牵引治疗。治疗结束后,观察 2 组综合疗效及治疗前后 Northwick Park 颈痛量表(NPQ)评分、McGill 疼痛问卷(MPQ)评分。结果:总有效率治疗组为 97.5%(39/40),对照组为 82.5%(33/40),2 组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗后,2 组 NPQ、MPQ 评分均较治疗前明显下降,且治疗组下降幅度大于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论:电针颈夹脊穴治疗神经根型颈椎病疗效显著,优于颈椎牵引治疗。

[关键词] 神经根型颈椎病;针灸疗法;电针;颈夹脊穴

[中图分类号] R246.9, R274.915⁺.5 **[文献标识码]** A

DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.10.026

随着信息时代的迅猛发展,电子产品的相继出现,使得人们需花费大量时间伏案工作,长期面对手机和电脑,导致颈椎病出现年轻化趋势。有调查显示,2018 年全国颈椎病发病率为 17.3%,且呈逐步上升态势^[1]。其中,神经根型颈椎病(cervical spondylotic radiculopathy, CSR)是颈椎病临床分型中发病率最高的类型,其发病率约占所有分型的 50%~60%^[2]。CSR 临床主要表现为颈肩部僵硬、疼痛、活动受限,并伴有受压神经支配范围的皮肤出现麻木、无力、感觉过敏或放射痛等。孙忠人系黑龙江省名中医,师承国家名老中医孙申田教授,拥有丰富的临床经验,对针刺手法及腧穴特性等均有深入研究,擅长运用针刺治疗各种神经系统疾病,现将其运用电针颈夹脊穴治疗 CSR 40 例取得的良好效果报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 将 2018 年 1~12 月在黑龙江中医药大学附属第二医院针灸科门诊治疗的 CSR 患者 80 例,按照随机数字表法随机分为治疗组和对照组,每组各 40 例。治疗组中,男 17 例,女 23 例;年龄 20~60 岁,平均(40.00±7.00)岁;病程 1 个月至 15 年,平均(8.32±2.26)年。对照组中,男 19 例,

女 21 例;年龄 18~59 岁,平均(39.00±9.00)岁;病程 1 个月至 17 年,平均(8.13±2.54)年。2 组性别、年龄、病程等一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 符合《临床诊疗指南·疼痛学分册》^[3]中的有关标准。患者具有相应节段脊髓神经根的临床症状,如麻木、疼痛、向一侧或双侧上肢的放射痛,且病变部位与所述神经分布节段相一致;触诊颈肩部肌肉时可见肌肉僵硬且伴有颈部活动受限;按压颈部棘突或棘突旁开 1 寸处,患者可出现压痛。臂丛神经牵拉试验和椎间孔挤压试验结果皆为阳性,后期可见患者颈肩部肌肉萎缩、腱反射减弱或消失;X 线正侧位片示:颈椎生理曲度略变直,关节突关节可见增生、椎体间隙变窄,后纵韧带钙化。X 线双斜位片示:椎间孔变小。颈椎 MRI 示:颈椎间盘向后略突出,相应节段神经根受压。

1.3 纳入标准 1)符合上述诊断标准;2)签署知情同意书且配合治疗;3)近 1 个月内或更长时间内未进行任何治疗。

1.4 排除标准 1)患有严重疾病,不适合参加该研究;2)颈部有外伤史、手术史以及骨折病史、椎体

基金项目:国家自然科学基金项目(81704170)

第一作者:王春英,女,副主任医师,第六批全国名老中医药专家学术经验继承人,研究方向:针药结合治疗神经系统疾病及脑病

通讯作者:王琳晶,女,副主任医师,研究方向:针灸治疗神经系统疾病及其并发症

脱位病史、脊髓损伤病史;3)晕针或拒绝针刺治疗;4)孕期或哺乳期妇女。

2 治疗方法

2.1 治疗组 采用电针颈夹脊穴治疗。患者取俯卧位或坐位,医师以病变颈椎的节段为中心,自上而下共取 3 组夹脊穴。确定病位后医师选取规格为 0.35 mm×40 mm 的毫针,向患者颈椎棘突旁开 0.5 寸处斜刺进针,进针深度为 0.8~1.0 寸,之后行平补平泻手法。得气后,采用型号为 LTZB-6500 的电针治疗仪对穴位进行通电。电针仪的波型选择疏波,导线的连接方式为水平连接,其中第 1 组和第 3 组夹脊穴电极的连接方向相同,第 2 组夹脊穴电极的连接方向与第 1 组、第 3 组相反。电流强度以颈部肌肉出现收缩且患者能够耐受为度。每次 30 min,每天 1 次,每周治疗 6 d,休息 1 d。4 周为 1 个疗程。

2.2 对照组 采用颈椎牵引治疗。患者取坐位,在操作过程中先将患者肩颈部的肌肉放松,之后嘱患者颈部前倾 10°~30°(依患者颈椎的病变部位而定)。枕颌带固定患者头部,而后行颈椎牵引。牵引的重量为患者自身体质量的 1/10,也可根据患者的年龄及病变程度酌情增减,开始时建议选用较小重量以利于患者适应。牵引的强度以患者颈部有明显的牵伸感且能够耐受为度。每次 30 min,隔天 1 次。15 次为 1 个疗程。

