

·短篇论著·

经筋辨证结合运动针法治疗颈椎病的临床观察

李建强¹ 汪 田² 郭俊锋³ 马 瑞¹ 易海连⁴ 梁丽珠⁴ 赖丽钧⁴

颈椎病多见于中老年人,近年来发病率逐年上升,并有年轻化之趋势,并发或继发的颈源性疾病亦日趋多样化和复杂化,严重危害人类健康和生存质量。临床实践中根据疼痛部位、运动障碍的部位、症状特点,运用经筋理论进行经筋辨证、结合运动针法治疗,取得较好疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料

64例颈椎病患者来源于2004年1月—2006年5月广东省中医院针灸科门诊,按照患者所持诊疗卡号码的末尾数的单、双数随机分为治疗组33例,对照组31例。其中女性29例,男性35例,年龄40—65岁,病程6月—10年。两组患者年龄病程比较见表1。其中混合型(两条经筋及以上)16例,足太阳膀胱经筋11例,手阳明大肠经筋10例,手太阳小肠经筋9例,手少阳三焦经8例,手太阴心包经筋1例,手少阴心经筋2例,足阳明经筋4例,足少阴经筋3例,

西医分型:颈型25例,神经根型21例,椎动脉型6例,混合型12例。

表1 两组年龄、病程比较 (x±s)			
组别	例数	年龄(岁)	病程(年)
治疗组	33	47.34±11.64	5.22±4.68
对照组	31	49.16±11.96	4.53±4.83

经t检验,两组在年龄、病程比较差异无显著性意义(P>0.05)

1.2 诊断标准

根据国家中医药管理局发布《中医病证诊断疗效标准》^[1]执行(请给出文献)。①有慢性劳损或外伤史。或有颈椎先天性畸形、颈椎退行性病变。②多发于40岁以上中年人,长期低头工作者或习惯长时间看电视,慢性起病。③颈痛伴上肢放射痛,颈后伸时加重,受压神经根皮肤节段分布区感觉减弱、腱反射异常,肌萎缩,肌力减退,颈活动受限,牵拉试验、压头试验阳性。④颈椎X线示:椎体增生,钩椎关节增生明显,椎间隙变窄,椎间孔变小。CT/MRI可见椎体后赘生物及神经根管变窄。

1.3 经筋辨证

见表2。

表2 疼痛麻痹运动牵拉受限部位

颈项	疼痛麻木或活动受限部位	所属经筋
颈侧前缘(扶突)	臑前廉,前臂臂上廉为主,肩不举,颈不可左右视	手阳明大肠经筋
外侧(天窗)	腋后廉,肩胛耳后完骨。肩胛引颈痛,耳鸣目眩	手太阳小肠经筋
外后侧(天牖)	臑外及肘部,臂外两骨之间,中指、无名指	手少阳三焦经筋
颈项两侧之间(风池)	腋下,贯缺盆,出太阳之前,循耳后,外辅骨	足少阳经筋
项背两侧	枕骨、腋后外廉、完骨出缺盆、肩髃 跟肿痛,脊反折,项筋急,肩不举	足太阳经筋
颈部前缘(人迎)	颈部前缘 缺盆前缘。耳前,卒口僻,目不开,目不合	足阳明经筋
项背	膂内挟脊,项,枕骨,腰反折不能俯、仰	足少阴经筋

1.4 纳入标准

符合上述诊断标准;能坚持完成针灸治疗疗程者;按医生要求完成调查表者。

1.5 排除标准

胸廓出口综合征、网球肘、腕管综合征、肘管综合征、肩周炎、颈背部筋膜炎、肱二头肌腱鞘炎、旋前圆肌综合征等所致者;合并心脑血管、肝、肾、造血系统等严重疾病,精神病患者;妊娠期及哺乳期妇女、精神病患者。

1.6 疗效评定标准

1.6.1 根据国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行评定。①临床治愈:原有各型病症消失,肌力正常,颈、肢活动恢复正常,能参加正常劳动和工作。②好转:原有各型症状减轻,颈、肩背疼痛减轻,颈、肢体活动改善。③未愈:症状无改善。

