

平刺穴位埋线、直刺穴位埋线与排针平刺治疗紧张型头痛的疗效比较

沈彦喜¹ 范刚启²

(1.泰州市中医院,江苏泰州225300;2.南京中医药大学附属南京中医院,南京市中医院,江苏南京210022)

摘要 目的:比较平刺穴位埋线、直刺穴位埋线与排针平刺法治疗紧张型头痛的临床疗效。方法:将90例紧张型头痛患者随机分为平刺穴位埋线组、直刺穴位埋线组、排针平刺组,每组30例。平刺穴位埋线组和直刺穴位埋线组每2周治疗1次,共治疗2次;排针平刺组每周治疗3次,共治疗2周。观察并比较3组患者治疗前、首次治疗后与入组1个月后疼痛视觉模拟评分法(VAS)评分、头痛指数及颅周肌肉压痛评分变化情况,并评估临床疗效。结果:首次治疗后及入组1个月后3组患者疼痛VAS评分均明显低于本组治疗前($P<0.05$, $P<0.01$);首次治疗后排针平刺组疼痛VAS评分明显低于其他2组($P<0.05$)。入组1个月后3组患者头痛指数均较治疗前明显降低($P<0.01$)。入组1个月后3组患者颅周肌肉压痛评分均较治疗前明显降低($P<0.01$),直刺穴位埋线组明显低于其他2组($P<0.05$)。平刺穴位埋线组和直刺穴位埋线组愈显率为83.3%、80.0%,明显高于排针平刺组的56.7%($P<0.05$)。结论:平刺穴位埋线、直刺穴位埋线和排针平刺均能改善紧张型头痛患者头痛症状,其中直刺穴位埋线能显著减轻颅周肌肉压痛,排针平刺能快速缓解疼痛。

关键词 紧张型头痛;穴位埋线结扎;横刺;直刺;透针;针刺疗法;疗效比较研究

中图分类号 R246.6 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2021)01-0056-04

基金项目 江苏省中医药局“中医脑病学”重点学科开放课题资助项目(NBKF201612)

紧张型头痛为常见的原发性头痛之一,全球患病率为38%,终身患病率为46%,占头痛患者的70%~80%^{[1]320}。近年来紧张型头痛发病率呈上升趋势,其发病机制与颅周肌肉障碍、肌筋膜炎、心理因素、神经介质代谢紊乱、中枢调节机制异常等有关^[2]。西医以止痛药、肌松药和抗抑郁药治疗为主,但长期反复服用止痛药易导致药物依赖性头痛。针灸治疗紧张型头痛具有独特优势^[3]。研究表明,排针平刺法治疗紧张型头痛疗效稳定,可重复性强,但留针时间长,导致留针部位疼痛、血肿、出血或针具脱落等风险^[4];穴位埋线法治疗紧张型头痛,通过持续刺激穴位,可避免长时间留针,减少治疗次数,具有一定的疗效^[5]。本研究我们比较了平刺穴位埋线、直刺穴位埋线与排针平刺治疗紧张型头痛患者的临床疗效,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2016年10月至2019年12月泰州市中医院确诊为紧张型头痛的患者90例,按照就诊顺序编号采用随机数字表法分为平刺穴位埋线组、直刺穴位埋线组与排针平刺组,每组

30例。平刺穴位埋线组男9例,女21例;平均年龄(42.40 ± 11.60)岁;平均病程(17.72 ± 17.93)个月;伴颅周压痛17例。直刺穴位埋线组男10例,女20例;平均年龄(40.30 ± 9.99)岁;平均病程(16.00 ± 15.96)个月;伴颅周压痛18例。排针平刺组男8例,女22例;平均年龄(40.77 ± 11.51)岁;平均病程(16.77 ± 21.18)个月;伴颅周压痛15例。3组患者性别、年龄、病程、伴颅周压痛例数等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究通过泰州市中医院伦理委员会批准(批件号:2017-005-01)。

