

程氏“通脱法”针刺治疗颈源性头痛的临床研究^{*}

吴伊宁, 潘超群, 吴辛甜, 陈章妹[△]

(常州市武进中医医院, 江苏 常州 213000)

摘要: **目的** 观察程氏“通脱法”针刺治疗颈源性头痛的临床疗效。**方法** 将 60 例颈源性头痛患者随机分为治疗组 30 例和对照组 30 例。治疗组采用通脱法针刺, 对照组采用普通针刺。每两天治疗 1 次, 连续治疗 10d。观察临床疗效, 并于治疗前、治疗后、治疗结束 1 月后随访时对头痛程度(VAS)、颈椎活动度(ROM)进行评分。**结果** 两组患者 VAS、ROM 评分在治疗后均有改善($P<0.01$), 但治疗组并未优于对照组($P>0.05$), 而在 1 月后随访时两组疗效仍然优于治疗前($P<0.01$), 但此时治疗组优于对照组($P<0.05$)。治疗组在治疗后总有效率为 96.67%, 对照组为 93.33%, 两组总有效率无统计学差异($P>0.05$), 而在 1 月后随访时治疗组总有效率 93.33% 则优于对照组 66.67%($P<0.05$)。**结论** 程氏“通脱法”能有效改善颈源性头痛症状, 且程氏“通脱法”远期疗效较普通针刺法更优。

关键词: 颈源性头痛; 通脱法; 针刺

中图分类号: R246.9

文献标志码: A

文章编号: 1000-2723(2017)03-0062-04

DOI: 10.19288/j.cnki.issn.1000-2723.2017.03.015

颈源性头痛由 Sjaastad^[1]于 1983 年首次提出, 其以单侧头部疼痛为主要表现特征, 临床病情易反复, 对它的病因学研究^[2]多认为是由颈椎附近软组织的慢性损伤所引起。而在现代社会, 手机和电脑的使用频率越来越高^[3], 导致伏案工作的时间不断变长, 颈椎一直处于过屈位, 而同时运动时间进一步被压缩, 这些均造成了颈源性头痛越来越普遍, 国际头痛协会的一项调查显示头痛患者中大约有 14% 为颈源性头痛, 而在严重头痛患者其占比更高达 18%^[4]。

程氏“通脱法”^[5]是全国名老中医程子俊先生总结多年临床经验, 根据“根结、标本”这一针灸学理论基础, 将循经远道取穴与局部取穴相结合, 视病情的轻重缓急制定取穴原则及其先后顺序的一种方法。

1 临床资料

1.1 一般资料

本次研究共选取 60 例至我院针灸科就诊, 且被确诊为颈源性头痛的患者, 病例采集时间为 2015 年 3 月-2015 年 12 月, 随机分为治疗组 30 例(采用通脱

法针刺)和对照组 30 例(采用普通针刺)。其中治疗组男性和女性分别为 7 例和 23 例, 平均年龄为 (46.03 ± 6.51) 岁, 平均病程为 (32.77 ± 7.01) 月, 颈椎有影像学改变者 5 例, 无影像学改变者 25 例, 日均低头时间为 (5.60 ± 1.40) h。对照组男性和女性分别为 6 例和 24 例, 平均年龄为 (44.60 ± 6.45) 岁, 平均病程为 (33.50 ± 6.31) 月, 颈椎有影像学改变者 3 例, 无影像学改变者 27 例, 日均低头时间为 (5.63 ± 1.35) h。经统计学处理, 两组患者性别分布、年龄范围、病程长短、病情严重程度、日均低头时间等一般资料均无明显差异($P>0.05$)。

1.2 诊断标准

采用颈源性头痛国际研究会最新制定的诊断标准^[6]: ①单一长久的颈部、头部姿势或有来自单侧颈上部, 后部或枕部的外在压力时引起头痛症状加重; ②颈椎活动范围减少; ③单侧颈部, 肩和上肢的非根性疼痛。

以上 3 项诊断标准按照重要程度依次递减, 当①

^{*} 基金项目: 江苏省科技支撑计划项目(YB2015092)

