

·传统医学与康复·

颈夹脊穴穴位注射治疗椎动脉型颈椎病的临床观察

周 利¹ 郑会芬¹ 邹 燃¹ 张红星¹

摘要 目的:观察颈夹脊穴注射治疗椎动脉型颈椎病(CSA)的临床疗效及其对血浆内皮素(ET)及降钙素基因相关肽(CGRP)含量的影响。方法:将 60 例椎动脉型颈椎病患者随机分为穴位注射组和电针治疗组各 30 例,观察 2 组的临床疗效,并于治疗前后分别检测患者血浆 ET、CGRP 的含量。结果:颈夹脊穴注射组总有效率为 96.7%,电针治疗组总有效率为 93.3%,两组疗效比较差异无显著性意义($P>0.05$);与治疗前比较,治疗后两组血浆 ET 水平降低、CGRP 水平有明显升高,治疗前后比较差异有非常显著性意义($P<0.01$)。结论:颈夹脊穴穴位注射和电针疗法对椎动脉型颈椎病均有较好的临床疗效并良性调节患者血浆 ET、CGRP 的水平。

关键词 颈椎病;穴位疗法;椎动脉供血不足;穴位注射;夹脊穴

中图分类号:R493,R245.9,R681.5 文献标识码:A 文章编号:1001-1242(2008)-03-0232-03

Observation on therapeutic effects of acupoint injection at cervical Jiaji points on cervical spondylosis of arterial type/ZHOU Li,ZHENG Huifen,ZOU Ran, et al//Chinese Journal of Rehabilitation Medicine, 2008, 23(3): 232—234

Abstract Objective: To observe the therapeutic effects of point injection at cervical Jiaji points and effects on ET and CGRP in patients with cervical spondylosis of arterial type (CSA), as well as the effects on vertebral artery maximal blood flow and blood vessel diameter. **Method:** Sixty cases were equally randomized into treatment group (treated with acupoint injection at cervical Jiaji points) and control group (treated with electro-acupuncture at cervical Jiaji points). The therapeutic effects, the changes of ET and CGRP contents, the vertebral maximal blood flow and the blood vessel diameter (examined by Color Doppler Ultrasonography) were evaluated before and after treatment. **Result:** The total effective rate was 96.7% in the treatment group and 93.3% in the control group, and no significant difference was seen in comparison between the two groups in therapeutic effects ($P>0.05$). In both groups lower plasma ET and higher CGRP were observed after treatment than before with significant differences ($P<0.01$). **Conclusion:** Both acupoint injection and electro-acupuncture at cervical Jiaji points could provide obvious clinical effects and benignly regulate ET and CGRP levels in patients with CSA. Acupoint injection therapy is convenient, safe and economical.

Author's address Department of Acupuncture & Moxibustion, Wuhan Chinese and Western Medicine Hospital, Hubei, 430022

Key words cervical spondylosis; acupoint therapy; vertebrobasilar artery insufficiency; acupoint injection; Jiaji points

椎动脉型颈椎病(cervical spondylosis of arterial, CSA)是临床常见病、多发病,是由于椎动脉受压迫或刺激而引起其供血不足所产生的以眩晕和头痛为主要临床症状的一组综合征。国外曾有人统计,约 70%的颈椎病患者伴有椎动脉受累的表现^[1]。临床针灸治疗本病采用颈夹脊穴为多。2005 年 9 月—2006 年 8 月,笔者分别采用颈夹脊穴穴位注射和电针疗法治疗 CSA 患者,比较观察了两种疗法的临床疗效及其对 CSA 患者血浆内皮素(endothelin, ET)及降钙素基因相关肽(calcitonin gene-related peptide, CGRP)含量的影响^[2-3]。现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

全部病例均为 2005 年 9 月—2006 年 8 月武汉市中西医结合医院针灸科门诊及住院患者。60 例患者在签署知情同意后,按入院先后顺序用随机数字表法分为颈夹脊穴穴位注射组和电针治疗组各 30 例。其中穴位注射组:男 14 例,女 16 例,年龄 32—65 岁,平均 44.36 ± 9.46 岁;病程 6 个月—11 年;电针治疗组:男 17 例,女 13 例,年龄 31—64 岁,平均为 43.97 ± 9.13 岁;病程 5 个月—12 年。两组患者的性别、年龄及病程等一般情况经统计学检验差异

