



浮针疗法治疗神经根型颈椎病的临床疗效观察

范小艺¹ 高会全² 王启才^{3*}

1 威海卫人民医院康复医学科 山东威海 264200 2 解放军第404医院 山东威海 264200 3 南京中医药大学国际教育学院 210046

摘要: **目的** 探讨对神经根型颈椎病患者行浮针疗法的效果, 评定对患者颈椎功能的改善程度以及缓解根性疼痛的临床价值。**方法** 选取我院收治的60例患者, 采用随机数字表法的形式将其平均分为治疗组和对照组, 每组各为30例。其中对照组患者行基础针刺法, 治疗组患者行浮针疗法。对比两组患者的症状积分以及临床疗效。**结果** 经过不同方法治疗后, 治疗前后两组的积分量表对比均有显著改善, 组间对比差异性存在($p < 0.05$); 治疗后组间对比差异性不显著, 但相对来说, 治疗组优于对照组。**结论** 通过采用浮针疗法或基础针刺法均能够有效的改善患者的临床病症, 但相对来说浮针疗法的缓解疼痛效果要优于基础针刺法。

关键词: 浮针疗法 针刺 神经根型颈椎病 效果分析

中图分类号: R274 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2017)14-205-02

当前, 在人们生活压力以及社会压力不断增大的同时, 颈椎病的患病人群也愈加年轻化, 同时其患病率也呈现为逐年上升的趋势, 根据临床不完全统计, 颈椎病的发病率可高达17.5%左右, 在颈椎病的患病类型中, 神经根型颈椎病的发病率高达60%, 因此临床研究人员致力于寻找一种能够有效缓解患者疼痛, 达到治愈病症的方法, 针对于此, 本文将以为浮针疗法为研究基础, 探讨对病症的治疗效果。

1 资料与方法

1.1 临床数据

选取本次符合研究的门诊患者60例, 采用随机数字表法的形式将其平均分为治疗组($n=30$)和对照组($n=30$)。治疗组中, 5例男性, 25例女性, 年龄在26-79岁之间, 中位年龄(47.92 ± 14.42)岁; 对照组中, 10例男性, 20例女性, 年龄在20-80岁之间, 中位年龄(43.62 ± 14.62)岁。两组患者临床数据如年龄、性别、病程比较差异性不显著, $P > 0.05$ 。

1.2 诊断标准

本次入选研究的60例患者均依据我国中医药管理局于1994年所颁发的《中医证候诊断疗效标准》中的诊断标准^[1]所确诊, 诊断依据为颈椎位置伴有上肢的放射性疼痛, 颈部往后延伸时, 病症加重, 受到神经根皮肤阶段分布位置的牵连, 感觉减弱, 腱反射异常, 肌肉萎缩, 同时肌肉能力降低, 颈椎活动受到限制, 经过牵拉等常规检查, 诊断为阳性。通过进行X线检查可知, 钩椎关节增生明显, CT位置可见椎体后赘生物变窄。排除标准: 手术适应症患者; 通过影像学检查出现异常, 但无临床反应; 其网球肘、腕管综合征、肩周炎、肱二头肌腱鞘炎造成上肢疼痛; X线片显示有骨结核、骨质疏松和椎体融合患者; 不配合本次研究患者。

1.3 观察标准

通过患者的临床反应、临床检查结果以及常规生活状态进行三大项目的模拟评分, 分数最高为29分^[2]。同时采用VAS评分法^[3], 患者依据自己的疼痛程度以及能够忍受的程度通过10厘米的标尺进行标记, 标尺竖直线的两端。其中最小等级为0级, 最高为10级, 分数越高, 疼痛感越强。

1.4 效果判定标准

通过本次研究所得到的积分情况, 对患者颈椎功能的改善度进行分析, 其中 $[(\text{治疗前积分} - \text{治疗后积分}) / (\text{正常} - \text{治疗前积分})] \times 100\%$, 以百分数表示。治疗优秀, 其分数改善程度 $\geq 75\%$, 治疗良好其改善程度小于75%; 尚可可在25%-50%之间, 改善程度差为 $< 25\%$ 。

