

## 围刺加艾灸对颈椎病康复的临床研究\*

樊亚崑<sup>1</sup> 周青<sup>2</sup> 耿蕾<sup>1</sup>

(1 江西省中医药研究院 南昌 330046; 2 江西省靖安县中医院 靖安 330600)

**摘要:**目的:观察并分析围刺加艾灸对颈椎病康复的临床效果。方法:选取我院 2014 年 10 月~2016 年 6 月收治的反复发作颈椎病患者 60 例,按随机原则分为观察组和对照组,每组 30 例。观察组采用在传统针灸治疗基础上加用在双侧肩胛区进行围刺及艾灸治疗,1 次/d,10 d 为 1 个疗程;对照组采用传统针灸治疗,1 次/d,10 d 为 1 个疗程,观察统计两组患者的有效率。结果:通过临床治疗分析,观察组总有效率为 93.33%(28/30),对照组总有效率为 80.00%(24/30),两组疗效比较具有显著差异( $P<0.05$ )。结论:围刺加艾灸治疗颈椎病疗效优于单纯传统基本选穴针灸治疗,对颈椎病的治疗具有重要意义,值得临床推广使用。

**关键词:**颈椎病;围刺;艾灸;康复

中图分类号:R681.55

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.10.014

颈椎病临床久治不愈病情缠绵,症状极易反复发作,严重影响患者的生活质量。现有的传统治疗方法有针刺、艾灸、拔罐、穴位敷贴、穴位注射、电针及西医多种治疗方法,对颈椎病初期效果较好,但对病程较长、延年不愈、症状反复发作均失去刚开始治疗时的良好疗效,故效果常呈虎头蛇尾之势<sup>[1]</sup>。背部乃人体阳气集中且最旺盛之处,在此围刺及艾灸可最大程度调动阳气温煦作用来增强上焦气化以改善局部血液循环,在传统针灸治疗基础上加用在肩胛区进行围刺及艾灸,可大大缩短病程及大幅提高临床疗效<sup>[2]</sup>。本研究对反复发作的颈椎病患者用不同中医方法治疗,效果明显。现报告如下:

## 1 资料及方法

**1.1 研究对象** 选取我院 2014 年 10 月~2016 年 6 月收治的反复发作的颈椎病患者 60 例,年龄 40~60 岁,依病史、症状、体征、体格检查、颈椎 X 线、颈椎 MRI 等检查,确诊为颈椎病且顽固不愈,反复发作,按随机原则分为观察组和对照组,每组 30 例。两组一般资料比较, $P>0.05$ ,具有可比性。

**1.2 诊断标准** 符合国家中医药管理局发布的《中医病证诊断疗效标准》中:(1)颈椎型颈椎病;(2)神经根型颈椎病;(3)脊髓型颈椎病;(4)椎动脉型颈椎病;(5)交感型颈椎病;(6)其他型的各条诊断标准,均可纳入本次研究。

**1.2.1 纳入标准** (1)符合上述诊断标准者;(2)年龄 40~60 岁;(3)自愿受试,并签署知情同意书。

**1.2.2 排除标准** (1)受试期内接受除传统针灸治疗外的与本病相关的其他中西医治疗者;(2)有心、肺、肾、脑等器质性疾病者;(3)妊娠及哺乳期妇女;(4)未签知情同意书者。

**1.3 治疗方法** 针灸针选用苏州医疗用品厂有限公司生产的一次性无菌针灸针,规格 0.3 mm×40

mm,执行标准号:GB2024-1994,批号:140263。艾条选用江西中医药大学附属医院热敏灸艾条,直径 22 mm×长度 120 mm 特制精艾绒艾条 [赣食药监械(准)字 2010 第 2270276 号]。

