·短篇论著·

刺血拔罐加电针治疗椎动脉型颈椎病疗效观察

向宪文[1] 蓝竹梅[1] 孙远标[1]

椎动脉型颈椎病(cervical spondylosis of vertebral artery type,CSA)是中老年人的常见病之一。随着现代人生活节奏加快和工作方式的多元化,特别是电脑的普及应用,近些年呈现低龄化趋势。在中国颈椎病的发病率为3.8%—17.6%,颈椎病患者中,有眩晕症状者可达半数以上。本病常出现反复发作,严重者影响工作和生活。国内多采用针灸、理疗、推拿、中西药物等治疗方法,手段虽然较多,但疗效尚不确定,因此研究更有效的CSA治疗方法有重要意义。本文以中医理论为指导,以现代医学解剖知识为基础,对CSA患者进行刺血拔罐和针刺治疗,观察刺血拔罐加针刺和单纯针刺对CSA的疗效。同时采用经颅多谱勒(TCD)检测患者治疗前后椎动脉(vertebral artery,VA)、基底动脉(basilar artery,BA)的平均血流速度(Vm),以此为据进行疗效判定,为临床治疗本病提供更多选择。

1 资料与方法

1.1 一般资料

72例病例均为2008年1月—2010年12月我科门诊及住院患者。按就诊顺序采取查随机数字表(信封法)的方法,随机分为刺血拔罐加电针组(刺拔电针组)和电针组,每组36例。两组患者一般资料差异无显著性意义($P>0.05$),见表1。

表1 两组患者一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄(岁)	病程(年)
		男	女		
刺拔电针组	36	20	16	38.62±14.36	5.36±2.43
电针组	36	22	14	37.25±15.52	5.19±2.11

诊断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》[1]中椎动脉型颈椎病的诊断标准和1993年全国第二届颈椎病专题座谈会的椎动脉型颈椎病诊断标准[2]:①颈性眩晕,曾猝倒发作;②旋顶实验阳性;③X线显示:节段性不稳或钩椎关节骨质增生,颈椎体前后缘增生,椎间孔狭窄,颈椎生理弧度改变;④多伴有交感症状,如耳鸣、视力障碍、恶心呕吐、心慌等;⑤TCD诊断标准:参考《临床多普勒超声学》中椎-基底动脉供血不足的正常参考值,多普勒超声提示:椎-底动脉供血不足,椎动脉或基底动脉血流减慢。纳入标准:①符合上述诊断标准者;②年龄18—65岁;③自愿加入本实验,能够坚持接受治疗及检测者。排除标准:①其他原因(美尼尔氏病、脑动脉硬化、内耳眩晕、神经官能症等)所致眩晕者;②虽有眩晕,但X线或TCD检查提示无异常者;③颈部外伤或颅内占位性病变引起的眩晕;④合并有心、脑血管、肝肾和造血系统等严重原发病者;⑤孕产妇、精神病等患者和皮肤过敏者;⑥筛查前接受其他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 刺拔电针组:①刺血拔罐。取穴:风池、足三里、C3—C7相应夹脊穴(一侧取一个)。操作:先于风池,左右颈夹脊穴(也可用反应点代替)处常规消毒局部皮肤,再用三棱针或注射器点刺皮肤数下,以自然渗血为度,用小口罐,火罐法吸拔于局部,以拔出3—5ml暗红色血液为度,留罐15—20min,起罐后用消毒干棉球擦净血迹,再用碘伏消毒。足三里穴依上法行,可选择稍大火罐,消毒、刺血、留罐、起罐、清洁局部同上。24h内不洗澡。隔日1次,5次为1疗程,中间休息2—3天,继续第2疗程。②电针。取穴:头维、百会、后溪、列缺、大椎、内关、阳陵泉。操作:使用直径0.3mm,长25—40mm华佗牌一次性无菌针,先取后溪、内关、列缺,再取百会、大椎、头维、阳陵泉,坐位或侧卧位。后溪直刺20—30mm,针尖朝向三间穴方向,内关直刺10—15mm,列缺平刺15—20mm,针尖逆手太阴肺经方向,百会,头维各大沿皮刺20—25mm,大椎沿棘突刺入10mm,阳陵泉直刺入25mm,针尖朝向阴陵泉方向。针刺得气后头维、百会、大椎、阳陵泉采用提插捻转并配合呼吸补法,后溪、内关、列缺行泻法,并采用6805-2型电针治疗仪,头部取百会,头维连线,手部取内关,后溪连线,用连续波,中频。留针30min。每天1次,10次为1疗程,疗程间休息2—3天,连续治疗2个疗程。

