

温针灸合中药辨证治疗椎动脉型颈椎病 30 例

刘 光¹, 杨 圆², 陈武杰¹, 陈根成¹

(1. 广州中医药大学第三附属医院, 广东 广州 510360; 2. 广州中医药大学, 广东 广州 510405)

[摘要]目的 探讨温针灸治疗椎动脉型颈椎病(cervical spondylosis of vertebral artery type, CSA)的临床疗效。方法 运用前瞻性随机对照试验,将 60 例 CSA 患者随机分为治疗组和对照组,每组各 30 例,治疗组采用温针灸配合中药辨证治疗,对照组采用普通针刺配合中药辨证治疗。2 个疗程后,观察两组临床疗效、中医证候评分、以及颈性眩晕症状与功能评分。结果 治疗组临床疗效显著优于对照组($P < 0.05$),治愈率显著高于对照组($P < 0.05$);治疗后两组中医证候评分显著升高($P < 0.01$),且治疗组显著高于对照组($P < 0.01$)。与治疗前比较,治疗后两组颈性眩晕症状和功能评分均显著升高($P < 0.05$,或 $P < 0.01$),且治疗组颈性眩晕症状和功能评分及其治疗前后差值显著高于对照组($P < 0.01$)。治疗后治疗组眩晕、旋颈试验、日常生活及工作评分显著高于对照组($P < 0.05$,或 $P < 0.01$)。结论 温针灸对 CSA 具有较好的疗效,在改善中医证候、提高日常生活及工作能力方面明显优于普通针刺。

[关键词]椎动脉型颈椎病;眩晕;针刺;温针灸

[中图分类号]R681.5 **[文献标志码]**A **[DOI]**10.3969/j.issn.1000-2219.2012.04.018

椎动脉型颈椎病(cervical spondylosis of vertebral artery type, CSA)是颈椎病中常见的一种类型,为椎动脉受压或刺激而造成椎-基底动脉供血不足而出现的症状群。临床常表现为头晕、头痛、耳鸣、恶心、呕吐,以头晕为突出表现,属中医“眩晕”范畴。温针具有刺法和灸法的双重作用,通过针体将艾绒燃烧时产生的热能带入患部深处^[1],降低椎动脉周围交感神经兴奋性,从而减轻或解除椎动脉痉挛^[2]。笔者采用病例对照试验,观察温针灸结合中药辨证治疗 CSA 的临床疗效,现报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 根据国家中医药管理局发布的《中医病证诊断疗效标准》之 CSA 诊断标准^[3]。

1.2 纳入标准 ①符合诊断标准;②年龄 18~80 岁;③男女不限;④知情同意者。

1.3 排除标准 ①认知功能障碍,不能配合检查和治疗者;②妊娠者;③其他类型颈椎病患者;④血液病(凝血功能障碍、出血性疾病)。

1.4 剔除标准 ①不符合纳入标准而被误入的病例;②不愿继续进行治疗、自行退出者;③在研究过程中发生严重不良事件不宜继续治疗者;④依从性差,累计治疗次数小于应治疗总量的 80%者。

1.5 辨证分型 ①肝阳上亢型:以眩晕、耳鸣、头痛、面红易怒、口干口苦、舌红苔黄、脉弦数为主证;②痰浊中阻型:以眩晕、恶心、胸闷、身重、苔腻脉滑

为主证;③气血亏虚型:以头晕目眩、面色㿔白、心悸乏力、血压偏低、舌淡脉细为主证;④痰瘀交阻型:以眩晕、头痛、肩臂四肢重着麻木、舌暗苔腻脉细涩为主证;⑤肝肾不足型:以眩晕、耳鸣耳聋、健忘、腰膝酸软、精神萎靡、失眠多梦、肢体麻木、舌红少津、脉弦为主证;⑥气虚血瘀型:以眩晕阵作、头痛、肩臂四肢重着麻木、舌淡暗脉细为主证。