收稿日期: 2017-05-26

作者简介: 吴伊宁(1990-)女, 江苏常州人, 硕士, 住院医师, 研究方向: 针灸治疗神经系统疾病。

[△]通信作者: 陈章妹, E-mail: chenhangmei1962@163.com

项符合时就能确诊,但是②项或③项符合时诊断并不能成立。

1.3 纳入标准

①符合颈源性头痛国际诊断标准;② $20 \leq$ 年龄 ≤ 60 岁;③病程超过1年;④自愿参加并签署临床知情同意书。

1.4 排除标准

①既往有癫痫、中风等神经系统器质性病变者;②有严重心、肝、肾功能不全,和其他重要脏器病变者;③排除其他疾病引起的头痛;④近1月内服用止痛药者。

2 治疗方法

2.1 治疗组

治疗方法:“通脱法”:“通”法,即远道取穴;“脱”法,即局部取穴。

取穴:远道取穴:颈夹脊(患侧)、列缺(患侧),合谷(患侧)、太冲(患侧)、足三里(患侧)。局部取穴:阳性反应点(在枕项部骨面附近搜寻条索或结节,或以手指点压局部组织时,出现酸胀感的部位)。

操作:“通”法,患者取侧卧位,严格消毒穴位处皮肤,选用1.5寸毫针常规针刺,行平补平泻手法。进针0.5到1寸,以得气为度。其间行针1次,留针30min。

“脱”法,在颈项部触及条索和结节处,严格消毒后,于反应点正中刺至骨面,然后提起针,在周边小区域内,间隔各刺2~3次,如条索和结节范围较大,可在局部组织加刺数针。其间行针1次,留针30min。

“通”“脱”结合法,通法和脱法交替或联合使用。

患者前期或首次行针时,尚处在急性期,此时当以“通”法为主;中期行针时,疾病处于恢复期,此时宜“通”法和“脱”法联合使用;后期行针时,疾病处于缓解期,此时又当以“脱”法为主要治疗方法。

2.2 对照组

治疗方法:常规针刺法

针具:一次性无菌针灸针,北京汉医医疗器械中心生产,汉医牌,规格为0.30mm $\times$ 40mm。

取穴:取穴原则依据中医药管理局十一五规划教材《针灸治疗学》^[7]:百会、天柱(患侧)、风池(患侧)、颈夹脊(患侧)、列缺(患侧)、外关(患侧)、足三里(患侧)、太冲(患侧)。

操作:患者取侧卧位,严格消毒穴位处皮肤,选用1.5寸毫针常规针刺,行平补平泻手法。进针0.5到1寸,以得气为度。其间行针1次,留针30min。

疗程:每2d治疗1次,连续治疗10d。

3 统计学方法

采用SPSS19.0统计软件包,计量资料用 t 检验,计数资料用 χ^2 检验,析,所有计量资料用平均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示。当 $P < 0.05$ 时,差异有统计学意义。

4 疗效评定

4.1 临床疗效

疗程结束后参照《中药新药临床指导原则》^[8]中的有关标准判定临床疗效。①痊愈:头痛、项僵等症状消失;②有效:头痛、项僵等症状明显减轻,可正常工作及生活;③显效:头痛、项僵等症状减轻,但影响工作与生活;④无效:头痛、项僵等症状无改善或加重。

4.2 头痛程度评分采用视觉模拟评分法^[9]

视觉模拟评分法(visual analogue scale, VAS)是一种目前临床常用的直观的疼痛评分法,在白纸上画一条10cm粗直线,在首尾各以文字标记,直线首端标记为“无痛”,直线尾端标记为“最剧烈的疼痛”,患者在治疗前后、1月后随访时按照主观感受,在线上作一记号,以表示疼痛的强度,从首端到患者标记处的长度便是疼痛的具体分值。

无-----剧痛
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4.3 颈椎活动度^[10]评分(ROM评分)

