针刀定点松解枕下肌群治疗椎动脉型颈椎病 30例临床观察

徐小柳¹ 李殿宁¹ 周建斌² 李开平¹

(1.南京中医药大学,江苏南京 210023; 2.南京市中西医结合医院,江苏南京 210014)

摘要 目的:观察小针刀定点松解枕下肌群治疗椎动脉型颈椎病的临床疗效。方法:将椎动脉型颈椎病患者 60 例随机分为治疗组与对照组各 30 例,治疗组采用小针刀定点松解枕下肌群治疗,对照组予以针刺治疗。比较 2 组患者的临床症状改善情况。结果:治疗前后 2 组组内症状评分比较差异均有统计学意义($P < 0.05$),治疗后组间症状评分比较治疗组优于对照组($P < 0.05$),总有效率治疗组为 93.3%,优于对照组的 66.7%($P < 0.05$)。结论:小针刀定点松解枕下肌群治疗枕下肌筋膜疼痛症可明显改善椎动脉型颈椎病的眩晕和头痛等症状,疗效显著。

关键词 椎动脉型颈椎病 肌筋膜疼痛症 针刀 枕下肌群 激痛点

中图分类号 R681.550.5

文献标志码 A

文章编号 1672-397X(2016)05-0064-03

椎动脉型颈椎病(cervical spondylosis of vertebralartery type, CSA)是颈椎病中的常见类型。近年来,笔者运用针刀定点松解枕下肌群治疗枕下肌群肌筋膜疼痛症,以改善椎动脉型颈椎病的眩晕和头痛等症状,取得较好疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 60 例均为 2014 年 2 月至 2015 年 3 月期间南京市中西医结合医院疼痛科针刀门诊的 CSA 患者,符合 CSA 的西医诊断标准,按就诊先后顺序随机分为 2 组。治疗组 30 例:男 14 例,女 16 例;平均年龄(53.77 ± 11.16)岁;平均病程(5.26 ± 2.05)月;对照组 30 例:男 16 例,女 14 例;平均年龄(53.57 ± 9.42)岁;平均病程(5.14 ± 2.25)月。2 组患者性别、年龄、病程比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 参照 1993 年全国第二届颈椎病专题座谈会提出的 CSA 的诊断标准制定:(1)有猝倒发作,伴有颈性眩晕;(2)触诊检查有压痛点及阳性反应物者,旋颈试验阳性;(3)X 线、脑血流图诊断符合椎动脉型颈椎病者;(4)多伴有交感神经症状^[1]。

1.3 排除标准 (1)心脑血管病变及眼源性、耳源性眩晕;(2)颈椎骨折、脱位或急性颈椎间盘突出、结核肿瘤、感染等;(3)妊娠或哺乳期妇女;(4)合并肝肾、造血系统和内分泌系统等严重原发性疾病;(5)精神病患者;(6)不符合纳入标准、易脱落、依从性差等影响疗效或安全性者。

2 治疗方法

2.1 治疗组 采用针刀治疗。(1)治疗点主要选择下项线、C₁ 横突、C₂ 棘突、枕下肌群肌肉激痛点及附着处压痛点^[2]。(2)患者取俯卧位,胸下垫薄垫,屈颈低头,保证呼吸通畅,充分暴露颈部使术野开阔,常规皮肤消毒,用一次性 4 号无菌汉章针刀,左手拇指为押指,刀口线以上内下外方向与中轴线下段呈 30°角,加压固定治疗点,针刀方向与肌纤维方向一致;右手为刺手持针,加压快速刺入皮肤,切开浅深筋膜及由该处经过的肌组织,逐层深入直达骨面,待有强烈酸胀感,再纵行疏通,横向剥离,刀下有松动感后出刀。针刀松解时患者偶有头部放射感。运针结束,出针,创可贴外敷。遇出血,先行压迫止血,再以创可贴外敷针眼。(3)针毕,做颈部牵伸和仰卧旋转侧扳法,缓解因针刀松解时引起的局部肌肉抽搐反应,理筋通络,提高疗效。治疗后 24h 内勿洗澡。7d 治疗 1 次,3 次为 1 个疗程,疗程间休息 1 周,共治疗 2 个疗程。治疗后 6 个月随访。