1.2 诊断标准 参照《神经病学》^{[1]321}中紧张型头痛诊断标准。

1.3 纳入标准 符合紧张型头痛诊断标准;头颅CT/MRI排除颅脑损伤、颅内器质性病变;年龄18~60岁;自愿参加本研究并签署知情同意书。

1.4 排除标准 合并其他类型的原发性头痛(偏头痛、丛集性头痛、药物依赖性头痛等)者;颅内器质性病变引起的头痛及其他继发性头痛患者;精神障碍者,易合并感染及出血、过敏体质者;

不能配合记录头痛评分者;正在参加其他临床试验者。

2 治疗方法

2.1 平刺穴位埋线组 具体操作:患者取俯卧位,取穴双侧脑空透风池、脑户透风府。穴位常规消毒后,使用一次性无菌镊子取出2 cm长的3号胶原蛋白线(山东博大医疗用品股份有限公司)置入7号埋线针(镇江高冠医疗器械有限公司)内;左手捏起并固定脑空周围皮肤,右手持埋线针与头皮保持15°角快速穿透皮肤,深度大约1~2 mm,紧贴皮下缓慢向风池方向进针约3~4 cm;固定针芯,缓慢退出空芯针体,将蛋白线埋于皮下,出针后干棉球按压止血。为使刺激量涵盖枕部区域,用同样的操作方法在脑空穴外旁开1.5 cm处各埋入一根线。脑户透风府穴埋入一根线。共5根线。疗程为1次/2周,治疗2次。

2.2 直刺穴位埋线组 具体操作:患者取俯卧位,取双侧风池穴和C3、C4棘突间旁开1.5寸处。双侧风池穴常规消毒后,使用一次性无菌镊子取出2 cm长的蛋白线置入埋线针内(规格和生产厂家同上),左手轻轻固定在穴位处,右手持埋线针与皮肤垂直,针尖朝向下颌方向,进针约3 cm左右,出现得气感后,固定针芯,缓慢退出空芯针,将蛋白线埋入穴位内,出针后马上按压止血;取C3、C4棘突间旁开1.5寸,右手持埋线针与皮肤垂直,针尖或可朝向脊柱方向,其余操作同上。共4根线。疗程为1次/2周,治疗2次。

2.3 排针平刺组 具体操作:患者取俯卧位,取穴脑空透风池(双侧)、脑户透风府、颌厌透悬厘(双侧)、百会透前顶。穴位常规消毒后,选用1寸华佗牌不锈钢毫针(苏州卫生医疗器械厂生产)进行针刺。脑空透风池,以脑空为进针点,向下平刺向风池,进针约1寸,然后以脑空-风池为基线,左右两侧间隔基线1 cm再各针刺1根平行于基准线的针灸针,共计3根针,进针点皆与脑空在同一水平线,进针方向均向下,皮下进针深度均约1寸;同样操作于脑户透风府、颌厌透悬厘(双侧)、百会透前顶。进针后行小幅度提插捻转1 min左右,以针下无牵连,即针下虚松感为宜,留针4~6 h。疗程为3次/周,治疗2周。

颌厌透悬厘时务必保证:针尖只刺入头皮下层,即浅筋膜层;沿皮下层,浅刺平刺向目标穴,针尖及针身勿刺入颞肌;如针尖或针身深入颞肌(嘱患者张口或做咀嚼动作,如影响此动作完成,即为针刺入颞肌),应退至头皮下层,按前2条要求,重新针刺。

3 疗效观察

3.1 观察指标

3.1.1 疼痛视觉模拟评分法(VAS)评分和疼痛持续时间评分 采用VAS评分评价3组患者治疗前、首次治疗后及入组1个月后的头痛程度。疼痛持续时间评分:数分钟到2 h(含2 h)者记1分,2~6 h(含6 h)者记2分,6~24 h(含24 h)者记3分,24~72 h(含72 h)者记4分,大于72 h者记5分。

3.1.2 头痛指数 参考《头风诊断与疗效评定标准》^[6]评价3组患者治疗前与治疗1个月后头痛程度。头痛指数为近1个月内每次发作的疼痛程度评分乘以每次疼痛持续时间评分之积相加,例如:某患者1个月内头痛3次,第1次疼痛程度记4分、持续时间记2分,第2次疼痛程度记3分、持续时间记3分,第3次疼痛程度记5分、持续时间记1分,则头痛指数=4×2+3×3+5×1=22。

