

## • 论著 •

## 透灸法结合电针治疗风寒痹阻型 神经根型颈椎病的临床观察

景福权 牛相来 汪秀梅 周钰

(新疆医科大学第一附属医院针灸推拿科, 新疆 乌鲁木齐 830054)

**【摘要】目的** 比较透灸法结合电针与单纯针刺法治疗神经根型颈椎病(CSR)的临床疗效,为优化临床治疗方案提供一定的依据。**方法** 采用前瞻性研究方法,收集新疆医科大学第一附属医院针灸推拿科住院及门诊就诊的CSR患者60例,按照随机数字表法将患者分为透灸法结合电针治疗组(观察组)和常规针刺治疗组(对照组)两组,每组30例。观察组选主穴为风池、大椎、天柱、后溪、颈椎夹脊穴、肾俞、命门,配穴为颈肩部疼痛明显者加肩井、天宗穴,上肢及手指麻痛甚者加曲池、合谷、外关穴,头晕、头疼明显者加百会、太阳穴;选用 $0.30\text{ mm} \times 40\text{ mm}$ 毫针,取颈部双侧夹脊穴直刺,大椎穴直刺1~1.5寸(同身寸),命门直刺,用补法,肾俞选用 $0.30\text{ mm} \times 50\text{ mm}$ 毫针,直刺,用补法,其余穴位均按照常规针刺,行平补平泻法;针刺得气后加用电针仪,电流强度以患者能耐受为度,留针20 min,期间用艾条灸大椎穴及一组颈部夹脊穴。对照组取穴同观察组,除不艾灸外,其余处理方法同观察组。两组均每日1次,每周连续治疗5次为1个疗程,两个疗程后观察两组临床症状积分的变化和疗效。**结果** 两组治疗后临床症状积分均较治疗前提高,对照组( $15.68 \pm 2.01$ )分比( $7.10 \pm 1.87$ )分,观察组( $18.13 \pm 1.69$ )分比( $7.92 \pm 2.14$ )分,且以观察组的升高程度更显著( $P < 0.01$ )。观察组治疗后总有效率明显高于对照组[96.67% (29/30)比83.33% (25/30),  $P < 0.05$ ]。**结论** 临床使用透灸法结合电针治疗CSR较单纯针刺治疗疗效要好,有一定的可行性。

**【关键词】** 针灸; 神经根型颈椎病; 透灸; 临床研究

**A clinical observation on through moxibustion combined with electric acupuncture for treatment of patients with cervical spondylosis radiculopathy by wind-cold impediment** Jing Fuquan, Niu Xianglai, Wang Xiumei, Zhou Yu. Department of Acupuncture and Massage Branch, the First Affiliated Hospital of Xinjiang Medical University, Urumqi 830054, Xinjiang, China

Corresponding author: Zhou Yu, Email: 349532885@qq.com

**【Abstract】Objective** To compare the clinical efficacy of through moxibustion combined with electric acupuncture versus electric acupuncture alone for treatment of patients with cervical spondylosis radiculopathy (CSR), so as to provide a basis for optimizing clinical treatment. **Methods** A prospective study was conducted. Sixty patients with CSR treated in the clinic of Acupuncture Department as outpatients or admitted into the department of the First Affiliated Hospital of Xinjiang Medical University as inpatients were enrolled, and according to the random number table, they were divided into through moxibustion combined with electric acupuncture treatment group (observation group) and conventional electric acupuncture treatment group (control group), 30 cases in each group. The main acupoints of the observation group were as follows: Fengchi, Dazhui, Tianzhu, Houxi, Cervical Jiaji points, Shenshu, Mingmen, in cases with significant neck and shoulder pain, supporting points were added such as Jianjing, Tianzong, in cases with severe arm and finger numbness and pain, Quchi, Hegu, Waiguan, and in cases with marked dizziness and headache, Baihui, Temple acupoints were added. The needle  $0.30\text{ mm} \times 40\text{ mm}$  in size was chosen to be applied, at bilateral neck Jiaji points, direct subcutaneous needling (piercing) was made, at Dazhui, the piercing of needle for 1 to 1.5 inches was performed (body inch), at Mingmen, reinforcing method was used for piercing, at Shenshu,  $0.30\text{ mm} \times 50\text{ mm}$  needle was chosen for piercing with reinforcing method, and at the rest acupoints, conventional neutral supplementation and drainage method of acupuncture was applied. After obtaining qi from needling, electric needle device was added, the current strength used for individual patient depended on his or her degree of tolerance, the needle retention being 20 minutes, and during the above process, at Dazhui and a set of neck Jiaji points, moxibustion with moxa was applied. The acupoints used in the control group were the same as those in the observation group except moxibustion, other procedures were similar to those in the observation group. In both groups, the therapy was taken once a day for consecutive 5 days in a week, constituting one therapeutic course, and after two courses, the changes of clinical symptom scores and clinical efficacies were observed. **Results** After treatment, the clinical symptom scores in two groups were significantly higher than those before treatment (control group:  $15.68 \pm 2.01$  vs.  $7.10 \pm 1.87$ , observation group:

$18.13 \pm 1.69$  vs.  $7.92 \pm 2.14$ ), and the degree of improvement in the observation group was more significant ( $P < 0.01$ ). After treatment, the total effective rate in observation group was significantly higher than that in the control group [96.67% (29/30) vs. 83.33% (25/30),  $P < 0.05$ ]. **Conclusion** The clinical therapeutic effect of through moxibustion combined with electric acupuncture for treatment of patients with CSR is better than that of electric acupuncture alone, so there is certain feasibility.

**【Key words】** Acupuncture; Cervical spondylosis radiculopathy; Through moxibustion; Clinical research

神经根型颈椎病(CSR)是指由于颈椎间盘、颈椎钩椎关节或关节突关节增生及退行性病变所导致的神经根刺激或受压引起相应神经分布区疼痛为主要临床表现的总称<sup>[1]</sup>。CSR在颈椎病中发病率最高,约占60%以上,严重影响了人们的工作与生活<sup>[2]</sup>。本病属中医学“痹证”范畴,痹者闭也,乃卫气不固,腠理空虚,风寒湿之邪乘虚而入,阻滞气血而致,导致“不通则痛”、“不荣则痛”、“不荣则麻”的证候<sup>[3]</sup>。临幊上对CSR多采用保守治疗为主,而针灸治疗CSR疗效好<sup>[4]</sup>。本研究采用透灸法结合电针治疗风寒痹阻型CSR 60例,收到良好的疗效,报告如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 诊断标准

**1.1.1 西医诊断标准:**根据《第二届颈椎病专题座谈会纪要》<sup>[5]</sup>中CSR的诊断标准筛选病例。

**1.1.2 中医诊断标准:**根据《中医病证诊断疗效标准》<sup>[6]</sup>中CSR的临床诊断标准进行。

**1.1.3 中医证候标准:**参照《针灸治疗学》<sup>[7]</sup>中颈椎病的证型分类标准诊断为风寒痹阻型:夜寐漏肩或久卧湿地而至颈强脊痛,肩臂酸楚,颈部活动受限,甚则手臂麻木发冷,遇寒加重;或伴形寒怕冷、全身酸楚;舌苔薄白或白腻,脉弦紧。

**1.2 病例选择方法:**采用前瞻性随机对照临床研究方法,按CSR西医和中医诊断标准。选择60例2012年11月至2013年11月在新疆医科大学第一附属医院针灸推拿科住院及门诊就诊的CSR患者,全部经颈椎X线片、颈椎CT或者颈椎磁共振成像(MRI)确诊。

本研究符合医学伦理学要求,得到医院伦理委员会批准,所有治疗得到患者的知情同意。

**1.3 病例分组及一般资料:**用随机数字表将纳入患者分为观察组和对照组。观察组30例,男性11例,女性19例;年龄21~71岁,平均( $46.10 \pm 12.55$ )岁;病程12d~3年,其中<5个月者9例,5个月~1年者15例,>1年者6例;学生2例,工人9例,办公室人员19例。对照组30例,男性12例,女性18例;年龄23~67岁,平均( $45.77 \pm 11.09$ )岁;病程15d~4年,其中<5个月者9例,5个月~1年

者12例,>1年者9例;学生3例,工人8例,办公室人员19例。两组性别、年龄、病程等一般资料均衡,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),有可比性。