1.5 统计学分析

本次研究采用SPSS17.0软件统计, 其中结果用 $\bar{x} \pm sD$ 表示, 分别用T检验和秩和检验。

作者简介: 范小艺(1979-), 女, 主治医师, 硕士研究生, 研究方向: 针灸治疗颈肩腰腿痛。

* 通讯作者: 王启才, 男, 主任医师, 教授, 硕士研究生导师。

1.6 方法

治疗组采用浮针疗法, 患者行坐位, 将患侧颈肩部位置以及上肢完整暴露, 让患者进行身体的放松, 以找到疼痛位置, 如病痛位置呈现大范围扩散, 则找到最痛的点; 如患者自述不清楚, 则选择疼痛中央处; 如果患者的神经感觉异常, 不能分辨疼痛区域, 则需要临床医师应用手指进行感觉, 观察是否出现条索以及硬结等情况。进针点位置选取患侧上肢, 针尖需要采用由远到近的方式进行病痛点选取, 对针刺位置进行清理消毒, 将进针器退出后, 医师应用右手将针身向前推。推进的过程中需要缓慢提起, 针尖的程度不可过深, 在进行运针的过程中, 患者不会出现不良反应。而后进行扫散处理, 操作的过程中通过右手中指的位置将患者的皮肤按住, 让针座脱离皮肤, 医师将浮针稍抬, 将进针点设置为支点, 采用手握针座的形式, 进行摆动, 让针尖呈现为扇形, 直至患者感觉不到疼痛方可。操作完成后, 将针芯取出, 用胶布贴附于针座, 以固定在皮下的软管套位置。

在治疗中, 要注意的一点是: 进针的位置以及针头本身所经过的地方, 要避开皮肤位置破损以及瘢痕处, 同时要避开浅表血管的位置, 避免针刺过程中出现出血的现象。对于急危重症的患者, 每日治疗为1次, 留针的控制时间在1日内, 如果温度过热, 患者出现了出汗的现象, 或者患者由于胶布过敏出现了皮肤瘙痒的情况, 则根据患者病情缩短时间; 病情属于轻度的患者, 隔日治疗。

对照组患者采用基础针刺法, 依据世纪全国高等中医院校规划教材《针灸治疗学》^[4]中颈椎病的治疗方法进行。分别选取患者的大椎穴、天柱穴、后溪穴以及夹脊位置, 对于久治不愈, 瘀血已成, 或外感风寒的患者进行加入风门、风府穴, 以达到祛风通络的效果。对于长久劳动损伤肌理的患者加入膈俞、合谷、太冲穴达到止痛的疗效。对于肝肾功能较差的患者加入肝俞穴以及足三里穴达到滋补肝肾的作用; 同时根据患者压痛点位置的所在, 选取肩井、天宗穴达到疏通经气的作用。对于上肢发麻或者手指疼痛的患者加入曲池、合谷、外关穴以此疏通经络。操作方法: 在大椎穴位置进行直刺, 为1-1.5寸, 让针感往肩部以及上肢传导。每日进行1次, 每次留针时间控制在半小时。

2 结果

对两组患者治疗前后的症状积分对比, 详情见表1。

表1: 治疗前后症状积分变化

组别	治疗前	治疗后	t	p
治疗组	18.56 ± 3.06	25.69 ± 2.96	9.1729	0.0000
对照组	18.86 ± 3.05	25.09 ± 2.96	8.0286	0.0000
t	0.3803	0.7850		
p	0.7051	0.4356		

经T检验, 治疗前两组症状积分对比差异性不显著, $P > 0.05$, 可比性意义存在, 治疗组治疗前后症状积分差异性显著($P = 0.00$, $P < 0.01$); 对照组治疗前后症状积分存在差异性($P < 0.01$); 治疗后, 两组症状积分差异性不显著($P > 0.05$)。

2.2 症状积分效果对比



表2: 症状积分效果对比

组别	优秀 (%)	良好 (%)	尚可 (%)	差 (%)	总计
治疗组	14 (46.67)	12 (40.00)	3 (10.00)	1 (3.33)	30
对照组	10 (33.33)	15 (50.00)	3 (10.00)	2 (6.67)	30
合计	24	27	6	3	60

