



•临床研究•

电针“四关穴”治疗神经根型颈椎病临床观察

胡利红

桂林医学院第一附属医院 广西桂林 541000

摘要：目的：观察电针“四关穴”治疗神经根型颈椎病的临床疗效。探讨“不通则痛”在临床上的应用。方法：选取2016年5月至2017年5月在桂林医学院附属医院收治住院的神经根型颈椎病患者40例，随机分为两组。观察组取“合谷”、“太冲”治疗，对照组取颈夹脊穴，每周3次，治疗4周，观察临床疗效。结果：治疗后2组患者症状较治疗前明显改善($P<0.05$)，观察组VAS评分及总有效率优于对照组($P<0.05$)。结论：电针“四关穴”治疗神经根型颈椎病疗效显著，值得临床推广。

关键词：颈椎病；神经根型；电针；四关穴

中图分类号：R256.12

文献标识码：A

文章编号：1009-5187(2017)15-081-01

神经根型颈椎病(cervical spondylotic radiculopathy, CSR)是颈椎病的最常见类型[1]，在各类型颈椎病中占50%-60%，主要症状为根性疼痛，除剧烈的颈部疼痛外还伴随活动受限症状，严重影响患者工作学习生活，长期疼痛还可能引起焦虑抑郁状态，进一步加重疼痛。治疗上因手术治疗并发症较多，费用昂贵等原因，除少数患者具有典型手术指征而采用手术治疗外，临床上常采用针灸、推拿、理疗等非手术疗法。CSR的主要症状为疼痛，中医认为“不通则痛”，认为疼痛的发病机制为颈部经脉不同所致，故常取颈部夹脊穴治疗CSR，但笔者认为，“不通则痛”并非指经脉痹阻不通，而是气血运行不畅所致，治疗应重在调节气血，故观察组采用“四关”穴调气活血治疗CSR，取得了一定疗效，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择

1.1.1 一般资料

本研究病例均来自2015年5月至2016年5月在桂林医学院附属医院收治住院及门诊治疗的患者，按就诊的先后顺序采用随机数字表分为观察组、对照组，每组20例。其中男性患者14例，女性患者16例；患者年龄40-60岁，平均年龄(49±7.2)岁；病程2-20个月，平均病程(8.2±3.5)个月，两组患者一般资料对比无统计学差异($P>0.05$)。

1.1.2 诊断标准

参照2012年国家中医药管理局的《中医病证诊断疗效标准》[2]中相关规定：①具有较典型的根性症状(麻木、疼痛)，且范围与颈脊神经所支配的区域相一致；②压头试验或臂丛牵拉试验阳性；③影像学所见与临床表现相符合。

1.1.3 纳入标准

①符合上述诊断标准者；②具有肩臂痛者；③年龄40-60岁者；④签署知情同意书并能按医生要求完成各项检查及临床观察者。

1.1.4 排除标准

①影像学显示有骨结核、骨质疏松和椎体融合的病例；②合并有严重肝肾功能异常、心脏病等内科疾病者；③妊娠、精神病者；④意识障碍，不能配合采集临床资料者。

1.2 治疗方法

1.2.1 观察组

主穴：合谷，太冲。配穴：风池、肩井、后溪、合谷和外关穴。操作：患者采取仰卧位，穴位碘伏消毒，选用天协牌28号0.25mm×25mm不锈钢毫针，采用单手快速进针直刺0.5-0.8寸，得气后于双“合谷”、“太冲”加G-6805型电针治疗仪，连续波，强度以患者耐受为度，治疗25min，每周3次，治疗4周。