1.6 一般资料 2010 年 4 月至 2011 年 4 月,在广州中医药大学的 3 所附属医院——第三附属医院、广东省中医院、佛山市中医院共确诊 60 例 CSA 的住院和门诊患者。将其按随机数字表法随机分为治疗组和对照组,每组 30 例。治疗组男 9 例,女 21 例;平均年龄(59.53 ± 11.80)岁;病程 0.5~120 个月,中位病程 48 个月;肝阳上亢型 2 例,痰浊中阻型 9 例,气血亏虚型 6 例,痰瘀交阻型 3 例,肝肾不足型 6 例,气虚血瘀型 4 例。对照组男 11 例,女 19 例;平均年龄(59.12 ± 13.03)岁;病程 0.25~156 个月,中位病程 41 个月;肝阳上亢型 3 例,痰浊中阻型 11 例,气血亏虚型 5 例,痰瘀交阻型 4 例,肝肾不足型 4 例,气虚血瘀型 3 例。两组病例在年龄、性别、病程、证型等方面比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

2 方法

2.1 治疗方法

2.1.1 治疗组:采用温针灸治疗。主穴:百会、风府、大椎;配穴:风池、天柱、颈椎夹脊穴、大杼、绝骨、阳陵泉、三阴交、后溪、申脉。辨证加减:气血亏虚加足三里、脾俞、膈俞;肝肾不足加太溪、肝俞、肾俞;痰

基金项目:广州中医药大学中医科研创新基金(09CX081)

作者简介:刘光(1974-),男,主治医师

浊中阻加内关、中脘、丰隆；气虚血瘀加血海、膈俞；痰瘀交阻加丰隆、合谷；肝阳上亢加太冲、行间、太溪。患者取俯卧位，用0.35 mm×40 mm或0.35 mm×50 mm毫针，主穴百会、风府、大椎，采用温针治疗。进针得气后把艾条切成1.5 cm长的小段置于百会、风府、大椎穴针尾上燃烧，施以温针灸，每穴灸3壮，余穴不灸，留针30 min后出针。余穴施常规针刺手法。每日治疗1次，7 d为1个疗程，间隔3 d，治疗2个疗程，每个疗程结束时进行疗效评价。

2.1.2 对照组：采用普通针刺治疗。取穴、针刺手法、治疗时间、疗程均同治疗组，但不加温针灸。

2.1.3 中药治疗：肝阳上亢型，以天麻钩藤饮加减；痰浊中阻型，以半夏白术天麻汤加减；气血亏虚型，归脾汤加减；痰瘀交阻型，导痰汤合桃红四物汤加减；肝肾不足型，左归丸加减；气虚血瘀型，补阳还五汤加减。以上各方均水煎服，每日1剂，分2次服，共服17 d。

2.2 中医症状观察 参照文献[3]制定症状评分标准，见表1。无、轻、中、重分别计6、4、2、0分，总分为48分。治疗前及治疗2个疗程后分别进行评分。

$$\text{改善指数} = \frac{\text{治疗后评分} - \text{治疗前评分}}{\text{治疗前评分}}$$

表1 中医症状积分表

症状	分级			
	无	轻	中	重
头晕				
程度	无	轻度：尚可忍受，能正常行走，对工作生活无明显影响	中度：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	重度：无法忍受，需卧床，对工作生活有严重影响
持续时间	无	每日<60 min	每日61~240 min	每日>240 min
频率	无	每周<5次	每周6~20次	每周>20次
头痛	无	轻度：尚可忍受，能正常行走，对工作生活无明显影响	中度：较难忍受，能正常行走，对工作生活有较大影响	重度：无法忍受，需卧床，对工作生活有严重影响
旋颈试验	阴性	弱阳性	阳性	强阳性
耳鸣	无	偶有发生	经常发生	经常发生、不能缓解、耳鸣如蝉声、听力减退
恶心或呕吐	无	偶然出现恶心，不影响工作和生活	有时恶心或呕吐	恶心、呕吐频繁发生，影响工作和生活
不寐	无	睡眠稍有减少	时见失眠	难以入睡