### 1.4 治疗方法

**1.4.1 观察组操作:**参照《针灸治疗学》<sup>[7]</sup>中的要求进行颈椎病治疗,①主穴为风池、大椎、天柱、后溪、颈椎夹脊穴、肾俞、命门;②配穴为颈肩部疼痛明显者加肩井、天宗穴;上肢及手指麻痛甚者加曲池、合谷、外关穴;头晕、头疼明显者加百会、太阳穴。患者取俯卧位,完全暴露颈项部、前臂以及腰部皮肤,医者查明病灶部位后,常规消毒,选用0.30 mm×40 mm毫针,取颈部双侧夹脊穴直刺,大椎穴直刺1~1.5寸(同身寸),命门直刺,用补法,肾俞选用0.30 mm×50 mm毫针,直刺,用补法,其余穴位均按照常规针刺,行平补平泻法。针刺得气后,留针期间颈部夹脊穴加用G6805-A型电针仪,用疏密波,使得穴位局部肌肤有麻木样抽动感,电流强度以患者能耐受为度,留针20 min。留针期间,用约2~3 cm的艾条灸大椎穴及一组颈部夹脊穴,以患者感觉热度透散至项背部及其周围皮肤为宜。以施灸部位出现皮肤出现微微潮红、汗出即可。

**1.4.2 对照组操作:**取穴同观察组,针刺得气后,于颈部夹脊穴加用电针,用疏密波,留针20 min。

以上治疗均每日1次,1周连续治疗5次为1个疗程,2个疗程后观察患者的临床疗效。

**1.5 观察指标:**采用CSR 20 分法量表进行对临床症状和体征的评定<sup>[8]</sup>,观察其疗效。

**1.6 疗效判定标准:**治愈:临床眩晕及相关症状、体征均消失,肌力恢复正常,患者可以参加正常工作;显效:治疗后,患者眩晕及CSR引起的相应神经分布区疼痛、麻木等症状基本消失,但经劳累后仍然会出现临床症状;好转:患者眩晕症状及CSR引起的相应神经根疼痛症状减轻,但对日常生活工作仍有影响;无效:治疗后所有症状、体征均未改善。

**1.7 统计学处理:**使用SPSS 17.0统计软件处理数据;计量资料以均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,行t检验;计数资料以例(%)表示,用 $\chi^2$ 检验;等级资料用秩和检验; $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结 果

**2.1** 两组治疗前后临床症状积分比较(表 1): 两组治疗后临床症状积分均较治疗前升高,且观察组在改善临床症状积分上优于对照组(均  $P < 0.05$ )。

表 1 治疗前后临床症状积分比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数 (例)	临床症状积分(分)			差值
		治疗前	治疗后		
对照组	30	7.10 ± 1.87	15.68 ± 2.01	-8.58 ± 0.14	
观察组	30	7.92 ± 2.14	18.13 ± 1.69	-10.22 ± 0.45 <sup>a</sup>	

注:与对照组比较,<sup>a</sup> $P < 0.05$

**2.2** 两组临床疗效比较(表 2): 观察组总有效率明显高于对照组( $P < 0.05$ )。说明透灸法结合电针治疗 CSR 疗效优于单纯使用电针。

表 2 两组临床疗效比较

组别	例数 (例)	临床疗效[% (例)]				
		治愈	显效	好转	无效	总有效
对照组	30	10.0 (3)	60.0 (18)	13.3 (4)	16.7 (5)	83.33 (25)
观察组	30	43.3 (13)	40.0 (12)	13.3 (4)	3.3 (1)	96.67 (29) <sup>a</sup>