1 武汉市中西医结合医院针灸科,430022

作者简介:周利,女,硕士,主治医师

收稿日期:2007-07-19

没有显著性意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准: 采用全国第二届颈椎病专题座谈会纪要中有关椎动脉型颈椎病的诊断标准^[4]。

1.2.2 中医诊断标准: 参考 1994 年国家中医药管理局发布的《中医病证诊断疗效标准》^[5]中椎动脉型颈椎病的诊断标准。

1.3 治疗方法

穴位注射组: 患者取坐位,术者选取 C5、C6 夹脊穴,用 0.55mm×40mm 针头 5ml 注射器抽取复方当归注射液(雅安)1ml 加入 5%葡萄糖溶液 3ml,穴位局部常规消毒后,右手持注射器直刺入穴位 40mm,待患者酸胀得气回抽无血后,将复方当归注射液缓慢推入,每穴 0.5—1ml。

电针治疗组: 患者取坐位,局部皮肤常规消毒,取 C5、C6 夹脊穴,用 0.28mm×30mm 毫针直刺快速进针,使其针感传导,得气后,用韩氏穴位神经刺激仪(HANS)给予电刺激。刺激参数:频率为 2Hz 或 100Hz,波宽在 2Hz 为 0.6ms,刺激开始的电流强度为 0.5mA,10min 后增至 1mA,又 10min 后增至 2mA,共刺激 30min。

疗程: 穴位注射组隔日 1 次,电针治疗组 1 次/日,2 周为 1 个疗程,疗程间休息 1d,共治疗 2 疗程。

1.4 观察指标及疗效判定标准

1.4.1 临床症状及体征的评分: 参照《中药新药临床研究指导原则》^[6],①眩晕程度:无眩晕,0 分;轻度眩晕尚可忍受,能正常行走,对工作生活无明显影响,1 分;中度眩晕,较难忍受,行走有困难,需扶持或坐下,对工作生活有较大影响,2 分;重度眩晕,无法忍受,需卧床,对工作生活有严重影响,3 分。②眩晕时间:无眩晕,0 分;<60min/d,1 分;61—240 min/d,2 分;>240 min/d,3 分。③眩晕频率:无眩晕,0 分;<5 次/周,1 分;6—20 次/周,2 分;>20 次/周,3 分。④头痛:无头痛,0 分;轻度疼痛,尚可忍受,对工作生活无明显影响,1 分;中度疼痛,较难忍受,对工作生活有较大影响,2 分;重度疼痛,无法忍受,对工作生活有严重影响,3 分。⑤旋颈试验:旋颈试验阴性,0 分;旋颈试验阳性,1 分;旋颈试验强阳性,2 分。

1.4.2 治疗前、后分别测定患者血浆 ET、CGRP 的含量: 所有受检者取空腹静脉血 4ml,注入含 10%乙二胺四乙酸二钠 30μl 和抑肽酶 40μl 试管中,离心 10min (3000r/min),分离血浆于-20℃冰箱内保存待检。治疗 2 个疗程后再次取静脉血复查,方法同前。采用放射免疫分析法(RIA)测定 ET 和 CGRP 含量,药盒由解放军总医院东亚免疫所提供,严格按照使

用说明进行检测。

1.4.3 疗效评定标准: 参照中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》^[3]中颈椎病中“疗效评定”的原则,结合本研究特点,以症状、体征为依据,修订判定标准如下:改善率=(治疗后积分-治疗前积分)÷(治疗前积分)×100%。临床痊愈:改善率>90%。显效:90%>改善率>75%。有效:75%>改善率>30%。无效:改善率<30%。