2.2 对照组 采用针刺治疗。患者取坐位或俯卧位,取穴:阿是穴,风池,风府,翳风,颈百劳,大椎, C₂~C₇ 夹脊穴。穴位常规消毒,选用华佗牌 30 号 1.5 寸毫针,风池穴向鼻尖方向刺入 0.5~0.8 寸,颈夹脊穴向颈前正中线方向倾斜刺入 0.5~1.0 寸,余穴常规刺入,行平补平泻手法,针刺得气后留针 30min,每 10min 行针 1 次。隔日治疗 1 次,7 次为 1 个疗程,疗程间休息 1 周,共治疗 2 个疗程。随访同治疗组。

基金项目:江苏省中医药局师承项目(SC200935);南京中医药大学国家重点省部共建针药结合实验室开放课题

3 疗效观察

3.1 观察指标 依据《中药新药临床研究指导原则》^[9]进行症状评分。主要症状眩晕按轻、中、重度,分别计2分、4分、6分。轻度为无视物旋转,时作时止,活动不受影响;中度为自觉眩晕并有自身旋转,活动受影响,但能坚持工作;重度为自觉头晕并有自身或视物旋转感,活动严重影响,难以胜任工作。伴随症状为头痛、耳鸣、恶心、呕吐、上肢麻木无力、失眠健忘、视物模糊,根据有无症状分别记1分、0分。

3.2 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[4]拟定。痊愈:眩晕、头痛、恶心等主要症状及体征消失,颈部无异常,能够恢复正常工作,至少3个月以上不复发;显效:眩晕、恶心、头痛等主要症状消失,颈项部轻度发僵,活动稍欠利,能够正常工作,3个月内复发频率≤1次;有效:眩晕、恶心、头痛等主要症状及体征减轻明显,能勉强工作,但劳累后易复发,3个月内复发频率>1次;无效:治疗前后症状无改善。

3.3 统计学方法 数据采用SPSS 16.0 统计软件进行分析,所得数据计量资料采用($\bar{x} \pm s$)表示,计量资料采用t检验,计数资料采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组眩晕症状评分比较 见表1。

表1 治疗组、对照组治疗前后眩晕症状评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	30	5.20±1.03	2.10±1.30* [△]
对照组	30	4.90±1.16	2.90±1.42*

注:*与本组治疗前比较, $P < 0.01$;△与对照组治疗后比较, $P < 0.05$ 。

3.4.2 2组临床疗效比较 治疗后半年随访,2组临床疗效比较见表2。

表2 治疗组、对照组临床疗效比较 例(%)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	30	14(46.7)	9(30.0)	5(16.7)	2(6.7)	28(93.3)*
对照组	30	7(23.3)	5(16.7)	8(26.7)	10(33.3)	20(66.7)

注:*与对照组比较, $P < 0.05$ 。

3.4.3 安全性观察 2组患者在治疗过程中均未出现晕针及其他不良反应。

4 讨论

CSA 属中医学“眩晕”、“头痛”等范畴。颈项部结构复杂,从解剖学特点分析,在颈部椎动脉走行可分为椎前段、横突段、寰枕段及颅内段。椎动脉寰枕段位于由3块枕下肌,即头上斜肌、头下斜肌和头后大直肌所构成的枕下三角内,枕下三角上面肌肉分布依次为胸锁乳突肌、斜方肌、头夹肌、头半棘肌和头长肌,深层为枕下肌包括头后大、小直肌和头上、下斜肌4块肌肉。寰枕段肌肉分布和椎动脉的关系密切,对椎动脉的影响较大。有学者也从影像学证实了寰枕段和横突段容易受颈软组织炎症、

