

·短篇论著·

电针督脉经穴治疗椎动脉型颈椎病的临床疗效及对内皮素、6 酮前列腺素 F1a 含量的影响^{*}

潘文宇¹ 刘醒如¹ 庄礼兴¹

椎动脉型颈椎病 (cervical spondylopathy of vertebral artery, CSA) 是中、老年人的常见病、多发病之一。CSA 是指因颈椎退行性变引起颈椎管或椎间孔变形、狭窄, 刺激、压迫了椎动脉, 造成脊内外平衡失调, 引起椎-基底动脉供血不足, 临床表现为头晕、头痛等脑血管痉挛症状及眩晕、恶心、耳鸣、视物不清等脑缺血症状。因其发病率随着社会人口老龄化程度的加大有逐年提高的趋势, 及随着现代生活节奏的加速及工作压力的增大有呈现年轻化的趋势, 故愈来愈受到医疗界的重视。CSA 在祖国医学中属“眩晕”等范畴。笔者近年来采用电针督脉经穴治疗 CSA 取得较好疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

2004—2008 年在广州中医药大学第一附属医院和合作医院针灸科门诊的就诊病例 100 例, 采用随机对照方法分为治疗组 (电针督脉经穴)、对照组 (电针病灶颈夹脊穴) 各 50 例, 最后对照组脱落 4 例, 实际治疗组为 50 例, 对照组为 46 例。治疗组 50 例中, 男 18 例, 女 32 例; 年龄 36—60 岁, 平均年龄 (51.63±10.7) 岁, 病程最短者 2 个月, 最长者 5 年, 平均 (2.69±1.34) 年。对照组 46 例中, 男 19 例, 女 27 例; 年龄 38—64 岁, 平均年龄 (52.13±11.38) 岁, 病程最短者 2 个月, 最长者 8 年, 平均 (2.91±1.83) 年。两组病例一般情况经统计学分析, 差异均无显著性意义 ($P>0.05$), 具有可比性。

中医诊断标准参照《中医病证诊断疗效标准》(ZY/T001.9-94)^[1]。①颈性眩晕、头痛、耳鸣、耳聋、恶心、呕吐、视物不清、体位性猝倒; ②旋颈征阳性; ③X 线片有异常所见; ④多伴交感神经症状。

中医辨证分型标准参照《中医病证诊断疗效标准》: ①气血亏虚: 头晕目眩, 面色苍白, 心悸气短, 四肢麻木, 倦怠乏力。舌淡苔少, 脉细弱。②肝肾不足: 眩晕头痛, 耳鸣耳聋, 失眠多梦, 肢体麻木, 面红目赤。舌红少津, 脉弦。③痰湿阻络: 头晕目眩, 头重如裹, 四肢麻木不仁, 纳呆。舌暗红, 苔厚腻, 脉弦滑。④气滞血瘀: 颈肩部、上肢刺痛, 痛处固定, 伴有肢体麻木。舌质暗, 脉弦。

纳入标准: ①凡符合椎动脉型颈椎病诊断标准者。②年龄在 18—65 岁之间者。③能按计划坚持治疗者。

排除标准: ①除外眼源性、耳源性眩晕。②除外椎动脉 I 段 (进入颈 6 横突孔以前的椎动脉段) 和椎动脉 III 段 (出颈椎进入颅内以前的椎动脉段) 受压所引起基底动脉供血不足。③合并有心脑血管、肝、肾和造血系统等严重危及生命的原发性疾病以及精神病患者。④年龄不足 18 岁或超过 65 岁者, 妊娠或哺乳期患者。⑤接受其他有关治疗, 可能影响本研究的效应指标观测者。

1.2 治疗方法

1.2.1 治疗组: 取穴: 主穴: 印堂、神庭、上星、百会、脑户、风府, 配天柱 (双)。其他配穴为: 气血亏虚: 足三里; 肝肾不足: 三阴交; 痰湿阻络: 丰隆; 气滞血瘀: 血海 (以上穴位均为双侧)。选用 28 号 1.0 寸毫针, 患者取侧卧位, 先强刺激天柱穴 5min 后出针, 患者再仰卧位针刺上述其他穴位, 得气 (以局部有麻、胀感为度) 后以 180—200 次/min 的频率捻转 2min, 后接电针机, 采用 G6805-1 治疗仪 (中国青岛鑫升实业有限公司生产), 用疏密波 (频率为 2—4Hz/50—100Hz), 百会穴施以温针 (可重复二次), 每次 30min, 每日 1 次, 2 周为 1 个疗程, 休息 3d 后继续第 2 个疗程, 共治疗 3 个疗程后统计疗效。并于治疗前及疗程结束后分别测定患者血浆内皮素 (ET)、6 酮前列腺素 F1a (6-keto-PGF1a) 含量。