2.3 颈性眩晕症状和功能评分 采用《颈性眩晕症状与功能评估量表》^[4-5]进行评分，分为眩晕(包括程度、频度和持续时间)、肩颈痛、头痛、日常生活及工作、心理及社会适应5个方面，按症状由轻至重，评分递减。治疗前及治疗2个疗程后分别进行评分。

2.4 疗效标准 参照国家中医药管理制定《中医病证诊断疗效标准》^[3]进行评定。以症状、体征为依据。改善率 = $\frac{\text{治疗后积分} - \text{治疗前积分}}{\text{治疗前积分}} \times 100\%$ 。

①临床痊愈：症状体征消失，功能恢复正常，旋颈试验阴性；X线颈椎片示颈椎有明显改善或恢复正常，经颅多普勒(transcranial Doppler, TCD)彩声超声检查提示椎-基底动脉血流正常。②有效：症状好转，体征减轻，功能基本恢复，旋颈试验阴性或弱阳性，X线颈椎片示颈椎有改善，TCD示椎-基底动脉血流好转。③无效：症状、体征、旋颈试验、X线摄片、TCD检查均无改善。

2.5 统计学方法 采用SPSS 17.0进行统计学分

析。连续型变量以“均数±标准差($\bar{x} \pm s$)”表示，两组临床疗效、中医症状改善指数比较采用秩和检验，两组治愈率和总有效率比较采用 χ^2 检验，两组中医症状评分比较采用成组 t 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

3 结果

3.1 两组临床疗效比较 两组临床疗效比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)，治疗组治愈率显著高于对照组($P < 0.05$)。见表1。

表1 两组临床疗效比较

组别	n	治愈/例	有效/例	无效/例	治愈率/%	总有效率/%
对照	30	3	23	4	10.00	86.67
治疗	30	10	19	1	33.33 [#]	96.67

注：与对照组比较， $\# P < 0.05$ 。

3.2 两组中医证候评分比较 治疗前两组中医证候评分比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)；治疗后中医证候评分显著升高($P < 0.01$)，且治疗组显著高于对照组($P < 0.01$)。治疗组中医证候改善指数

也显著高于对照组($P<0.01$)。见表2。

表2 中医证候评分比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	中医证候评分		改善指数/%
		疗前	疗后	
对照	30	26.13±5.43	34.47±6.27**	36.82±38.12
治疗	30	26.02±4.27	39.61±5.86* _{##}	55.83±31.81* _{##}

注:与同组治疗前比较,* $P<0.01$;

与对照组比较,## $P<0.01$ 。

3.3 两组颈性眩晕症状和功能评分比较 与治疗前比较,治疗后两组颈性眩晕症状和功能评分均显著升高($P<0.01$);治疗后治疗组颈性眩晕症状和功能评分及其治疗前后差值显著高于对照组($P<0.01$)。见表3。

3.4 治疗前后两组中医证候评分表和颈性眩晕症

状与功能量表单个条目评分比较 治疗前两组单个条目评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);与治疗前比较,治疗后两组各个条目评分均显著升高($P<0.05$,或 $P<0.01$);治疗后治疗组眩晕、旋颈试验、日常生活及工作评分显著高于对照组($P<0.05$,或 $P<0.01$)。见表4。

表3 治疗前后两组颈性眩晕症状和功能评分比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	颈性眩晕症状和功能评分		
		疗前	疗后	差值
对照	30	14.43±3.12	20.72±3.29**	6.27±2.28
治疗	30	13.77±3.08	24.45±4.11* _{##}	10.68±4.80* _{##}

注:与同组治疗前比较,* $P<0.01$;

与对照组比较,## $P<0.01$ 。

表4 治疗前后两组中医证候评分表及颈性眩晕症状与功能量表单个条目评分比较($\bar{x}\pm s$)