**1.3.1 对照组 选穴:**参照新世纪(第二版)全国中医药院校规划教材《针灸治疗学》,选取大椎、天柱、后溪、颈椎夹脊为主穴,腧穴具体定位参照第九版《针灸学》,采用平补平泻法。1 次/d,10 d 为 1 个疗程。

**1.3.2 观察组 针刺操作:**患者俯卧位,使颈部及肩胛部充分暴露,传统选穴均直刺 0.5~1 寸,施以平补平泻法,得气,留针 30 min。在此基础上加用围刺:以天宗穴为中心围刺,上下左右、左右斜上方、左右斜下方 2 cm 处各刺 1 针,斜刺 45°,针尖均朝向天宗,共 9 针,施以平补平泻法,得气,留针 30 min;艾灸:术者手持艾条,将艾条的一端点燃,将艾条燃着端悬于施灸部位上,距皮肤 2~3 cm 处,平行往复回旋熏灸,使皮肤有温热感而不至于灼痛,缓慢回旋灸 30 min。治疗 1 次/d,10 d 为 1 个疗程。治疗后观察统计两组临床疗效。

**1.4 疗效判定标准** 参照国家中医药管理局发布的《中医病证诊断疗效标准》。(1)治愈:原有各型病症消失,肌力正常,颈、肢体功能恢复正常,能参加正常劳动和工作;(2)好转:原有各型症状减轻,颈肩疼痛减轻,颈、肢体功能改善;(3)未愈:症状无改善。

**1.5 统计学处理** 采用数理统计软件 SPSS22.0 对收集的数据进行整理与统计分析,计量资料以  $(\bar{x} \pm s)$  表示,采用  $t$  检验,计数资料以率表示,采用  $\chi^2$  检验和确切概率法。 $P<0.05$  为有统计学差异。

## 2 结果

通过临床治疗分析,观察组总有效率为 93.33%(28/30),对照组总有效率为 80.00%(24/30),两组疗

\* 基金项目:江西省卫生计生委中医药科研课题(编号:2014A051)

效比较,具有显著差异( $P<0.05$ )。见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较[例(%)]

组别	n	治愈	好转	未愈	总有效
观察组	30	22(73.33)	6(20.00)	2(6.67)	28(93.33)
对照组	30	13(43.33)	11(36.67)	6(20.00)	24(80.00)
$\chi^2$					10.986
P 值					<0.05

### 3 讨论

颈椎病中医属于“痹症、眩晕”等病的范畴,其发生与体质因素、气候条件、生活环境及饮食等有密切联系。正虚卫外不固是痹症发生的内在基础,感受外邪是痹症发生的外在条件。邪气闭阻经脉为其基本病机,病变多累及肢体局部筋骨、关节、肌肉。病因分为外因和内因,外因多为感受风寒湿邪或感受风湿热邪,久居潮湿之地,严寒冻伤、贪凉露宿、睡卧当风、暴雨浇淋、水中作业或汗出入水,外邪注于经络腠理,滞留于关节筋骨;或久居于炎热潮湿之地,外感风湿热邪,袭于腠理,壅于经络,痹阻气血经脉,滞留于局部关节。内因多为劳逸不当或久病体虚,劳欲过度,将息失宜,卫外不固,或激烈活动后体力下降,防御机能降低,汗出肌疏,外邪乘袭;年老体虚,肝肾不足,局部肢体筋脉失养,或病后、产后气血不足,腠理空虚,外邪乘虚而入。由于患者长时间整体气化不足,局部活血化瘀力量不够,致局部血液循环得不到最大改善以调动人体自愈功能,导致病情缠绵不愈、病程过长或是某几种症状反复发作<sup>[1]</sup>。笔者探索某几处特殊部位发现,背部是人体阳气最为集中且强盛之处,可最大程度调动人体阳气以促进上焦气化,从而带动局部阳气温煦作用改善局部血液循环,最终达到用较短的时间迅速缓解、改善患者症状及体征的目的<sup>[4]</sup>。