1.2.2 对照组: 取穴: 主穴: 电针病灶颈夹脊穴 (双), 配天柱 (双)。患者取俯伏坐位或俯卧位, 其他配穴、治疗方法及疗程同上。

1.3 观察指标

1.3.1 两组患者治疗前后眩晕症状评定: 参照《中医病证诊断疗效标准》将临床症状分为 A—E 5 项: A. 眩晕, 头痛; B. 耳鸣, 耳聋; C. 视物不清; D. 体位性猝倒; E. 颈椎侧弯, 后伸时不适。按病情轻重程度予以量化为: 无 (4 分)、轻微 (3 分)、明显 (2 分)、严重 (1 分) 4 级予以量化, 5 项合计满分为 20 分。各组治疗前及疗程结束后分别记录。

1.3.2 两组患者治疗前后血浆 ET、6-keto-PGF1a 含量: 血浆 ET 含量测定采用放射免疫分析 (RIA) 法, 内皮素 (ET)、6-

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2010.05.019

^{*} 基金项目: 广东省中医药管理局立项课题 (A103017)

1 广州中医药大学第一附属医院, 广州, 510405

作者简介: 潘文宇, 女, 副主任中医师; 收稿日期: 2009-03-05

keto-PGF1a 所用试剂盒为中国人民解放军总医院东亚免疫技术研究所产品。实验由同一熟练操作人员完成,采用复管测定,严格按试剂盒说明书操作。所用仪器为美国 DPC 公司生产的 DPC-10 探头 γ -计数器。

1.4 疗效评定标准

临床痊愈:治疗后达到 20 分。显效:治疗后总分比原来提高 7—10 分。好转:治疗后总分比原来提高 1—6 分。无效:治疗后总分比原来降低或不变。

1.5 统计学分析

采用 SPSS11.5 软件包处理,样品测定数据以均数 $\pm$ 标准差表示,组内治疗前后计量资料比较采用配对 t 检验,两组间计量资料比较采用独立样本 t 检验,两组间等级资料及临床疗效比较用 Ridit 分析,所有检验结果以 $P<0.05$ 作为评定差异有显著性的标准。

2 结果

2.1 临床疗效分析

2.1.1 近期疗效分析:见表 1。两组总有效率分别为 92.0%和 84.8%,差异无显著性意义($P>0.05$)。

2.1.2 近期疗效与证型的关系比较:见表 2。治疗组中气血亏虚型与肝肾不足型、痰湿阻络型比较,差异有显著性意义($P<0.05$);而气血亏虚型与气滞血瘀型比较,差异无显著性意义($P>0.05$)。肝肾不足型与痰湿阻络型比较,差异有显著性意义($P<0.05$);而肝肾不足型与气滞血瘀型比较,差异无显著性意义($P>0.05$)。痰湿阻络型与气滞血瘀型比较,差异有显著性意义($P<0.05$)。

2.1.3 近期疗效与病程的关系比较:见表 3。治疗组病程 2—5 年的,与病程 1 年内的比较,差异有显著性意义($P<0.05$)。

2.2 两组治疗前后血浆 ET、6-keto-PGF1a 含量比较

本研究中将合格的 96 例患者选出 80 例进行治疗前及疗程结束后分别测定血浆 ET、6-keto-PGF1a 含量。两组治疗后血浆 ET、6-keto-PGF1a 与治疗前比较,差异均有显著性意

表 1 两组近期疗效比较 (例)

组别	例数	治愈	显效	好转	无效	总有效率(%)
治疗组	50	10	18	19	3	94.0 ^①
对照组	46	6	13	20	7	84.8

①与对照组比较 $P>0.05$

表 2 近期疗效与证型的关系比较 (例)