组别	差异来源	单个条目评分							
		眩晕	恶心或呕吐	头痛	肩颈痛	旋颈试验	日常生活及工作	心理及社会适应	
对照	疗前	4.87±2.01	4.27±1.64	1.58±0.30	3.13±0.66	1.13±1.25	1.98±0.97	12.87±2.67	
	(n=30) 疗后	9.23±2.65**	5.33±1.21**	1.75±0.31*	3.57±0.50**	2.62±1.19**	3.03±0.75**	15.27±2.30**	
治疗	疗前	4.97±2.27	4.01±1.74	1.63±0.31	2.98±0.56	1.02±1.14	1.78±0.97	12.97±2.14	
	(n=30) 疗后	12.02±2.98* _{##}	5.53±0.86**	1.86±0.26**	3.63±0.56**	4.27±1.46* _{##}	3.43±0.54**	16.27±2.63**	

注:与同组治疗前比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$;与对照组比较,## $P<0.05$,## $P<0.01$ 。

4 讨论

目前CSA的西医治疗包括手术治疗,以及用药扩张脑血管、缓解血管痉挛、恢复椎-基底动脉供血、改善微循环等。

根据其临床表现,当属中医“眩晕”、“头痛”、“痹证”、“项强”、“颈肩痛”等范畴^[6]。本病和督脉、膀胱经、肾、肝、脾等脏腑功能失调有密切关系。肝肾亏虚、气血不足、筋脉失养是本,风寒湿邪外侵或颈部外伤致筋脉瘀滞、气血痹阻是标。中医治疗包括辨证分型论治、单方或验方、成方治疗、针灸、推拿、牵引等。其中温针灸是针刺与艾灸结合运用的一种方法,具有温经通络、温肾固本、消瘀散结等作用。针刺可刺激局部穴位感受器,降低交感神经的兴奋性,促进局部血液循环,缓解颈肌或血管痉挛,松解局部软组织粘连,纠正椎间关节紊乱等,从而恢复颈椎正常生理解剖关系和生物力学平衡^[7]。临床采用针灸治疗CSA获得了较好的疗效^[8-10]。

《痰火点雪·痰火灸法》曰:“灸法去病之功,难以枚举,而其寒热虚实,轻重远近,无往不宜。”灸疗产生的温热通过刺激皮肤感受器,可激发调整神经系统的功能,促进无菌性炎症的消散吸收,加速局部血液循环,改善代谢和营养血管神经^[11]。百会穴归于督脉,督脉为阳经之海,总统一身之阳,百会又位于脑部,其气接通于脑部;风府穴为督脉、阳维之会,

穴居人体之上部,故为驱风之要穴;大椎是人体诸阳经交会之所,可以调节六阳经经气,是保健强壮之要穴。故百会、风府、大椎能激发诸阳经之气,调整督脉气血运行。风池、天柱等穴具有疏通气血以达安神定眩作用。温针灸诸穴远近配合能起调整脏腑、行气活血、疏通经络、补虚泻实等作用。

在针灸治疗CSA方面,由于针灸选穴、针刺手法和方法过于个性化、多样化,操作参数模糊,规范性较低,给临床推广应用及国际交流带来了很大困难,现代的针灸科研对治疗CSA的作用机制研究少,且疗效标准多以症状、体征的改善为主,缺乏较统一的客观疗效指标。本研究以临床疗效、中医证候评分、颈性眩晕症状和功能评分作为结局指标,进行综合评价。结果提示,温针灸以及普通针刺对CSA均有较好的临床疗效,改善了患者的症状体征,但临床疗效方面温针灸明显优于普通针刺,在改善CSA的中医证候及颈性眩晕症状和功能方面,温针灸治疗效果也明显优于普通针刺。

综上所述,温针灸对提高CSA临床疗效、提高患者生存质量和日常生活工作能力方面具有良好效果,值得推广应用。

参考文献:

- [1] 曾红文,聂斌,黄年斌.刺络拔罐配合温针治疗椎动脉型颈椎病的疗效分析[J].上海针灸杂志,2007,26(6):