1.2.2 对照组

主穴：病变椎体为中心，上下共3对夹脊穴。配穴同观察组。操作：患者取俯卧位，电针接病变椎体上下2对夹脊穴，余操作及治疗时间频次同观察组。

1.3 观察指标

疼痛视觉模拟评分(VAS)[3]：使用一条长约10cm的游动标尺，两端分别为0分和10分，0分表示无痛，10分代表难以忍受的最剧烈的疼痛，让患者用笔根据自己的疼痛程度在线段上划上相应的点，以能反映患者自觉的疼痛程度。从起点至记号处的距离长度也就是疼痛的量。分别于治疗前和治疗后进行量表评定。

1.4 疗效标准

参照国家中医药管理局1994年颁布的《中医病证诊断疗效标准》[4]中相关标准。治愈：临床症状、体征基本消失，可正常工作及家务活动；好转：临床症状、体征明显缓解，能从事一般工作及家务活动；无效：治疗后症状、体征无改善。

1.5 统计学处理

采用SPSS17.0统计软件进行，研究所得数据以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示。计量资料采用t检验。 $P<0.05$ 具有统计学意义。

2 结果

2组患者VAS评分及治疗效果比较，分别见表1和表2。

表1 2组患者治疗前后VAS评分比较($\bar{x} \pm s$, n=20)

分组	治疗前	治疗后
观察组	6.87±1.67	2.06±0.61#
对照组	6.62±1.52	3.28±0.75#△

注：# $P<0.05$ ，与治疗前相比，△ $P<0.05$ ，与观察组相比。

表2 2组患者治疗前后疗效比较(例)

分组	显效	有效	无效	总有效率
观察组	8	11	1	95%
对照组	6	8	6	70%△

注：△ $P<0.05$ ，与观察组相比。

3 讨论

CSR的主要临床表现为颈肩疼痛，属中医“项痹”范畴，目前中医常认为，CSR以体虚为内因，如肝肾亏虚，督脉虚寒等，以各种原因导致的局部经络阻滞为外因，如风寒痹阻，痰瘀阻滞等，内外因共同导致了CSR的发病[5]，故治疗上常以疏通局部经络，温阳补虚为法。临床上基于“不通则痛”理论，多认为CSR的根本病机为颈部经脉阻塞不通，笔者认为“不通”的并非经脉而是气血。《素问·阴阳应象大论篇》“气伤痛，形伤肿”的论述，“气伤”指的是气机运行不畅的病理状态，气血的运行不畅就会导致疼痛的发生。《素问·举痛论篇》论述“经脉流行不止，环周不休，寒气……客于脉中则气不通，故卒然而痛。”指出经气应周流不息，如环无端，如寒邪或其他有形无形之邪侵袭脉中，经气运行不畅，便会导致疼痛。笔者认为CSR根本病机为颈部经络气机不畅，经络阻塞并非根本原因，故本研究采用电针“四关穴”，气血调达则痛病自愈。取双侧合谷、太冲为“开四关”，《灵枢·九针十二原》载：“五脏有六腑，六腑有十二原，十二原出于四关，四关主治五脏。五脏有疾，当取之十二原。”《针灸穴名解》：“合谷、太冲各二穴，名为四关，以其能开大通也。”中医认为合谷穴为手阳明经原穴，大肠经多气多血故合谷偏于调节气机，太冲穴属足厥阴经原穴，肝经少气多血故太冲侧重于调血，二穴相伍，阴阳并取，气血同调，平衡一身气机升降出入，以达到恢复气血通达的目的。

[1] 谢兴文,王春晓,李宁. 颈椎病发病特征与影响因素的流行病学调查[J]. 中国中医骨伤科杂志,2012,20(07):46-47. [2017-09-04].

[2] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2012: 93-94.

[3] 韦绪性. 中西医临床疼痛学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 1996:14.

[4] 吴少祯. 常见疾病的诊断与疗效判定(标准)[M]. 北京: 中国中医药出版社, 1999: 180-181.

[5] 景福权,汪秀梅,牛相来,周钰. 针刺结合火龙灸法治疗肾虚督寒型神经根型颈椎病的疗效观察[J]. 针刺研究,2016,04:343-346.