1.6.2 即时止痛观察(VAS):第一次治疗前后(用不同的卡片)采用VAS评价即时止痛效果,采用10cm长线段,以1cm为一级,治疗前后疼痛减少4个级别以上(含4个级别)为优,疼痛减少1—3个级别为良,治疗前后无改变为差。

1 广东省中医院针灸科,广州,510150; 2 佛山健翔颈腰医院; 3 山东威海市立医院肿瘤医院; 4 广州中医药大学
作者简介: 李建强,男,副主任医师; 收稿日期:2008-12-12

1.6.3 针灸不良事件观察:观察晕针,颈部疼痛或活动障碍加重,针刺部位疼痛。

1.7 治疗方法

疗程:每周治疗5次,休息2天,共治疗15次,评定疗效。如达到治愈标准者则自然停止治疗。

1.7.1 治疗组:体位:低枕平卧位,或坐位。具体操作:先根据疼痛部位、运动障碍部位、症状特点,分辨所属的经筋,从相应的经筋的最远端穴位,以俞穴、郄穴为初选穴位,在穴位附近寻找反应点,无反应点就取本经的俞穴、郄穴。每针刺一个穴位,得气后配合头部运动:寻找疼痛点、活动受限部位,再确定所属经筋,再选取相应穴位,直到颈部活动范围正常,如果症状涉及多条经筋,就取相应的经筋俞穴、郄穴。经过针刺远端穴位后,颈肩部有明显反应点者,针刺远端穴位后加刺局部阿是穴但不留针。如头晕者,加刺风池,得气后出针。

手法:得气后行平补平泻。特定频率红外线电磁波治疗仪照射颈部20min。

1.7.2 对照组:取坐位、侧卧位、俯卧位。主穴:以与症状表现部位相应的C1—C7颈夹脊穴为主穴,同侧加电针,连续波,以患者感到有电流刺激为度。通电20min。特定频率红外线电磁波治疗仪照射颈部20min。

循经远道取穴:手阳明大肠经筋:疼痛以膈外前廉,前臂骨上廉为主,痛及拇、食指,温溜、手三里。

太阳小肠经筋:症见肩胛痛,膈外后廉、臂骨下廉,痛及小指加养老、后溪。

手少阳三焦经筋:痛以循膈外及肘部,出臂外两骨之间为主,痛及中指、无名指,加会宗、消泅。

手少阴心经筋:症见膈内后廉,臂内侧后缘,小指痛,加阴郄、少海。足太阳膀胱经筋:症见颈部、枕部疼痛,由枕部向顶部、颞部放射,甚达眼眶,加金门、承山。出现两经或多经症状,取所在经的穴位合用。

具体操作:治疗前先作头颈部运动2min,再针灸,选好相应合适体位,先针刺颈部夹脊穴,再针刺远端穴位。出针后再运动1—2min。

2 结果

见表3—5。两组治疗前VAS比较差异无显著意义 $t=0.0601, P>0.05$ 。两组治疗前后 t 检验结果均 $P<0.05$,说明两组均能有效缓解即时疼痛;两组治疗后VAS, t 检验结果: $t=3.2593, P=0.0018, P<0.05$,提示分筋辨证结合运动针法在即时止痛效果上明显优于传统的针刺方法。治疗组的不良针灸事

表3 即时止痛效果对比 ($\bar{x}\pm s$)

组别	治疗前VAS	治疗后VAS
治疗组	7.13±2.04	3.20±1.68
对照组	7.16±1.95	4.55±1.93

表4 不良针灸事件对比

组别	头晕(晕针)		颈部疼痛或加重		针刺部位疼痛		发生百分比(%)
	例	%	例	%	例	%	
治疗组	2	6.1	2	6.0	4	12.1	24.2
对照组	9	29.0	12	38.7	6	19.4	87.1
合计	11	17.2	14	21.9	10	15.6	54.7