压迫等因素刺激导致血管痉挛出现眩晕、头痛、恶心、呕吐、视觉障碍^[9]。另枕下肌的作用主要为协助稳定寰枕及寰枢关节,颈椎受长期不对称力失衡的牵拉,一旦枕下肌受损势必改变寰枕及寰枢关节的稳定性,寰枕关节、小关节发生错位,容易使椎动脉第三段卡压扭曲,同时寰枕及寰枢关节的不稳定也会刺激位于寰椎前的颈上交感神经结,导致血流指标改变出现椎-基底动脉供血不足的眩晕症状。

现代肌筋膜理论研究发现骨骼肌急性损伤和慢性劳损容易产生激痛点^[6],潜在的肌筋膜激痛点在致病因素的作用下被活化可导致该激痛点区域内疼痛,进而临床多发肌筋膜疼痛。同理颈肌因其高频率使用后激痛点活化常引起感觉性、运动性、自主神经性的症状,是颈椎病常见的疼痛因子。激痛点是肌肉紧张或受伤时肌纤维保护性收缩形成紧绷肌带时出现的,容易导致肌肉痉挛和组织水肿,引起局部循环和代谢障碍。由于枕下肌群与椎动脉的关系密切,枕下肌群激痛点诱发的肌筋膜疼痛症可产生肌肉效应,出现引传痛,并限制卡压神经血管,表现出头痛、头晕等症状^[7]。临床研究报道针刺肌筋膜激痛点能去除肌筋膜疼痛,缓解肌肉痉挛,调节颈椎动态平衡,改善CSA眩晕及头项痛症状^[8]。因此,从肌筋膜疼痛的角度去治疗CSA,松解椎周枕下肌群是一个可行途径。

针刀临床应用广泛,治疗CSA疗效明显,且对肌筋膜疼痛的治疗收到良效。笔者基于肌筋膜疼痛理论,运用针刀定点松解枕下肌群,针对枕下肌筋膜疼痛治疗CSA,结果显示有效率为93.3%,症状评分治疗组优于对照组($P < 0.05$),提示针刀从激痛点治疗枕下肌群肌筋膜疼痛可明显改善CSA患者眩晕及疼痛症状。由此可见,针刀定点松解枕下肌群治疗CSA能消除和灭活肌筋膜激痛点,松解软组织以切断信号传入而提高痛阈,缓解疼痛。笔者认为,针刀定点松解枕下肌群治疗CSA是以“针”疏通经络、活血通气止痛;以“刀”消除或灭活肌筋膜激痛点,松解纤维化增生、粘连、机化瘢痕引起的血管神经卡压及无菌性炎症,改善软组织局部因痉挛、缺血缺氧导致的循环和代谢障碍,降低颈椎关节高张力调节颈椎的内外稳定平衡;以“松”治痛治晕,从而产生治疗效果。

参考文献

- [1] 孙宇.第二届颈椎病专题座谈会纪要[J].中华外科杂志,1993,31(8):472.
- [2] SIMONS D G, TRAVELL J G, SIMONS L S. Travell & Simons' myofascial pain and dysfunction: the trigger point manual[M]. Williams & Wilkins, 1999:472.
- [3] 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.
- [4] 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.

灸药合治溃疡性结肠炎 25 例临床观察

刘刚 周莉 熊国卫 宋泽汎 王增增 王玖

(宿迁市中医院消化科,江苏宿迁 223800)

摘要 目的:探讨艾灸疗法对溃疡性结肠炎临床疗效的影响。方法:将 50 例溃疡性结肠炎患者随机分为治疗组和对照组各 25 例,2 组均给予口服美沙拉嗪 0.1g,4 次/d;治疗组在此基础上予以艾灸治疗,1 次/d。2 周为 1 个疗程,4 个疗程后观察评定 2 组临床疗效、黏膜愈合率。结果:治疗组临床疗效及黏膜愈合率均优于对照组($P<0.05$)。结论:艾灸可提高溃疡性结肠炎患者临床疗效及黏膜愈合率。