经秩和检验 ($P = 0.322, P > 0.05$), 两组症状积分疗效无明显差异。

3 讨论

作为一种常用的物理性治疗方法, 浮针疗法的主要流程既是通过一次性的针具对患者的局部病症进行针刺, 以此达到快速止痛以及治疗的效果, 作为针灸学以及现代医学联合创新的治疗方法, 浮针疗法的应用和我国远古时期针灸学术的理论息息相关^[5]。在黄帝内经中关于《素问·皮部论》的记载中可知, “凡十二经脉者, 皮之部也。通过中医学的相关理论可知, 颈椎病的发生是由于人体气血不畅, 脉络淤阻, 致颈部不能正常活动, 因此对神经根型颈椎病患者的治疗依据则是对颈椎病以及周围软组织进行调整和改变, 以此达到恢复颈椎生物力学平衡性的效果。在《素问·皮部论》中还有所记载: “皮者, 脉之部也。邪客于皮, 则腠理开, 开则邪入客于络脉, 络脉慢则注于经脉, 经脉满则舍于脏腑也。也就是说, 浮针疗法一般在皮下处进针, 不能深入到达肌层处, 在对皮肤的敏感点进行刺激后, 和皮肤其他组织结构进行相连, 以此达到气血运行的效果, 从而让阴气和阳气相调和, 达到治疗的依据。

在本次研究中, 我院对两组患者治疗前后症状积分变化以及症状积分疗效进行研究, 经 t 检验可知, 治疗前两组患者症状积分差异不显著, $P > 0.05$, 具有可比性; 治疗组治疗前后症状积分有显著差

异 ($P = 0.00, P < 0.01$); 对照组治疗前后症状积分亦有显著差异 ($P = 0.00, P < 0.01$); 但治疗后, 两组症状积分无明显差异 ($P = 0.202, P > 0.05$)。这一数据也证实两组均能有效改善神经根型颈椎病的颈椎功能。

在浮针组的临床研究过程中, 大部分患者在治疗后, 其疼痛感能得到显著的改善和缓解, 然而每次进行复诊后, 其痛感会有所上升, 在本次研究中, 有 3 例患者在治疗前以及治疗后的疼痛缓解情况不佳, 对 3 例患者临床研究可知在生产后期, 哺乳期内患者过度劳动, 导致病症久治不愈, 反复发作, 因此症状缓解不良和新产之后, 元气损伤, 气血俱虚有所关联。对患者予以临床治疗外, 患者应谨遵医嘱, 进行自我护理, 在日常休息过程中, 应尽量保持平躺, 不要让颈椎过度受累, 同时要注意对患者进行颈部保暖, 不可用空调冷风等进行吹风, 同时颈椎位置不能长久的保持在同一个姿势, 定时做保健操, 以此缓解颈部劳累的情况。

综上所述, 采用浮针疗法能够达到治疗神经根型颈椎病的效果, 同时能够有效改善患者的根性疼痛情况, 这一研究值得临床进一步推广和应用。

参考文献

- [1] 国家中医药管理局. 中医病症诊断疗效标准[S]. 南京大学出版社, 1994:186
- [2] 王晓红, 何成奇, 丁明甫等. 颈椎病治疗成绩评分表[J]. 华西医学杂志, 2005, 20(2):232
- [3] 南登崑. 康复医学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1993:267
- [4] 王启才. 针灸治疗学[M]. 中国中医药出版社, 2007:210
- [5] 符仲华. 浮针疗法速治软组织伤痛[M]. 人民军医出版社, 2003:1

(上接第 203 页)

正, 益君相之气阴, “主明则下安”, 相傅用则治节不紊; 三则益脾和胃, 含章土德, 以益生化气血之源。全方条畅三焦之升降, 疏利内外之出入, 兼顾扶正祛邪之裨益, 而匡正喜怒思悲恐之偏颇。心气涣散重者加生麦芽, 黄芪以收敛心气; 肝气上逆加前胡、独活疏肝降逆; 脾气郁结较重与郁金、枳壳、香附行气散结; 肺之气阴消减予桔梗、浙贝母益气生津; 肾气不固重用金樱子、蛤蚧、山萸肉收敛补虚; 淤血重者加桃仁红花以活血祛瘀; 失眠严重者加酸枣仁、远志、茯神养心安神, 开郁助眠等等。