颈椎活动度(Range of motion, ROM)是指颈椎活动时能达到的最大运动限度,临床常用于评价颈椎疾病严重程度和损伤节段,患者按照主观感受对颈椎活动程度进行评分,具体如下:1分:不影响生活,活动度正常;2分:对日常生活有轻微影响,活动程度稍有限制;3分:对日常生活有较大影响,在活动明显感觉到僵硬和费力;4分:基本不能活动。

4.4 随访

在治疗结束1月后,观察临床疗效,完成对头痛程度(VAS)、颈椎活动度(ROM)的评分。

5 结果

5.1 随访临床疗效比较

如表1和表2所示,治疗组在治疗后总有效率为

96.67%, 对照组为 93.33%, 两组总有效率差异无统计学意义 ($P>0.05$), 而在 1 月后随访时治疗组总有效率 93.33% 则优于对照组 66.67%, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。

表 1 治后总有效率对比 ($\bar{x} \pm s$, 例)

组别	<i>n</i>	治愈	显效	有效	无效	总有效率/%
通脱组治疗后	30	4	5	20	1	96.67
通脱组随访后	30	3	5	20	2	93.33

表 2 随访后总有效率对比 ($\bar{x} \pm s$, 例)

组别	<i>n</i>	治愈	显效	有效	无效	总有效率/%
治疗组	30	3	5	20	2	93.33
对照组	30	0	1	19	10	66.67

5.2 视觉模拟评分

如表 3 所示, 治疗前, 两组患者的 VAS 评分差异无统计学意义。

治疗后, 两组患者 VAS 评分均较治疗前降低, 差异有统计学意义 ($P<0.01$); 但治疗组未优于对照组, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。

1 月后随访时, 两组患者 VAS 评分均较治疗前有所降低, 差异有统计学意义 ($P<0.01$), 但治疗组优于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。

表 3 VAS 评分治疗前、治疗后、随访比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后	随访
治疗组	30	7.07 $\pm$ 1.31	2.33 $\pm$ 1.63	2.87 $\pm$ 1.76
对照组	30	7.13 $\pm$ 1.31	3.20 $\pm$ 1.99	4.17 $\pm$ 1.88

5.3 颈椎活动度 (ROM) 评分

如表 4 所示, 治疗前, 两组患者的 ROM 评分无统计学差异。

治疗后, 两组患者 ROM 评分均较治疗前降低, 差异有统计学意义 ($P<0.01$); 但治疗组未优于对照组, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。

1 月后随访时, 两组患者 ROM 评分均较治疗前有所降低 ($P<0.01$), 差异有统计学意义, 但治疗组优于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。

表 4 ROM 评分治疗前、治疗后、随访比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后	随访
治疗组	30	2.87 $\pm$ 0.51	1.40 $\pm$ 0.50	1.43 $\pm$ 0.50
对照组	30	2.87 $\pm$ 0.43	1.70 $\pm$ 0.47	1.80 $\pm$ 0.61

6 讨论

现代医学对颈源性头痛的研究正在不断深入和展开, 各种病因和发病机制学说正在不断完善。大多学说都指出, 颈源性头痛多由各种颈部急慢性劳损、进行性退变、无菌性炎症反应等引起^[11]。颈部由于活动频繁, 再加上现代生活和工作中伏案时间的大量增加, 造成颈部软组织的痉挛、缺血和缺氧, 从而引发颈源性头痛。对其发病机制的研究认为主要有肌肉痉挛学说、神经会聚理论学说、机械刺激学说和炎性水肿学说^[12]。目前, 现代医学对于颈源性头痛的治疗主要以口服肌肉松弛药、横突旁注射镇痛解痉药^[13]、射频热凝^[14]及外科手术等治疗为主, 也取得了较为显著的临床疗效, 但受制于药物的副作用和一些治疗方式的不确定性, 在临床并没有得到大规模的推广使用^[15]。