注:与对照组比较,<sup>a</sup> $P < 0.05$

## 3 讨 论

颈椎病根据其临床症状、体征可分为椎动脉型、神经根型、交感神经型、脊髓型、混合型等 5 种,而以 CSR 的发病率最高<sup>[9]</sup>。近几年来,CSR 的发病率呈逐年上升的趋势<sup>[10]</sup>。中医学认为颈椎病的病因病机为老年气血不足、肝肾亏虚,复感风寒湿邪,阻滞经络,或姿势不正而致气血痹阻,不通则痛。中医根据颈椎病的病因病机可将其分为痰瘀阻滞型、气滞血瘀型、风寒痹阻型、阳气亏虚型、阴阳两虚型等。新疆地处祖国大西北,气候变化显著,人们遭受寒邪侵袭的机会更多,故而本研究主要选取风寒痹阻型 CSR 作为研究对象。结果发现,风寒痹阻型 CSR 在中老年人居多,年龄多>40 岁以上,占 70%,与中老年人器官老化和患有多种慢性疾病有关。中医认为中老年人“诸藏衰”,且多易患虚劳性疾病<sup>[11-12]</sup>。针刺治疗可以疏通局部经络,止痛,再通过艾灸可以起到温经散寒、祛风胜湿的作用<sup>[13]</sup>。

透灸法是指运用针刺得气后,在针柄上及施针

部位加以艾灸,使针刺与艾灸并用于施针穴位,从而达到温阳散寒、活血化瘀、疏通经络的目的。现代医学认为,运用透灸法可使热力迅速沿着针柄传达到深层腧穴部位,使针感更加强烈,并且可使热力迅速传播到局部肌肉神经组织中,从而达到促进血液循环加速、扩张血管、改善局部组织微循环、促进新陈代谢、加速局部水肿再吸收、减轻神经根损害的作用,有助于其修复<sup>[14]</sup>。

CSR 病位在颈项,与督脉、足太阳膀胱经关系密切,故而调理督脉与膀胱经的气血可治疗本病。大椎为督脉穴,亦为小肠之会穴,用电针联合透灸法可激发全身阳气,达到温阳通经之功效;后溪通督脉,而督脉为一身阳脉之海,总督诸阳经,故而可调节阳经气血,舒经通络;命门为督脉穴,位居腰部,具有较强的补肾固元、温化寒湿、舒筋通络之功效;肾俞为膀胱经穴位,同时针灸命门、肾俞更加强了其补肾温阳、祛风散寒之功效。诸穴远近相配,从而达到“通则不痛”的目的。

## 参 考 文 献

- [1] 邵萍,忻志平,裴敏蕾,等.电针夹脊穴治疗神经根型颈椎病疗效观察[J].中国中医骨伤科杂志,2004,12(4):24-26.
- [2] 何宇峰,彭慧渊,徐帮杰.电针联合挑刺法治疗神经根型颈椎病疗效观察[J].吉林中医药,2008,28(4):278-279.
- [3] 蔡玉梅,黄文燕,郑继范,等.针刺从脾胃论治神经根型颈椎病疗效观察[J].上海针灸杂志,2010,29(7):451-453.
- [4] 高希言.透灸法及其临床应用[J].河南中医,2007,27(9):33-34.
- [5] 孙宇,李贵存.第二届颈椎病专题座谈会纪要[J].解放军医学杂志,1994,19(2):156-158.
- [6] 陈佑邦.中华人民共和国中医药行业标准·中医病症诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1995:186.
- [7] 王启才.针灸治疗学[M].北京:中国中医药出版社,2007:210.
- [8] 姜宏,施祀.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):381-382.
- [9] 许建军.刺络拔罐配合颈椎夹脊刺治疗颈椎病 52 例[J].中国中西医结合急救杂志,2009,16(2):115.
- [10] 宋强.颈椎病与牵引治疗[M].上海:科学普及出版社,2003:3.
- [11] 中国中西医结合学会急救医学专业委员会,天津市第一中心医院,《中国中西医结合急救杂志》编辑委员会.老年多器官功能障碍综合征中西医结合诊疗专家共识(草案)[J].中华危重症急救医学,2014,26(7):449-453.
- [12] 景福权,牛相来,王东,等.针刺配合氦氖激光照射治疗神经根型颈椎病疗效观察[J].上海针灸杂志,2015,34(3):237-239.
- [13] 李军,刘增君,孟臻,等.椎动脉型颈椎病的中西医结合综合治疗[J].中国中西医结合急救杂志,2011,18(4):245.
- [14] 高希言,薛洋.透灸法配合针刺治疗腰椎间盘突出症临床观察[J].中医学报,2013,28(10):1594-1595.

(收稿日期:2015-06-09)(本文编辑:李银平)