- 8-10.
- [2] 周美启. 温针治疗椎动脉型颈椎病 33 例[J]. 上海针灸杂志, 2002, 21(4): 15-16.
- [3] 国家中医药管理局. 中华人民共和国中医药行业标准: 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 136.
- [4] 王楚怀, 卓大宏. 颈性眩晕患者症状与功能评估的初步研究[J]. 中国康复医学杂志, 1998, 13(6): 245-247.
- [5] 王文春, 张安仁, 卢家春, 等. 改良《颈性眩晕症状与功能评估量表》在椎动脉型颈椎病中医临床应用中的应用及评价[J]. 西南军医, 2007, 9(4): 145-146.
- [6] 朱福平, 庄礼兴, 杨顺益, 等. 椎动脉型颈椎病中医药研究概况[J]. 针灸临床杂志, 2006, 22(3): 46-48.
- [7] 蒋振亚, 李常度. 杵针大椎八阵穴为主治疗颈椎病的临床观察[J]. 中国针灸, 2001, 21(2): 94.
- [8] 张国桥. 针刺治疗椎动脉型颈椎病 100 例[J]. 实用中医药杂志, 2010, 26(1): 31.
- [9] 盛葵, 黄传建, 陈晓谦, 等. 针刺“颈三针”治疗椎动脉型颈椎病临床研究[J]. 湖北中医杂志, 2009, 31(5): 21-23.
- [10] 潘文字, 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以及对内皮素、6-酮前列腺素 $F_{1\alpha}$ 含量的影响[J]. 中国康复医学杂志, 2010, 2(5): 460.
- [11] 张建红. 温针灸颈夹脊穴治疗颈椎病 55 例报告[J]. 中医正骨, 2003, 15(5): 52.

(收稿日期: 2011-12-11)

Clinical Effect of Warming Acupuncture-Moxibustion Combined with Traditional Chinese Medicines in Syndrome Differentiation Based Treatment of Cervical Spondylosis of Vertebral Artery Type: A Report of 30 Cases

LIU Guang¹, YANG Yuan², CHEN Wu-jie¹, CHEN Gen-cheng¹

(1. The Third Affiliated Hospital of Guangzhou University of Traditional Chinese Medicine, Guangdong Guangzhou 510360, China; 2. Guangzhou University of Traditional Chinese Medicine, Guangdong Guangzhou 510405, China)

[Abstract] **Objective** To investigate the clinical effect of warming acupuncture-moxibustion on cervical spondylosis of vertebral artery type (CSA). **Methods** A prospective randomized controlled trial was conducted. In the trial, 60 CSA patients were randomly divided into treatment group ($n=30$) and control group ($n=30$). The treatment group received syndrome differentiation based treatment, or choosing an appropriate therapy based on the specific syndrome in traditional Chinese medicine, using warming acupuncture-moxibustion combined with traditional Chinese medicines. The control group received syndrome differentiation based treatment using conventional acupuncture combined with traditional Chinese medicines. The clinical effects, traditional Chinese medicine (TCM) syndrome scores, and cervical vertigo symptoms and functional assessment scores were observed in both groups after two courses of treatment.

Results The clinical effect was significantly better in the treatment group than in the control group ($P<0.05$), and so was the cure rate ($P<0.05$). After treatment, the TCM syndrome scores increased significantly in both groups ($P<0.01$), and the TCM syndrome scores in the treatment group were significantly higher than those in the control group ($P<0.01$); the vertical vertigo symptoms and functional assessment scores increased significantly in both groups ($P<0.05$ or $P<0.01$), and, compared with the control group, the treatment group showed significantly higher cervical vertigo symptoms and functional assessment scores and increase in the scores ($P<0.01$). In addition, the treatment group showed higher scores on vertigo, neck rotation test, and daily life and work than the control group after treatment ($P<0.05$ or $P<0.01$). **Conclusion** Warming acupuncture-moxibustion has good clinical effect on CSA and shows significantly better performance than conventional acupuncture in improving TCM syndrome and ability of daily life and work.

[Key words] cervical spondylosis of vertebral artery type; vertigo; acupuncture; warming acupuncture-moxibustion