1.2.2 电针组:单纯采用电针治疗,取穴、方法、疗程与刺拔电针组相同。

1.3 疗效观察

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》[1],根据症状体征评分判定疗效,对头痛、眩晕、耳鸣、耳聋、视物不清、体位性猝倒、颈椎侧弯、后伸不适等方面进行观察,按无、轻度、中度、重度分别记为4,3,2,1分。满分为20分。评分越高,症状越轻。痊愈:各种症状,体征消

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2012.08.022
1 山东省泰安市中医医院脑病康复科,泰安,271000
作者简介:向宪文,男,住院医师;收稿日期:2011-08-20

失，治疗后达20分；显效：各种症状，体征明显改善，治疗后总分较原来提高10—6分；有效：各种症状，体征有改善治疗后总分较原来提高5—1分；无效：各种症状，体征无改善或加重，治疗后总分较原来不变或降低。治疗前和治疗2个疗程后，采用TCD检测患者VA，BA的平均血流速度(Vm)。

1.4 统计学分析

所有数据采用SPSS13.0版本统计软件进行统计学分析，治疗前后症状体征评分比较，治疗前后VA,BA的Vm值比较，采用t检验；临床疗效用计数资料比较，采用χ^2检验。

2 结果

两组患者临床疗效比较见表2。经χ^2检验，两组差异有显著性意义（χ^2=6.33，P<0.05），说明刺拔电针组总有效率优于电针组。两组患者治疗前后TCD检测比较见表3。治疗前两组患者VA、BA的Vm比较差异无显著性（P>0.05）；治疗后两组患者VA、BA的Vm均较治疗前增快，差异有显著性意义（P<0.05）；治疗后刺拔电针组各项指标与电针组比较差异有显著性（P<0.05）。两种治疗均能明显改善椎动脉及基底动脉的平均血流速度，刺拔电针组较电针组改善更明显。

表2 两组患者临床疗效比较

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
刺拔电针组	36	10	14	9	3	91.7
电针组	36	5	8	15	8	77.8

表3 两组患者治疗前后TCD观察指标比较 ($\bar{x}\pm s$，cm/s)

组别	例数	治疗前	治疗后	t	P
左侧椎动脉Vm					
刺拔电针组	36	29.98±3.96	37.66±3.24	9.016	<0.05
电针组	36	30.88±4.09	35.75±3.18	5.633	<0.05
右侧椎动脉Vm					
刺拔电针组	36	30.65±4.06	38.14±3.34	8.538	<0.05
电针组	36	31.04±3.35	35.66±2.66	6.474	<0.05
基底动脉Vm					
刺拔电针组	36	30.36±3.90	37.02±3.04	6.295	<0.05
电针组	36	29.94±3.87	35.05±2.95	6.788	<0.05

3 讨论

椎动脉型颈椎病系椎间盘退行性变，颈椎骨质增生，局部肌肉、韧带钙化，生理曲度变化等一系列病理改变引起的累及椎动脉并影响脑供血为主要症状的病症，属于中医“眩晕”的范畴。现代研究也有诸多表述，研究表明[3—5]，电针可消除软组织局部炎症反应，缓解肌肉痉挛，恢复力学平衡；针灸（温和灸）并用治疗椎动脉型颈椎病疗效优于单一针刺组[6]。