3.1.3 颅周肌肉压痛程度 参照《头风诊断与疗效评定标准》^[6]评价3组患者治疗前与入组1个月后颅周肌肉压痛程度。主诉无疼痛,触诊肌肉无压痛,记0分;主诉无疼痛,触诊出现肌肉轻度压痛,记1分;主诉轻度疼痛,触诊出现肌肉明显压痛,记2分;就诊时有明显疼痛面容,触诊出现肌肉明显压痛,记3分。

3.2 疗效判定标准 参考《头风诊断与疗效评定标准》^[6]拟定疗效判定标准。疗效指数=[(治疗前头痛指数-治疗后头痛指数)/治疗前头痛指数]×100%。痊愈:疗程结束1个月内无头痛发作,伴随症状全部消失,疗效指数≥90%;显效:头痛次数、程度以及头痛持续时间明显减少,疗效指数≥50%,<90%;有效:头痛次数、程度以及头痛持续时间减少,疗效指数≥20%,<50%;无效:头痛次数、程度以及头痛持续时间无明显变化,疗效指数<20%。愈显率(%)=痊愈率+显效率。

3.3 统计学方法 采用SPSS 17.0统计分析软件分析数据。计数资料中构成比比较采用卡方检验。计量资料采用($\bar{x} \pm s$)表示,符合正态分布时,组内采用配对样本 t 检验,组间采用完全随机设计资料的方差分析;不符合正态分布,组内采用相关样本非参数检验,组间采用多个独立样本的非参数检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 3组患者治疗前后各时间点疼痛VAS评分比较 见表1。

3.4.2 3组患者治疗前与入组1个月后头痛指数比较 见表2。

表1 3组患者治疗前后各时间点疼痛VAS评分比较($\bar{x} \pm s$) 单位:分

组别	例数	治疗前	首次治疗后	入组1个月后
平刺穴位埋线组	30	5.43±1.08	3.87±1.11*	2.33±1.47**
直刺穴位埋线组	30	5.60±0.99	3.98±1.30*	2.43±1.69**
排针平刺组	30	5.47±1.13	3.20±1.28* [△]	2.55±1.66**

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$;与平刺穴位埋线组和直刺穴位埋线组同时期比较, $\Delta P<0.05$ 。

表2 3组患者治疗前与入组1个月后头痛指数比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	入组1个月后
平刺穴位埋线组	30	100.60±41.00	32.37±13.77**
直刺穴位埋线组	30	95.17±41.39	33.73±13.75**
排针平刺组	30	91.50±42.75	35.77±15.19**

注:与本组治疗前比较,** $P<0.01$ 。

3.4.3 3组患者治疗前与入组1个月后颅周肌肉压痛评分比较 见表3。

表3 3组患者治疗前与治疗1个月后颅周肌肉压痛评分比较($\bar{x} \pm s$) 单位:分

组别	例数	治疗前	入组1个月后
平刺穴位埋线组	17	1.65±0.61	1.17±0.81**
直刺穴位埋线组	18	1.72±0.67	0.56±0.51***
排针平刺组	15	1.67±0.62	0.96±0.78**

注:与本组治疗前比较,** $P<0.01$;与平刺穴位埋线组和排针平刺组入组1个月后比较,# $P<0.05$ 。

3.4.4 3组患者临床疗效比较 见表4

表4 3组患者临床疗效比较 单位:例

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	愈显率/%	总有效率/%
平刺穴位埋线组	30	5	20	5	0	83.3	100.0
直刺穴位埋线组	30	4	20	6	0	80.0	100.0
排针平刺组	30	2	15	12	1	56.7 [△]	96.7