关键词 溃疡性结肠炎 艾灸 黏膜愈合率 美沙拉嗪

中图分类号 R574.62 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2016)05-0066-02

溃疡性结肠炎(Ulcerative colitis,UC)是一种慢性非特异性炎症性疾病。该病反复发作,病情复杂,病程绵长,迁延难愈,近年来发病率呈逐年升高趋势。艾灸以灸法之温热施于腧穴,可畅经气,调体质,治疗 UC 有着确切的疗效。本研究采用艾灸联合美沙拉嗪治疗溃疡性结肠炎 25 例,并与单纯口服美沙拉嗪的 25 例作对照,取得较好疗效,现报告如下。

1 临床资料

本研究为单中心、前瞻性、随机、对照研究,本院伦理委员会批准。50 例均为 2011 年 2 月~2015 年 4 月本院消化科符合 UC 诊断标准的住院患者。采用随机数字表分组法分为 2 组。治疗组 25 例:男 15 例,女 10 例;平均年龄 34.5 岁;平均病程 5.6 年。对照组 25 例:男 14 例,女 11 例;平均年龄 35.8 岁;平均病程 5.7 年。2 组在年龄、性别、病程等方面比较差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。因溃疡性结肠炎缺乏诊断的金标准,主要结合临床表现、内镜和病理组织学进行综合分析,在排除感染性和非感染性结肠炎的基础上做出诊断^[1]。

2 治疗方法

2.1 对照组 予美沙拉嗪 0.1g 口服,每日 4 次,2 周为 1 个疗程,疗程间休息 1d,4 个疗程后判断疗效。

2.2 治疗组 在对照组治疗基础上施以艾灸。取穴:胃俞,大肠俞,中脘,神阙,关元,足三里,上巨虚。方法:患者取俯卧位,取清艾条 1 支并点燃,每穴灸 5min,以患者局部有温热感而无灼痛感,至皮肤稍有红晕为度,施灸者将食指、中指置于施灸穴位两侧感知受热情况,以便随时调节艾条至皮肤距离,并合理掌握施灸时间,防止烫伤皮肤。每日 1 次,疗程同对照组。女性患者经期暂停治疗,经净后继续治疗至疗程结束。

2 组患者在治疗观察期间均停用其他药物,并忌食辛辣刺激、肥甘厚腻、生冷酒酪等食物。

3 疗效观察

3.1 疗效标准 采用尼莫地平法,即疗效指数=(疗前积分-疗后积分)/疗前积分 $\times 100\%$ 。临床痊愈:症状和体征明显改善,疗效指数 $\geq 95\%$;显效:症状和体征较明显改善,70% $\leq$ 疗效指数 $<95\%$;有效:症状和体征有改善,30% $\leq$ 疗效指数 $<70\%$;无效:症状和体征无明显改善或加重,疗效指数 $<30\%$ ^[2]。

3.2 统计学方法 采用 SPSS17.0 统计软件进行数据处理,符合正态分布的组间比较采用 t 检验;不符合正态分布则采用 Wilcoxon 秩和检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

[5] 范炳华,许丽,林敏,等.椎基底动脉三维 CT 血管造影对颈性眩晕椎动脉寰枕段形态学改变的观察[J].中国骨伤,2015,28(1):39.
 [6] 刘琳,黄强民,汤莉.筋膜疼痛触发点[J].中国组织工程研究,2014,18(46):7520.
 [7] KLINGLER W,VELDERS M,HOPPE K,et al. Clinical relevance of fascial tissue and dysfunctions [J]. Curr Pain Headache Rep,2014,18(8):439.
 [8] 王翀敏,陈红薇,王延武,等.针刺筋膜触发点治疗推动

脉型颈椎病疗效观察[J].上海针灸杂志,2015,34(1):48.

第一作者:徐小柳(1983—),男,硕士研究生,从事针灸、针刀基础与临床研究。

通讯作者:李殿宁,医学博士,副教授。dnli7234@vip.163.com

收稿日期:2016-01-11

编辑:华由 王沁凯