4 讨论与展望

当患者出现不能靠自身调节或心理疏导的情志异常, 且无使用精神药物的指征或必要或担心其副作用而拒绝用药时, 中药干预缓解精神症状是行之有效且安全的。在形神医学的指导下, 利用中医理论对患者的神志症状进行分析、分类并辨证施治对缓解患者身心症状, 提高患者的生存治疗具有重要意义。准确的、动态的掌握形与神在肿瘤

不同阶段的变化, 是形神医学在恶性肿瘤治疗中有效应用的重要条件⁽⁶⁾, 但目前对患者的情志异常的定性、定量分析方法尚不完善, 建立量表以研究肿瘤患者神志异常规律具有实用意义。

参考文献

- [1] 《肿瘤心理学》, 沈雁英, 人民卫生出版社。
- [2] 殷东风. 形神相对统一假说对恶性肿瘤综合治疗的指导作用初探[J]. 辽宁中医杂志, 2013, 40(11): 2177-2180.
- [3] 王婀娜, 殷东风, 形神学说在肿瘤综合治疗中的应用[J]. 实用中医内科杂志, 2011, 2(4): 58-59.
- [4] 顾思梦, 余蕾, 王福顺, 乔明琦. 中医情志的现代心理学探究[J]. 世界科学技术—中医药现代化, 2016, 18(04):709-713.
- [5] 郭丽华. 北柴胡、南柴胡和三岛柴胡比较生物学的研究[D]. 东北农业大学, 2003.
- [6] 唐广义, 殷东风, 薛友珍, 潘玉真, 朱颖. 形神损伤在胃肠癌不同阶段变化规律初探[J]. 辽宁中医杂志, 2015, 42(04):767-768.

(上接第 204 页)

的材料, 对括约肌进行操作, 利用材料的诱导作用从而发生炎症纤维化反应, 而对括约肌的固定, 可以预防手术操作中对肛门发生失禁, 是临床上最常用、最简捷且有效的方式, 治疗后能降低肛周相关并发症和减低复发, 该种治疗方式能有效预防肛门失禁、狭窄或者黏膜外翻的发生几率, 但是术后还会存在术后首次排便或平日排便疼痛感明显、肛门功能受损以及其他相关并发症, 故对治疗的疗效产生一定的影响, 所以如何提高治疗效果, 减轻患者疼痛成为临床研究的重点。

中药熏洗治疗是中医药外用治疗的手段之一, 通过对药物的加热, 熏蒸, 改善血液的微循环; 待温度适宜后再进行冲洗, 有效的预防感染, 促进创口的愈合。方中马齿苋、连翘清热解毒, 蒲公英、金银花消肿散结, 黄柏清热燥湿, 芒硝泻热通便、清火消肿, 秦艽祛风止痛, 诸药合用可发挥清热解毒、生肌止痛之功效^[6-7]。

本次研究结果充分说明复杂性肛瘘中医挂线配合中药熏洗治疗的疗效较好, 患者术后并发症明显降低, 愈合时间、住院时间均明显缩短, 值得临床推广。

参考文献

- [1] 赵振虎. 中医挂线配合中药熏洗治疗复杂性肛瘘 60 例临床分析[J]. 内蒙古中医药, 2013, 32(26):5-6.
- [2] 李峨. 中医挂线疗法治疗高位肛瘘技术参数的规范化研究[D]. 北京: 中国中医科学院临床医学专业博士学位论文, 2010: 2.
- [3] 韩丽君, 李鹏, 董岩平, 等. 切开挂线开窗术治疗高位复杂性肛瘘 128 例疗效观察[J]. 山西中医学院学报, 2011, 12(3):45-46.
- [4] 王毅. 中药熏洗方结合挂线手术治疗复杂性肛瘘 40 例[J]. 陕西中医, 2014, 11(5):541-543.
- [5] 倪锐, 周如乐, 汤左洁, 等. 切开挂线术联合中药熏洗对复杂性肛瘘的临床效果分析[J]. 中外医学研究, 2014, 15(16):30-31.
- [6] 张永刚, 张茂香, 唐淑敏, 等. 括约肌间瘘管结扎术与切开挂线术治疗复杂性肛瘘的临床疗效比较[J]. 中华普通外科杂志, 2012, 27(11):940-941.
- [7] 周茂林. 中医挂线联合中药熏洗治疗复杂性肛瘘的临床效果分析[J]. 内蒙古中医药, 2014, 3(11):56-57.