在程氏“通脱法”中, “通”法指循经远道取穴, 以腕踝关节附近及以下的穴位为主, 以激发经气, 疏通经络; “脱”法指病变局部取穴, 以脱除、疏散病邪^[16]。程子俊认为, 急性病症初期, 病变局部邪实亢盛, 经气郁结, 犹如长绳打结, 缠乱繁杂。欲解开绳结, 若蛮拆硬扯, 会愈解愈结, 应在上下慢慢松动, 找到合适路径, 则可轻易解开。针灸如果在局部取穴, 会扰乱经气, 加重郁结, 使外邪深入, 留而不去。此时宜用“通”法, 即循经远道取穴, 针刺补泻手法一般用泻法, 以激发经气, 疏通壅滞, 则络通邪去。在病症缓解期和恢复期, 正邪相争后病变局部邪势稍退, 经气稍通, 可顺势而为, “通”“脱”结合, 疏通经络和局部祛邪并重。但宜先“通”后“脱”, 激发经气, 疏通经络, 加强局部祛邪力量, 针刺补泻手法一般用平补平泻法或补泻结合。

“通脱法”是标本根结理论, 远近结合取穴方法及针刺补泻观念的有机结合, 三者相互渗透, 环环相扣, 在临床上的治疗效果, 尤其是远期有效率明显优于普通针刺的方法, 在今后的临床试验中, 我们会进一步推广使用到其他疾病上, 并进一步扩大样本容量。

参考文献:

- [1] Sjaastad O, Saunte C, Hovdahl H, et al. "Cervicogenic" headache. An hypothesis. [J]. Cephalgia, 1983, 3 (4): 249-256.
- [2] The International Headache Society (IHS). The Interna-

- tional Classification of Headache Disorders 2nd [J]. Cephalgia An International Journal of Headache, 2004, 24 (S1): 9-160.
- [3] 郝传传, 杭晓娟, 范刚启. 针灸治疗颈源性头痛研究建议[J]. 辽宁中医药大学学报, 2010, 12(5): 129-131.
- [4] 张凯, 刘宇, 蒋戈利. 针灸治疗颈源性头痛处方取穴规律现代文献研究 [J]. 中国中西医结合杂志, 2014, 34(8): 1008-1012.
- [5] 邓江山, 陈章妹, 张建明, 等. “通脱法”针刺治疗周围性面瘫临床观察 [J]. 上海针灸杂志, 2011, 30(12): 833-835.
- [6] Sjaastad O, Fredriksen TA, Pfaffenrath V. Cervicogenic headache: diagnostic criteria. The Cervicogenic Headache International Study Group [J]. Headache, 1998, 38(6): 442-445.
- [7] 王启才. 针灸治疗学[M]. 北京: 中国中医药出版社出版, 2007. 73-75.
- [8] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 77.
- [9] 罗跃嘉. 简化 McGill 疼痛评分表的临床应用评价[J]. 中国康复, 1992(4): 160-164.
- [10] Fredriksen TA, Sjaastad O. Cervicogenic headache (CEH): notes on some burning issues [J]. Funct Neurol, 2000. 15(4): 199-203.
- [11] 倪家骧, 段红光, 裴爱珍. 颈源性疼痛诊疗学[M] 北京: 人民军医出版社, 2005: 158-160.
- [12] 徐静. 颈源性头痛的发病诱因分析及预防[J]. 中国现代药物应用, 2015, 9(4): 222-223.
- [13] 胡云, 王黎, 张珍, 等. 星状神经节阻滞与颈横突局部注射疗法对颈源性头痛的疗效评价 [J]. 中国康复, 2006, 21(4): 227-228.
- [14] 单志婧, 李慧莹, 刘思同, 等. 颈源性头痛治疗新进展 [J]. 中国疼痛医学杂志, 2014(12): 885-888.
- [15] Bogduk N, Govind J. Cervicogenic headache: an assessment of the evidence on clinical diagnosis, invasive tests, and treatment [J]. Lancet Neurol, 2009, 8(10): 959-968.
- [16] 钱虹仔, 夏俊, 许文杰. “通脱法”针刺治疗后循环缺血性眩晕的临床观察[J]. 上海中医药杂志, 2013(9): 44-46.
- (编辑: 徐建平)

《云南中医学院学报》欢迎网上投稿
网址: <http://www.xb.ynutcm.edu.cn>