1.5 统计学分析

采用 SPSS13.0 软件进行统计学处理。疗效评定采用秩和检验。临床症状及体征评分比较用配对 t 检验。计量数据用均数±标准差表示。

2 结果

2.1 两组椎动脉型颈椎病患者治疗前、后症状及体征的总积分比较

由表 1 可见,两组患者治疗前总积分比较,差异无显著性意义($P>0.05$),具有临床可比性;两组患者治疗前、后总积分比较,差异均有显著性意义($P<0.01$);而治疗后两组间总积分比较差异无显著性意义($P>0.05$)。

2.2 穴位注射组和电针治疗组临床疗效比较

由表 2 可知,穴位注射组与电针治疗组治疗后均有较好的临床疗效,经秩和检验,两组总有效率比较,差异无显著性意义($P>0.05$)。

2.3 两组椎动脉型颈椎病患者治疗前、后血浆 ET、CGRP 的比较

由表 3 可见,两组患者治疗前血浆 ET、CGRP 浓度无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。两组治疗前、后比较,差异有显著性意义($P<0.05$);而治疗后两组间比较差异无显著性意义($P>0.05$),提示:说明两种治疗方法均可降低血浆 ET、升高 CGRP 浓度。

表 1 两组患者治疗前、后症状及体征的总积分比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
穴位注射组	30	9.51±0.67	6.44±0.93 ^①
电针治疗组	30	9.49±0.82	7.01±0.78 ^①

①与治疗前比较 $P<0.01$

表 2 穴位注射组和电针治疗组临床疗效比较

组别	例数	痊愈		显效		有效		无效		总有效率	
		例	%	例	%	例	%	例	%	例	%
穴位注射组	30	3	10.0	19	63.3	7	23.3	1	3.3	29	96.7
电针治疗组	30	2	6.7	18	60.0	8	26.7	2	6.7	28	93.3

表 3 两组治疗前、后血浆 ET、CGRP 的比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	ET(pg/ml)		CGRP(pg/ml)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
穴位注射组	30	60.77±11.52	53.70±11.52 ^②	88.22±26.43	171.5±106.40 ^②
电针治疗组	30	61.13±9.78	55.83±8.18 ^①	91.16±31.97	170.3±128.30 ^①

①与治疗前比较 $P<0.05$;②与电针治疗组比较 $P>0.05$

3 讨论

现代医学认为, 椎动脉型颈椎病是由于颈椎的不稳定、颈椎正常曲线的改变、椎体以及钩椎关节的骨质增生, 直接刺激椎动脉使之痉挛, 或压迫使之扭曲、狭窄、闭塞等, 致使椎-基底动脉血流量减少, 从而产生椎-基底动脉供血不足的症状^[7-8], 主要表现为眩晕、血管性头痛、视觉障碍和上肢麻木, 可伴有耳鸣、眼球震颤, 还可出现一侧肌力减弱及腱反射亢进。椎动脉型颈椎病属于中医学头痛、眩晕范畴。多因年老体弱, 肝肾亏虚, 髓海失充, 风痰上扰清窍, 或肝阳上亢, 或思虑烦劳过度、气血亏损, 或劳损、外伤以致筋骨失养, 或感风、寒、湿邪闭阻经络, 气滞血瘀, 使气血不能上达脑窍等引起。

颈夹脊^[9]属经外奇穴, 位于颈椎骨旁。从经脉走行看, 其内夹督脉, 外邻膀胱两经。针刺颈部夹脊穴能疏通督脉和膀胱经的气血, 气为血之帅, 气行则血行, 使下部气血上供于脑, 上部气血下归其道, 气滞痰瘀得除, 气血上荣, 脑得所养, 髓得所充, 眩晕得痊愈。从局部解剖看, 每穴下都有从相应椎骨下方发出的脊神经后支及其伴行的动、静脉丛分布, 而椎动脉第 2 段(椎管段)位于第 2—6 颈神经前支的前方, 故刺激该穴, 可使局部神经纤维兴奋, 促进血液循环, 缓解肌肉痉挛, 减轻神经及软组织的炎症、水肿等病理变化。