注:与平刺穴位埋线组和直刺穴位埋线组比较, $\Delta P<0.05$ 。

4 讨论

紧张型头痛西医学称为心因性肌源性头痛,常表现为头部紧箍感、压迫感、沉重感,枕项部存在明显的激痛点,应激和情绪紧张常加重病情。紧张型头痛的发病可能与长期工作紧张或焦虑、抑郁等精神因素导致头、颈部肌肉持续收缩痉挛,相应部位的血管收缩或扩张有关^[7],且头颈肌肉压痛评分与焦虑和抑郁具有正相关性^[8]。

紧张型头痛可归属于中医学“头痛”“头风”等范畴,头颈部经络气血不通、气血不荣,脑失所养,发为头痛。针灸治疗紧张型头痛能够起到通经络、调气血的功效。针刺取穴集中在头项部,百会、风池、风府等为主穴,所处经脉主要集中在足

少阳胆经、督脉^[9]。《灵枢·经脉篇》曰:“足少阳胆经起于目外眦,向上到达额角,向后行至耳后,经颈、肩部后下入缺盆”,而紧张型头痛常表现为围绕头颈部紧箍感或压缩样疼痛病位正符合胆经循行路线;督脉为阳脉之海,《针灸甲乙经》曰:“脑者为髓之海,其腧上在其盖,下在风府”;脑空、风池、脑户、风府属胆经、督脉循行于头颈部要穴。透穴刺法以一针作用于多穴而减少了针刺的痛苦,还可利用几个穴位的协同调节来增强针感,运用于头痛治疗能提高疗效^[10]。脑空透风池、脑户透风府可更好地通导胆经、督脉经气,调神止痛。从解剖学角度,选穴皮下有枕下、枕大、枕小神经,第三枕神经,面神经耳后支等,还有丰富的动静脉血管网,风池在胸锁乳突肌和斜方肌上端之间的凹陷中,深部为头夹肌。研究表明针刺这些神经、血管丰富的腧穴能舒缓颅周肌紧张、调整脑血管内皮弹性从而改善头部血液循环^[11-12]。

前期研究证实,临床止痛疗效与留针时间、针刺强度呈正相关。本研究中排针平刺法与平刺穴位埋线法均“以痛为腧”,能直接作用于疼痛部位,快速有效地进行治疗。其中排针平刺法多浅刺、平刺,刺向病灶,久留针,刺激量小,具有即刻止痛优势^[13]。伴有颅周肌肉压痛的紧张型头痛患者颈部肌肉紧张,除风池有压痛外,风池穴以下颈部也有压痛,为加强刺激,在C3、C4棘突间旁开1.5寸埋入两根线,有利于缓解颈部组织压痛,选择直刺穴位埋线针法,可直达病位,起到舒筋止痛的作用。

本研究结果显示,直刺穴位埋线法缓解颅周肌肉压痛方面优于其他2组;排针平刺法即刻止痛方面优于其他2组。穴位埋线集针刺经穴、异性蛋白刺激经穴作用于一身,能够对腧穴产生持久的刺激,激发经气、调和气血,较排针平刺具有更好的远期疗效,且治疗次数少,为患者提供了方便,但因刺激量大,年老体弱及疼痛敏感者难以接受。针对颈部有压痛的紧张型头痛患者,直刺埋线更有利于缓解颈部压痛。平刺与直刺穴位埋线治疗紧张型头痛疗效相当。下一步拟观察埋线法治疗紧张型头痛的刺激量与治疗时间对疗效的影响。

参考文献

- [1] 吴江,贾建平,崔丽英.神经病学[M].2版.北京:人民卫生出版社,2012.
- [2] 徐明明,郑锦志.紧张型头痛的病因与发病机制研究[J].国际神经病学神经外科学杂志,2007,34(2):147.