表5 两组疗效对比

组别	例数	痊愈		显效		好转		无效		总有效率(%)
		例	%	例	%	例	%	例	%	
治疗组	33	19	57.6	11	33.3	3	9.1	0	0	100.0
对照组	31	13	41.9	12	38.7	4	12.9	2	6.5	93.5 ^①

①经秩和检验 $Z=2.057, P<0.05$

件比率低于对照组, $\chi^2=10.314, P<0.01$ 。说明分筋辨证结合运动针法能减少临床不良针灸事件的发生比率。

3 讨论

中医学对于颈椎病病因、病机的认识主要有:①风寒湿邪侵袭。由于颈部感受风寒湿邪,使局部气血循行受阻,不能荣养颈椎,引起颈椎病。②劳损。闪挫、久坐、失枕等慢性劳损因素均可引起颈椎退变失稳,阻遏气机,气停血瘀痰阻,导致颈项疼痛,清窍失养形成颈椎病。③颈部姿势不良。④外伤。颈部外伤后可遗留关节错位,椎体失稳,引发颈椎病。⑤颈肌痉挛。综上观之,本病乃是本虚标实之证,多由虚实兼杂合而为病其本为肝肾亏虚,标为风、寒、湿邪侵袭及瘀血阻滞,同时劳损、外伤等亦是发病的重要因素。

颈椎病的头颈部运动障碍、眩晕与经筋的关系密切,不同经筋有其自身的特殊症状和体征,并与相对应的神经关系密切^[1-3]。临床实践中采用经筋辨证治疗颈椎病就有充分的理论依据。但经筋的理论只强调:“治在燔针劫刺,以知为数,以痛为输”,以此指导临床实践中尚不全面,因为颈部的穴位并不适合火针疗法^[4]。

韦英才^[5]认为经筋腧穴和经脉腧穴都具有同等的地位和作用,甚至在某一方面经筋腧穴更能显示它的特殊作用。因为,经筋取穴是“以痛为输”;有时一个小“病灶”即可引起大范围的疼痛,而解除这一小“病灶”,即可起到“以点治面”的作用。临床上对常见的痛症采用经筋“病灶”进行针灸或手法,要比辨经取穴治疗更能直达病所,得气显著。

针刺得气后让患者活动颈部,如果症状不能缓解者,再向上端寻找穴位(反应点)。针刺肢体的远端取穴,可以选用较舒适的体位,减少颈椎局部针刺、电针、穴位注射等引起颈椎局部治疗的不适、甚至症状加重、晕针;避免对疼痛部位在颈侧面而深层有大血管神经经过,锁骨上窝的等危险部位的针刺,减少针灸不良反应等。

颈椎病存在颈椎骨质增生或颈椎正常生理曲线改变、椎间盘突出刺激或压迫神经根、颈部脊髓、椎动脉、颈部交感神经^[6]。何常春等^[7]认为,神经根型颈椎病是属于“经筋损伤”范

畴,根据经筋理论指导取穴原则,“以痛为腧”重点取手三阳经的“筋结点”,其治疗原则是“针至病所”,即用“解结”法直接松解筋结病灶点,以治疗骨骼深邪远痹,不同于传统针灸的“气至病所”。针刺调理脏腑之功,可纠正经筋痉挛而导致的颈椎关节紊乱,松解病变及肌肉的痉挛与疼痛,使经通筋舒,从而纠正颈椎应力失稳,颈部经筋得到松解使异常应力消除后,颈椎的序列得以恢复正常,使椎动脉、颈神经根、颈交感神经节的刺激与压迫随之缓解。

从经筋理论分析,可以认为是转筋错缝,气血阻滞。要提高针灸疗效,必须结合运动针法。针刺运动针法是在针刺治疗的同时,选用一定的运动方式,主动和被动均可,以提高疗效的一种综合治法。颈椎病的运动针法就是先从病变经筋的远端针刺,得气后要求患者作颈部运动,再对疼痛和压痛的部位分辨所属经筋,再从相应的经筋循找穴位治疗。这样既可以将颈部各个部位的病灶寻找出来,又能检查治疗的即时效果,能更全面消除颈部病变。行针留针时配合运动,可使经气迅速抵达病所,使痉挛紧张的筋肉得到松弛,粘连的韧带得到松解,增强弛缓肌肉的张力,促进局部组织的解剖复位,有助于嵌顿肌腱、筋膜的复位和小关节紊乱的矫正,使颈椎逐渐恢复平衡状态^[8]。