复方当归注射液是中药制剂, 含有当归^[10-11]、川芎等成分^[12]。其中当归的首要功效就是补血、活血。川芎具有活血行气、祛风止痛、开郁燥湿等功效。现代研究认为: 复方当归注射液具有舒张血管、改善微循环、促进血流, 增加血供量, 改善椎动脉的供血状况的作用^[13]。复方当归注射液穴位注射颈夹脊穴治疗椎动脉型颈椎病, 可产生穴位的特异性刺激和药物的双重治疗作用, 能有效改善椎动脉血供, 增加脑血流量, 从而改善大脑供血。

内皮素是迄今为止发现的作用最强的缩血管物质^[14-15], 在调节脑血流方面起着重要作用, 它广泛存在于血管内皮和各种组织、细胞中。CGRP^[16]是目前体内最强的舒张血管活性多肽, 主要分布于中枢和周围神经系统中, 几乎所有血管床均有神经纤维分布。血浆 ET、CGRP 是一对强大且作用相反的内源性舒缩血管效应物质。正常生理状态下血浆 ET、

CGRP 水平保持相对平衡, 共同维持脑血管的缩舒功能以调节脑血流变化。

本研究结果表明: 颈夹脊穴复方当归注射液穴位注射^[17]和电针治疗椎动脉型颈椎病, 均能有效改善患者的临床症状及体征, 并均能良性调节患者血浆 ET、CGRP 的含量。但由于穴位注射疗法是隔日一次, 每次治疗时间较电针治疗时间短, 操作简便, 节省时间, 且无毒副作用, 安全、经济。因此, 我们认为颈夹脊穴穴位注射治疗椎动脉型颈椎病值得在临床上推广。

参考文献

- [1] 张红星. 实用颈椎病指南[M]. 武汉: 湖北科学技术出版社, 2005.
- [2] 戴云海, 程光华, 苏晓丽. 犬椎动脉狭窄早期血浆血管活性因子水平的变化[J]. 放射免疫学杂志, 2007,(2001):7—9.
- [3] 王琳琳, 刘学源. 椎-基底动脉供血不足患者血浆 ET、CGRP 及 NSE 测定的临床意义[J]. 放射免疫学杂志, 2007,(2003):212—214.
- [4] 全国第二届颈椎病专题座谈会纪要. 颈椎病专题座谈会拟定的诊断及分型标准[J]. 中华外科杂志, 1993,31(8):472.
- [5] 国家中医管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京大学出版社, 1994.186.
- [6] 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, 2002.248—249.
- [7] 赵定麟. 现代颈椎病学[M]. 北京: 人民军医出版社, 2001.127—129.
- [8] 翟宏伟. 椎动脉型颈椎病的发病机制 [J]. 中国康复医学杂志, 2006,21(7):668—670.
- [9] 黄芳, 周立志, 张琴, 等. 夹脊电针治疗颈性眩晕的疗效观察[J]. 中国康复医学杂志, 2004,19(7):540.
- [10] 李凯, 韦丹, 李家康. 针灸加穴位注射治疗椎动脉型颈椎病的疗效观察[J]. 湖北中医杂志, 2006, 28(5):48.
- [11] 李淑波. 穴位注射治疗颈椎病 56 例疗效观察 [J]. 山西中医, 2005, 21(4):39—40.
- [12] 郝银丽, 尚玉才, 侯莉娟, 等. 川芎嗪治疗椎动脉型颈椎病的临床研究[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2007, 15(2):11—13.
- [13] 夏平, 张平, 李绍平, 等. 当归的药理作用研究进展[J]. 时珍国医国药, 2004,15(3):164.
- [14] 许爱梅, 庄向华, 董视虎. 内皮素-1 的研究进展[J]. 国外医学·内科学分册, 2004, 31(5):198—230.
- [15] 伍海昭, 林列, 朱加德, 等. 椎动脉型颈椎病血浆 ET、NO 的变化[J]. 中医正骨, 2004, 16(2):3—4.
- [16] 房春燕, 李宁, 高尔. 降钙素基因相关肽在痛觉调制过程中作用的研究进展[J]. 中国康复医学杂志, 2004,19(7):554—556.
- [17] 胡明珠. 穴位注射治疗颈椎病进展 [J]. 河南中医, 2006,26(8):80—83.