围刺加艾灸治疗方法是继承了传统针灸对颈椎病治疗的临床精髓,利用了现代影像学发展的最新

检查技术及互联网的便利,以及颈椎病是针灸治疗优势病种病源充足等各方面的优势,创新性的通过在传统针灸治疗基础上对背部多处部位进行比较筛选,加用效果最好的肩胛区进行围刺及艾灸,并且实行强烈手法刺激,对各症状、体征进行穷追猛打,使之较传统方法的有效率明显提高以及康复时间大大缩短。选用肩胛区是源于<sup>[5]</sup>:(1)距离颈项较近,针刺的近治作用发挥明显;(2)双侧肩胛区为足太阳膀胱经循经路线,是阳气集中强盛之处,对调动全身阳气温煦作用以促进上焦气化大有帮助。此研究优势有:(1)满足减轻患者病情需要;(2)满足现代诊疗标准的发展,新的治疗方法产生,对中医疗效提出新要求需要;(3)相对于传统疗法效果多局限于初次发作或是针对某一型或某几型颈椎病,本方法则体现出对所有类型颈椎病的明显疗效。本研究结果显示,观察组的整体疗效明显优于对照组,即肩胛区的围刺加艾灸对颈椎病的改善明显优于传统针灸治疗,这说明在人体阳气最为集中且强盛之处,采用围刺和艾灸肩胛区,可以有效的调动人体阳气,以促进上焦气化,带动局部阳气温煦作用达到祛风散寒,活血祛湿的作用,最终达到用较短时间迅速缓解、改善患者症状及体征的目的。另外,经过随访发现,患者3个月后病情稳定,说明本方案不仅近期疗效较好,远期疗效也显现出一定的优越性,有待进一步的研究证实。

#### 参考文献

[1]美国莉.颈椎康复操治疗神经根型颈椎病临床效果[J].中外医学研究,2016,14(26):126-128  
 [2]李娟.椎动脉型颈椎病采用温针灸结合康复理疗治疗的临床疗效观察[J].深圳中西医结合杂志,2015,25(22):127-128  
 [3]许万松.针灸推拿联合康复治疗神经根型颈椎病的疗效观察[J].环球中医药,2015,8(s1):21  
 [4]王玲.针灸推拿与康复治疗相结合对颈椎病患者的护理效果分析[J].大家健康(学术版),2016,10(9):37  
 [5]张亚杰.探讨针灸推拿与理疗康复相结合治疗颈椎病的护理体会[J].中国现代药物应用,2016,10(9):227-228

(收稿日期:2016-09-07)

(上接第 21 页)

[2]Lentz SR.Mechanisms of thrombosis in hyperhomocysteinemia [J]. Curr Opin Hematol,1998,5(5):343-349  
 [3]张兰萍,王冬梅,冯恩航.高同型半胱氨酸血症与心脑血管疾病的研究进展[J].中国实验诊断学,2008,12(4):561-563  
 [4]Brattstrom L.Common mutation in the methylenetetrahydrofolate reductase gene offers no support for mild hyperhomocysteinemia being a causal risk factor for cardiovascular disease [J].Circulation, 1997,96(10):3805-3807  
 [5]Kalita J,Kumar G,Bansal V,et al.Relationship of homocysteine with other risk factors and outcome of ischemic stroke [J].Clin Neurol Neurosurg,2009,111(4):364-367  
 [6]罗春华,李国静,刘敏,等.脑梗死患者血清同型半胱氨酸、超敏 C 反

应蛋白、血脂检测结果分析[J].重庆医学,2013,42(30):3676-3678  
 [7]李雪梅,刘美萍,刘百波,等.血清超敏 C- 反应蛋白与老年急性缺血性脑卒中的关系[J].神经疾病与精神卫生,2004,4(6):448-449  
 [8]吴琳,杨蕊敏.老年人脑梗塞与高血脂症关系探讨[J].中国老年学杂志,2002,22(4):253-254  
 [9]梅燕萍,何帮顺,潘玉琴,等.血压、血脂、血糖、同型半胱氨酸及超敏 C 反应蛋白水平与脑梗死发病危险性的关系[J].现代生物学进展, 2014,14(36):7118-7121  
 [10]马红妮,颜飞,李再利,等.西安市社区脑卒中高危人群高同型半胱氨酸血症分布特征 [J]. 中华老年心脑血管病杂志,2015,17(8): 830-833  
 [11]仁晖,陈红,宋俊贤,等.65 岁以上老年患者血脂水平及达标率随年龄变化的趋势[J].中华老年心脑血管病杂志,2015,17(7):693-696

(收稿日期:2016-09-18)