2 组均治疗 1 个疗程。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1)综合疗效。根据颈肩部疼痛、麻木等症状改善情况评定综合疗效。2)Northwick Park 颈痛量表(NPQ)评分。NPQ 共 9 道题,每题的分数依次计 0、1、2、3、4 分。若患者没有驾驶经历可不回答第 9 题^[4]。NPQ 的百分比算法为:分数总和÷36×100%。3)McGill 疼痛问卷(MPQ)评分。MPQ 共分为 3 部分,包括疼痛分级指数(PRI)、视觉模拟评分(VAS)和疼痛强度(PPI)。PRI 又分为 11 个感觉项和 4 个情感项,每项 0~3 分,共 4 级;VAS 即用一条长 10 cm 的格尺来让患者表达自己的疼痛程度,最左侧(0)表示无痛,最右侧(10)表示剧痛;PPI 共分为 6 级,分数依次为 0~5 分,其表达疼痛的程度与分数的高低成正比;以上 3 项的总分相加即为 MPQ 评分^[5]。

3.2 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[6]

拟定。治愈:颈肩部疼痛、麻木等症状消失,肌力恢复正常,能正常参加劳动与工作,NPQ 百分比≥90%;显效:疼痛、麻木等症状基本消失,但在劳动或工作后肩颈部仍有轻度不适,NPQ 百分比≥75%、但<90%;好转:疼痛、麻木等症状有所减轻,但只能从事一般强度的劳动,NPQ 百分比≥30%、但<75%;无效:临床症状无缓解或 NPQ 百分比<30%。

3.3 统计学方法 应用 SPSS 22.0 统计软件对数据进行处理。计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较采用独立样本 *t* 检验,组内比较采用配对样本 *t* 检验;计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验;等级资料采用秩和检验。 $P<0.05$ 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 97.5%,对照组为 82.5%,2 组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。(见表 1)

表 1 2 组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	治愈	显效	好转	无效	总有效
治疗组	40	9(22.5)	25(62.5)	5(12.5)	1(2.5)	39(97.5) ^a
对照组	40	2(5.0)	25(62.5)	6(15.0)	7(17.5)	33(82.5)

注:与对照组比较,^a $P<0.05$ 。

3.4.2 2 组治疗前后 NPQ、MPQ 评分比较 2 组 NPQ、MPQ 评分治疗前比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,2 组 NPQ、MPQ 评分均较治疗前下降,且治疗组下降幅度大于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。(见表 2)

表 2 2 组治疗前后 NPQ、MPQ 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	时间节点	NPQ	MPQ
治疗组	40	治疗前	32.18±10.21	16.23±4.49
		治疗后	13.54±4.32 ^{ab}	5.32±1.84 ^{ab}
对照组	40	治疗前	31.68±9.85	16.51±3.88
		治疗后	16.33±5.42 ^a	8.20±2.13 ^a

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

4 讨论

CSR 是由于颈部长制动、姿势不良等原因,导致颈椎体发生骨质增生、项韧带钙化等退行性改变,刺激一侧或双侧脊神经根,神经节段的相应分布区产生感觉过敏、疼痛、肌力减弱等症状^[7]。CSR 在中医学中属于“项痹”范畴,其作为颈椎病中最常见的临床分型,主要表现为颈筋拘急、颈项强痛、肩背手臂麻木不仁等^[8]。西医学认为该病与年

龄、职业、外伤等因素相关。孙教授则认为患者素体肝肾阴虚、筋骨不坚,风寒湿邪侵袭人体,瘀阻于颈项肩背处,造成该处气血运行受阻、血行不畅,加重经脉瘀滞,压迫筋节肉骨,从而导致本病发生^[9]。

牵引疗法是目前针对 CSR 比较常见的治疗方法,通过颈椎牵引可增大椎体以及椎间孔之间的间隙,使突出的椎间盘自行回纳至椎体之间,减少神经根的压力,促进颈部血液循环,消除炎性反应,最终达到减轻疼痛、放松颈肩部肌肉及软组织的目的^[10-11]。但在临床应用中,牵引疗法的疗效并不持久,单纯使用颈椎牵引法疗效有限。孙教授是我国著名的神经病学专家,从医三十余年,擅长电针夹脊穴治疗神经系统疾病及脊髓疾病,长期应用电针颈夹脊穴治疗 CSR,方法简单、效果灵验。CSR 在发病部位上与督脉及足太阳膀胱经密切相关,而颈夹脊穴则恰好位于膀胱经与督脉之间。孙教授通过针刺颈夹脊穴不仅激发经络经气,还可疏通、调节病变部位的气血,从而使颈部瘀血消散,解除病邪对颈部筋节肉骨的压迫^[12-13]。由于颈夹脊穴在解剖层面位于斜角肌的起始部,因此,通过针刺颈夹脊穴可以直接或间接缓解颈肩部肌肉痉挛与疼痛,并放松软组织^[14-15]。而且在斜角肌的起始部恰好有臂丛神经通过,所以针刺颈夹脊穴还能够刺激臂丛神经,发挥神经阻滞的作用,以减轻患者的神经根性痛与放射痛等症^[16-17]。在针刺的同时,配合穴位通电。李钦^[18]的研究表明,电针可以提高人体耐痛阈、提高感觉神经及运动神经的兴奋性、抑制痛觉传导,从而发挥镇痛作用。夹脊穴与电刺激结合,使肌肉能够大幅跳动,向后牵拉颈椎椎体,还纳向后突出的椎间盘,扩大椎管容积,缓解受压的神经根,改善颈部神经与肌肉的营养,从而达到治愈 CSR 的目的^[19-20]。