取夹脊穴之法，早在《内经·素问》中便有提及，葛洪在《肘后方》明确记载了华佗“夹脊左右一寸”取穴施灸的方法，《三国志》。裴注引《华佗别转》记载：“灸处夹脊一寸上下行，端直匀调如引绳也。”后人以此定名华佗夹脊穴。经后世不断演变，取穴范围在传统取穴基础上扩大至颈椎两侧，一般在颈椎棘突下旁开0.5—1寸。拔罐法是利用燃烧、抽吸、挤压排出罐内空气，造成负压，使罐吸附于体表腧穴或患处产生刺激，以防治疾病的方法。刺血拔罐即拔罐与刺血疗法配合应用的治法。本法有祛风除湿、温经散寒、活血通络、扶正固本等作用，主要有：①良性物理刺激作用，罐内的负压可致机体局部组织充血，水肿使毛细血管通透性与组织的气体交换增强，刺破局部穴位，毛细血管破裂，特别是静脉血管破裂，使大量乏氧的静脉血排出，使富氧量的动脉血充盈局部，不仅调节了血液循环，也刺激了神经，皮下腺体，肌肉等系统，从而引起一系列的神经-内分泌反应。拔罐具有温热刺激作用，使局部温度升高，血管扩张，血流量增加，加强新陈代谢，改善组织氧供给，增强细胞的吞噬能力，通过反射机制扩张血管，增加供血。②体内生物学效应，拔罐刺激通过神经调节机制加强血管收缩与舒张功能，增加血管壁弹性，加速静脉血回流，降低大脑循环阻力。通过调节神经系统的功能，提高了痛阈，缓解颈部血管和平滑肌的痉挛，缺氧得以改善。对关节，肌腱可增加弹性与活动性，加速局部血液循环和淋巴回流，增加局部组织的营养供给，促进代谢产物的排泄，可松解粘连，伸展肌肉，解除压迫，改善局部组织结构的功能。刺血拔罐风池，颈夹脊穴就是利用拔罐的以上作用，使颈部血液循环增加，改善局部神经肌肉营养和代谢，促进局部损伤受压组织的功能，恢复颈椎的生理曲度，消除椎动脉受压和牵拉的状态，最终恢复椎动脉的供血能力，使临床症状得到减轻和消除。

头维穴为治疗眩晕经验要穴，百会为诸阳之汇，大椎为六阳经交会穴，针刺可振奋阳气。后溪，列缺通督脉，可疏通颈部气血，内关可增加气血供给[7]，阳陵泉属八会穴之“筋会”，对颈部肌肉筋脉可起松解作用，加用电针使上述作用得到加强。通过TCD检测和统计学分析，椎动脉和基底动脉供血明显增强，刺血拔罐加电针组的疗效明显优于普通电针刺组。

参考文献

[1] 国家中医药管理局.中医病症诊断疗效标准[S].第1版.南京:南京大学出版社,1994.186.

[2] 孙宇,陈其福.第二届全国颈椎病专题座谈会纪要[J].中华外科杂志,1993,13(8):472—476.

[3] 潘文宇,刘醒如,庄礼兴.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Fla含量的影响[J].中国康复医学杂志,2010,26(5):460—462.

[4] 陈才,洪芳芳. Mulligan手法治疗椎动脉型颈椎病的临床研究[J].中国康复医学杂志, 2009,25(4): 325—327.

[5] 蹇睿,胥方元,李卫平,等.电针对兔膝骨关节炎软骨细胞基质金属蛋白酶-13表达的影响[J].中国康复医学杂志, 2011,26(9):799—802.

[6] 孙云廷,索兴旺,杨际超,等.温针灸对椎动脉型颈椎病患者经颅多普勒的影响[J].中医外治杂志,2008,17(5):50—51.

[7] 孙广仁.《内经》中阳气的概念及相关的几个问题[J].山东中医药大学学报,2005,29(2):140—142.