运用分筋辨证治疗颈椎病时,先于远端治疗,配合运动针法,检查治疗的即时效应,如颈项局部疼痛未能缓解,或者仍有明显压痛点或运动障碍的,则采用“远近结合”的原则,于局部寻找阿是穴进行针刺,得气后不留针。这样可以避免颈部留针时间长引起颈部肌肉僵硬、头晕等不良反应。周立志等认为颈夹脊电针结合三维正骨手法并用,可缓解周围肌

肉痉挛,改善神经根、椎动脉和压迫物(骨质增生、椎间盘等)之间的位置关系,从而缓解颈椎各关节对椎动脉及周围神经的影响,消除对椎动脉丛、颈交感神经干和窦椎神经的压迫与刺激,使颈部生物力学失衡得以恢复^[9]。

运用经筋理论辨证,配合运动疗法治疗颈椎病的疗效优于传统的取穴方法,可以减少颈部的针灸治疗,从而减少针灸的不良反应的发生率。

参考文献

- [1] 骆书彦,马帅.十二经筋理论探释[J].江苏中医药,2004,25(1):42—43.
- [2] 秦玉革.《内经》经筋的实质是神经[J].中国针灸,2006,26(2):147—150.
- [3] 刘涛,李平.经筋实质初探[J].中国针灸,2007,27(4):297.
- [4] 马立新.经筋理论在临床中的应用体会[D].北京中医药大学硕士论文集,2004.
- [5] 韦英才.浅释经筋与经脉的异同及其临床意义[J].2007,24(3):247—248.
- [6] 何生华.经筋理论在治疗颈椎病中的理论探讨[J].时珍国医国药,2005,16(3):181—182.
- [7] 何常春,尹林玉.经筋针刺法治疗神经根型颈椎病60例临床观察[J].中医药导报,2009,15(4):66—67.
- [8] 卜彦青.针灸配合推拿治疗椎动脉型颈椎病疗效观察[J].中国针灸,2004,24(2):97.
- [9] 周立志,彭力,穆敬平,等.电针加三维正骨治疗椎动脉型颈椎病的临床研究[J].中国康复医学杂志,2008,23(3):238—240.
- [10] 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,1994.201—202.

·短篇论著·

温通针法治疗神经痛的临床疗效观察*

口锁堂¹ 吴耀持²

神经性疼痛症是指由中枢或外周神经系统原发性病变或功能障碍而引起的疼痛综合征。可由外伤或/和疾病致末梢神经、脊髓后根、脊髓及其以上中枢神经某些部位损伤而引发。根据神经损伤的病因、性质和程度不同,在临床上分为中枢神经疼痛和外周神经损伤所致的周围神经疼痛两大类。中枢神经疼痛简称中枢痛,为中枢神经系统的疼痛传导通路发

生损害或功能障碍而引起的原发性疼痛,常见于脊髓的创伤或脑血管疾病、多发性硬化症和肿瘤等^[1]。周围神经疼痛系外伤、缺血、压迫、感染、炎症、代谢等因素损伤外周神经所致,如幻肢痛、带状疱疹后神经痛、多发性神经炎、糖尿病性周围神经痛等。神经痛是临床常见症状,特别是在针灸临床上,各种原因引起的神经痛更为常见。笔者采用随机对照研究方

* 基金项目:上海市长宁区卫生系统“明日之星”培养计划项目;上海长宁区卫生局科研课题(2008404001)

1 上海市长宁区天山中医医院,上海市长宁区天山中路868号,200051; 2 上海交通大学附属第六人民医院针推科

作者简介:口锁堂,男,博士,主治医师; 收稿日期:2009-05-20