针刺联合早期功能锻炼对桡骨远端骨折术后关节功能康复的干预作用研究

——附 57 例临床资料

王 旭^{1,2} 胡元水²

(1.长江航运总医院疼痛科,湖北武汉 430010; 2.鄂州市中心医院康复科,湖北鄂州 436000)

摘 要 目的:观察针刺联合早期功能锻炼对桡骨远端骨折术后关节功能康复的干预作用。方法:将 114 例桡骨远端骨折术后患者随机分为治疗组与对照组,每组 57 例。对照组于术后第 1 天开始予早期功能锻炼,治疗组在对照组治疗的基础上予针刺治疗,1 次/d,连续治疗 7 d 后休息 7 d。2 组疗程均为 12 周。观察并比较 2 组患者术后第 1 天与术后第 12 周腕部肿胀程度、腕关节功能评分、桡骨指标及日常生活能力评分变化情况,并评估临床疗效,记录并发症发生情况。结果:术后第 12 周 2 组患者腕部肿胀程度Ⅱ、Ⅲ度发生率均较术后第 1 天明显降低($P<0.05$),治疗组Ⅱ、Ⅲ度发生率明显低于对照组($P<0.05$)。术后第 12 周 2 组患者腕关节功能单项评分(疼痛、功能状态、活动范围、手活动范围、握力)及总分均较术后第 1 天明显升高($P<0.05$),治疗组明显高于对照组($P<0.05$)。术后第 12 周 2 组患者桡骨指标(掌倾角、尺偏角、桡骨高度)均较术后第 1 天明显改善($P<0.05$),治疗组桡骨高度明显高于对照组($P<0.05$)。术后第 12 周 2 组患者日常生活能力评分均明显高于术后第 1 天($P<0.05$),组间比较差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗组临床总有效率为 96.49%,明显高于对照组的 84.21%($P<0.05$)。治疗组治疗期间并发症发生率明显低于对照组($P<0.05$)。结论:在早期功能锻炼基础上加用针刺治疗桡骨远端骨折术后患者,可明显减轻腕部肿胀程度,改善关节功能,提高生活能力,并降低并发症发生率。

关键词 桡骨骨折;骨折固定术;手术后并发症;针刺疗法;运动疗法

中图分类号 R246.9 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2021)01-0059-04

基金项目 湖北省卫生健康委科研项目(WJ2017 F117)

桡骨远端骨折是常见的骨折类型,约占所有骨折的 10%,多由外伤所致,常伴有桡腕关节及下尺桡关节损伤^[1]。早期功能锻炼是促进患者术后腕关节

功能恢复的重要措施,但单纯物理治疗起效慢,且关节功能障碍发生率高。有研究表明,给予骨折患者针刺治疗,可舒筋通络、止痛活血,改善关节功能^[2]。

- [3] 张圣宏,赵海音.针灸疗法在国内紧张性头痛中运用现状与分析[J].辽宁中医药大学学报,2016,18(8):164.
- [4] 沈彦喜.排针平刺治疗紧张型头痛的临床观察[D].南京:南京中医药大学,2016.
- [5] 孙露.穴位埋线法治疗紧张型头痛疗效观察[D].南京:南京中医药大学,2017.
- [6] 佚名.头风诊断与疗效评定标准[J].山东中医学院学报,1993,17(5):69.
- [7] 付梅.针刺治疗紧张型头痛的临床观察[J].中国中医基础医学杂志,2013,19(7):810.
- [8] 姜磊.不同类型头痛的肌肉压痛及其与焦虑、抑郁的关系[J].中国疼痛医学杂志,2004,10(6):378.
- [9] 李纯,王玲.基于文献研究针刺治疗紧张型头痛的取穴规律[J].中华针灸电子杂志,2019,8(1):30.

- [10] 杨晓琼.论《玉龙歌·杨氏注解》中透穴刺法对头痛的治疗[J].光明中医,2012,27(5):855.
- [11] 卜菊梅,裴君.紧张性头痛的颅内动脉血流速度改变[J].现代中西医结合杂志,2007,16(16):2242.
- [12] 陈日含,陈日立,陈日锋.针刺帽状腱膜筋结点治疗慢性紧张型头痛疗效观察[J].中国针灸,2013,33(3):219.
- [13] 林祺,周文珠,王悦,等.排针平刺法治疗头痛[J].中国针灸,2020,40(11):1193.

第一作者: 沈彦喜(1989—),女,医学硕士,主治中医师,针灸推拿专业。shenyanxi68@163.com

收稿日期: 2020-07-01

编辑: 蔡 强