证型	例数	治愈	显效	好转	无效	有效率(%)
气血亏虚	17	7	7	3	0	100 ^{③⑤}
肝肾不足	11	4	6	1	0	100 ^{①③}
痰湿阻络	10	0	6	1	3	70.00 ^{①③⑤}
气滞血瘀	12	4	6	2	0	100 ^{②⑥}

与气血亏虚型比较:① $P<0.05$,② $P>0.05$;与气滞血瘀型比较:③ $P>0.05$,④ $P<0.05$;与肝肾不足型比较:⑤ $P<0.05$,⑥ $P>0.05$

义($P<0.05$),与对照组治疗后比较,差异有显著性意义($P<0.05$),见表 4。

表 3 近期疗效与病程的关系比较 (例)

病程	例数	治愈	显效	好转	无效	有效率(%)
0—6 月	19	8	9	2	0	100 ^①
0.5—1 年	18	6	11	1	0	100 ^①
2—5 年	13	1	5	4	3	76.92

①与病程 2—5 年比较 $P<0.05$

表 4 两组治疗前后血浆 ET、6-keto-PGF1a 含量比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	ET(ng/L)	6-keto-PGF1a(pg/ml)
治疗组	40		
治疗前		84.45 $\pm$ 18.89	105.88 $\pm$ 54.35
治疗后		57.81 $\pm$ 14.36 ^{①②}	246.36 $\pm$ 41.28 ^{①②}
对照组	40		
治疗前		92.48 $\pm$ 22.65	103.47 $\pm$ 32.23
治疗后		68.70 $\pm$ 18.64 ^①	182.31 $\pm$ 36.33 ^①

①与同组治疗前比较 $P<0.05$;②与对照组治疗后比较 $P<0.05$

3 讨论

椎动脉型颈椎病,其病位在颈,反映在脑,大脑血虚不荣为其致病本质^①,故“眩晕”的发生与脑髓不足关系密切。张锡纯说:“督脉者又脑髓神经之所也”。督脉是通行元气的载体和脏腑经脉主控系统,是联络脏腑,协调表里,敷布精神,平衡阴阳的中心路线^②。从督脉论治脊柱退行性病体现了“治病求本”的原则^③,现代研究亦表明^{④-⑦},电针头部穴位可调节神经递质水平,反射性地扩张脑血管,增加脑血流量,改善脑缺氧,改善脑代谢等。

本研究中选择印堂、神庭、上星、百会、脑户、风府皆分布于督脉的前头、中间、后头,穴居头颅之上,脑在其中,而脑为元神之府,为人神之所出入处。根据“经脉所过,主治所及”理论,针刺取上述督脉经穴,能振奋督脉阳气,阳气充足,经脉通畅,气血上行得以滋养脑络,从而调节脊内外的平衡。从本临床观察可以看到,两组治疗方法对椎动脉型颈椎病的近期均有作用,可改善患者眩晕的症状。

运用探索性因子分析方法研究显示^⑧,气血亏虚型、肾阳不足型患者比例最大(两者共占 75.6%),这与本临床观察到的情况相符。同时本临床观察表明,电针督脉经穴对气血亏虚型、肝肾不足型疗效较好,而痰湿阻络型疗效最差,可见,通调督脉对由气血、精髓不足引起的 CSA 疗效较好。近期疗效与病程的关系也很明显,疗效与病程呈负相关,病程越短,疗效越显著,这对于了解患者预后有着积极的意义。

现代医学认为^{⑨-⑩},CSA 由于颈椎局部生物力学的失衡,易造成局部组织和神经系统的缺血、缺氧及降解酶系统活性升高,使体液因子包括 ET、脂质炎性介质和细胞黏附分子的分泌亦发生变化,进而形成非特异性炎症并直接影响椎动脉血管的舒缩功能。ET 是迄今发现作用最强的缩血管物

质^[4],炎症介质前列环素(PGI₂)是血管内皮细胞合成并分泌的血管活性物质,具有抗血小板聚集和扩张血管作用^[5]。本临床观察到 80 例 CSA 患者,治疗前 ET 的含量较高,6-keto-PGF_{1a} 的含量较少,说明患者血管内皮细胞已严重受损,两组患者治疗后 ET 均下降,6-keto-PGF_{1a} 均上升,则可能使血管的舒、缩功能达到了新的平衡,从而改善椎动脉供血不足,且治疗组的变化较对照组的变化差异有显著意义,但远期疗效及大样本临床随机对照试验还有待进一步研究。