本研究结果显示,电针颈夹脊穴治疗 CSR 疗效明显,在综合疗效及 NPQ、MPQ 评分方面,治疗组均优于对照组。表明电针夹脊穴治疗 CSR 能够减轻患者临床症状,提高患者活动能力,疗效较好,且复发率低,值得临床推广应用。

参考文献

[1] 王莹,董丽娜,钟志伟,等. 肌电图在颈椎病诊断中的临床价值[J]. 中国实验诊断学,2018,22(4):746-748.
 [2] 顾丽丽,曹新添,廖云华,等. 超声引导下选择性神经根阻滞治疗神经根型颈椎病的临床观察[J]. 中国疼痛医学杂志,2018,24(4):311-313.

[3] 中华医学会. 临床诊疗指南·疼痛学分册[M]. 北京:人民卫生出版社,2007:112.
 [4] LI W, CONG W, YAN C, et al. Clinical observation of fast acupuncture for cervical type of cervical spondylosis[J]. Chinese Acupuncture & Moxibustion, 2017, 37(9):951-954.
 [5] 李婕,谢玮,范伟强,等. “颈七针”治疗神经根型颈椎病疗效观察[J]. 上海针灸杂志,2018,37(2):222-225.
 [6] 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,1994:186-187.
 [7] MENG XW, WANG Y, PIAO SA, et al. Wet cupping therapy improves local blood perfusion and analgesic effects in patients with nerve-root type cervical spondylosis[J]. Chinese Journal of Integrative Medicine, 2018, 24(11):1-5.
 [8] 林咸明,罗亮,周慧,等. 颈肩同步牵引结合温针灸治疗神经根型颈椎病临床观察[J]. 中华中医药杂志,2017,32(11):267-270.
 [9] 欧国峰,董博,刘继华. 神经根型颈椎病的中西医治疗进展[J]. 现代中西医结合杂志,2017,26(7):115-117.
 [10] WANG K, WANG H, DENG Z, et al. Cervical traction therapy with and without neck support: a finite element analysis[J]. Musculoskeletal Science and Practice, 2017, 28(Complete):1-9.
 [11] SAHASRABUDHE A, EAPEN C, ZULFEEQUER CP. Comparison of efficacy of mechanical intermittent and kaltenborn cervical traction mobilization with belt in radiating neck pain: a randomized clinical trial[J]. Journal of Musculoskeletal Research, 2017, 20(4):23.
 [12] 衣哲,申红超,陈美晓. 针刺颈夹脊穴联合手三里穴治疗神经根型颈椎病的效果分析[J]. 中国实用医药, 2018, 13(15):29-31.
 [13] 田英敏. 经验穴“折角穴”配合颈夹脊穴电针治疗神经根型颈椎病的疗效观察[J]. 内蒙古中医药, 2019, 38(2):72-73.
 [14] 施金杉. 电针疗法“颈四针”穴与“颈夹脊”穴治疗神经根型颈椎病的疗效对照观察[J]. 中医临床研究, 2018, 10(31):30-32.
 [15] 孙志华,刘乃嘉,王银平,等. 桂枝加葛根汤加味联合颈十针治疗神经根型颈椎病 51 例临床观察[J]. 甘肃中医药大学学报, 2019, 36(1):71-74.
 [16] 陈映霞. 经臂丛神经刺激并针刺治疗颈椎病[J]. 山西中医, 2018, 34(10):30,33.
 [17] 唐流刚,喻杉,吴晓惠,等. 经斜角肌间沟电针手法治疗神经根型颈椎病 100 例疗效观察[J]. 四川中医, 2015, 33(9):158-159.
 [18] 李钦. 透灸法结合电针在神经根型颈椎病患者中的疗效观察及对 VAS 评分的影响研究[J]. 按摩与康复医学, 2018, 9(12):21-22.
 [19] 孙德利,许理忠,倪承浩,等. 电针颈夹脊穴结合行为干预治疗颈椎病疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2016, 35(12):1451-1454.
 [20] 孔荣. 小醒脑针刺法配合电针颈夹脊穴治疗椎动脉型颈椎病的临床观察[J]. 临床医药文献电子杂志, 2018, 5(15):11.