综上所述,电针督脉经穴可改善因脊内外失衡所致的“眩晕”诸症,病程越短,疗效越显著,其疗效可能通过整体调节,以神经-体液的途径,最终达到调节血管运动,改善了动脉供血而治疗本病。当然,针灸作为一种信号传导,如何调节神经-体液这一网络,如何调节细胞内的一些信息分子值得进一步研究,也是我们面临的新的课题。

参考文献

- [1] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].第 1 版.南京:南京大学出版社,1994. 186.
- [2] 方晓明.辨证分型治疗椎动脉型颈椎病 128 例[J].时珍国医国药,2001,12(10):933.
- [3] 刘琴,郭书堂,李学武.论督脉在抗衰老中的作用[J].北京中医药大学学报,2001,24(2):14.
- [4] 林一峰,牛维.脊柱退行性疾病从督脉论治探讨[J].安徽中医学院学报,2002,21(5):4.
- [5] 许能贵,马勤耘.电针对局灶性脑缺血大鼠兴奋性氨基酸含量的影响[J].中国针灸,1999,19(7):431.
- [6] 王延红,应盛国.项丛刺治疗椎动脉型颈椎病疗效观察[J].上海针灸杂志,2007,26(8):11.
- [7] 王忠华.电针治疗中风后抑郁症的疗效观察[J].中国康复医学杂志,2008,23(11):1032.
- [8] 魏毅,梁伟雄,陈炳坤,等.椎动脉型颈椎病中医证候分布规律的临床流行病学调查[J].新中医,2007,39(7):47.
- [9] 冯世庆,杨敏杰.椎动脉型颈椎病血浆内皮素变化[J].中华骨科杂志,1997,17(6):387.
- [10] 裴仁和.钩椎关节病发病机理的探讨[J].中国中医骨伤科杂志,1999,7(4):13.
- [11] 尹瑞雪,卢昌均,陆兵勋,等.大鼠脑缺血再灌注损伤后血浆内皮素、一氧化氮含量变化及通心络对其影响[J].中国康复医学杂志,2007,22(7):586.
- [12] 肖建如.脂质炎性介质与脊髓损伤的研究进展[J].国外医学·创伤与外科基本问题分册,1996,17(2):92.

·短篇论著·

度洛西汀联合康复训练对卒中后抑郁患者神经功能的影响

黄文清¹ 张盘德¹ 范小艳¹ 陈惠琼¹

脑卒中常造成患者在言语、吞咽、肢体等方面的神经功能障碍,使患者的生活自理能力受到影响。伴随这一突发事件,常可发生心理、情感和行为障碍,其中以卒中后抑郁最常见。这种以情绪低落、兴趣减退为主要表现的心境障碍或情感障碍,可严重影响患者卒中后的神经功能康复。本研究主要探讨度洛西汀联合康复训练对卒中后抑郁患者神经功能的影响。

1 资料与方法

1.1 研究对象

选择 2008 年 1 月—2009 年 3 月在广东省佛山市第一人民医院康复科住院的脑卒中并有卒中后抑郁的患者 65 例,

男性 31 例,女性 34 例;年龄 29—75 岁,平均年龄(45.21±10.27)岁。入选标准:①首次发生脑卒中,脑卒中诊断标准符合 1995 年中华医学会全国第四届脑血管病会议制定的各类脑血管病诊断标准,并经头颅 CT 或 MR 证实。②采用汉密尔顿抑郁量表(Hamilton depression scale,HAMD)评分≥17 分,汉密尔顿焦虑量表(Hamilton anxiety scale,HAMA)评分≥14 分。欧洲卒中量表(European stroke scale,ESS)评估神经功能,Barthel 指数(Barthel index,BI)、日常生活活动能力量表(activities of daily living,ADL)评估日常生活活动能力。

排除标准:昏迷、失语、严重认知功能障碍、既往有精神病史或抑郁焦虑病史、特大面积脑梗死、出血量超过 30ml 的脑出血、糖尿病、心肌梗死、肝肾功能不全、癌症。

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2010.05.020

1 广东省佛山市第一人民医院康复医学科,佛山,528000

作者简介:黄文清,女,主任医师;收稿日期:2009-05-20