

· 临床研究 ·

穴位注射及电针治疗椎动脉型颈椎病的疗效比较

周利 余芳 邹燃

【摘要】 目的 观察并对比穴位注射(颈夹脊穴)及电针治疗椎动脉型颈椎病(CSA)的临床疗效。**方法** 将 60 例 CSA 患者随机分为穴位注射组和电针组,分别给予穴位注射(颈夹脊穴)及电针治疗;并于治疗前、后采用彩超检测患者双侧椎动脉最大血流量及内径变化情况。**结果** 穴位注射组总有效率为 96.7%,电针组总有效率为 93.3%,2 组患者临床疗效组间差异无统计学意义($P>0.05$);与治疗前比较,治疗后 2 组患者椎动脉最大血流量及管径均有明显改善(均 $P<0.01$);2 组患者椎动脉最大血流量和管径治疗前、后组间差异均无统计学意义(均 $P>0.05$)。**结论** 穴位注射(颈夹脊穴)及电针治疗均对 CSA 患者有较好疗效,都能显著改善椎动脉血流量及管径,并且穴位注射疗法操作相对简便、治疗时间较短,更值得临床推广、应用。

【关键词】 椎动脉型颈椎病; 穴位注射; 最大血流量; 血管管径

椎动脉型颈椎病(cervical spondylotic vertebral arteriopathy, CSA)是临床常见、多发病之一,多由于椎动脉受压或激惹而诱发供血不足所致,患者以眩晕及头痛为主要临床表现。据国外资料统计,约 70% 颈椎病患者伴有椎动脉受累表现^[1]。我院于 2005 年 9 月至 2006 年 8 月间分别采用穴位注射(颈夹脊穴)和电针治疗 CSA 患者,并对 2 种治疗手段临床疗效进行比较。现报道如下。

资料与方法

一、临床资料

共选取 2005 年 9 月至 2006 年 8 月间在我院针灸科门诊治疗及住院的 CSA 患者 60 例,均符合 1992 年全国第二届颈椎病专题座谈会纪要^[2]及 1994 年《中医病证诊断疗效标准》^[3]中有关 CSA 的诊断标准。采用随机数字表法将入选患者分为颈夹脊穴穴位注射组(简称穴位注射组)和电针治疗组(简称电针组)。穴位注射组男 14 例,女 16 例;年龄 32~65 岁,平均(44.36±9.46)岁;病程半年~11 年。电针组男 17 例,女 13 例;年龄 31~64 岁,平均(43.97±9.13)岁;病程 5 个月~12 年。2 组患者性别、年龄及病程等经统计学比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

二、治疗方法

穴位注射组患者治疗时取坐位,医者取 C₅、C₆ 夹脊穴,采用 5 ml 注射器(配直径 0.55 mm,长 40 mm 针头)抽取复方当归注射液(主要成分为当归、川芎、红花、雅安,由三九药业有限公司生产)1 ml 及葡萄糖(5%)溶液 3 ml,患者穴位经局部常规消毒后,医者右手持注射器直刺入穴位 40 mm,待针刺得气、回抽无血后,缓慢推入复方当归注射液,每穴 0.5 ml,每 2 天治疗 1 次,治疗 2 周为 1 个疗程,每疗程中间休息 1 d,共治疗 2 个疗程。电针组患者治疗时取坐位,局部皮肤常规消毒后取 C₅、C₆ 夹脊穴,用直径 0.28 mm,长 30 mm 毫针直刺快速进针,待针刺得气后接通韩氏穴位神经刺激仪(CN215M/BH72-HANS-200 型)给予电刺激,电刺激参数如下:频率为 2~100 Hz,初始电流

强度为 0.5 mA,作用 10 min 后增加至 1.0 mA,再作用 10 min 后增加至 2.0 mA,共刺激 30 min,每天治疗 1 次,治疗 2 周为 1 个疗程,每疗程间休息 1 d,共治疗 2 个疗程。

三、疗效观察指标及评定标准

参照《中药新药临床研究指导原则》^[4]对患者临床症状及体征进行评分,包括:①眩晕程度,0 分为无眩晕;1 分为轻度眩晕尚可忍受,可正常行走,对工作生活无明显影响;2 分为中度眩晕,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;3 分为重度眩晕,无法忍受需卧床,对工作生活有严重影响。②眩晕时间,0 分为无眩晕;1 分表示眩晕时间 < 60 min/d;2 分表示眩晕时间为 61~240 min/d;3 分表示眩晕时间 > 240 min/d。③眩晕频率,0 分为无眩晕;1 分为 < 5 次/周;2 分为 6~20 次/周;3 分为 > 20 次/周。④头痛程度,0 分为无头痛;1 分为轻度疼痛,尚可忍受,对工作生活无明显影响;2 分为中度疼痛,较难忍受,对工作生活有较大影响;3 分为重度疼痛、无法忍受,对工作生活有严重影响。⑤旋颈试验,0 分表示旋颈试验阴性;1 分表示旋颈试验阳性;2 分表示旋颈试验强阳性。另外本研究还采用彩超检测患者治疗前后椎动脉血流量、最大流速及椎动脉直径变化情况。本研究临床疗效评定参照《中医病证诊断疗效标准》^[3],改善率 = [(治疗前积分 - 治疗后积分)/治疗前积分] × 100%,临床痊愈:改善率 > 90%;显效:改善率为 75%~90%;有效:改善率为 30%~75%;无效:改善率 < 30%。

四、统计学分析

本研究所得数据以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 SPSS 13.0 版统计学软件包进行数据分析,计数资料比较采用秩和检验,计量资料比较采用配对 t 检验, $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

结 果

2 组患者治疗前、后症状及体征总积分结果详见表 1,发现治疗前总积分组间差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后 2 组患者总积分均较治疗前显著改善(均 $P<0.01$),且组间差异仍无统计学意义($P>0.05$)。2 组患者临床疗效结果详见表 2,发现总有效率组间差异无统计学意义($P>0.05$)。2 组患者椎动脉血流量数据详见表 3,发现治疗前椎动脉血流量组间差异无

统计学意义($P>0.05$);治疗后 2 组患者椎动脉血流量均较治疗前显著增加(均 $P<0.05$),且椎动脉血流量组间差异仍无统计学意义($P>0.05$)。2 组患者椎动脉直径数据详见表 4,发现治疗前椎动脉直径组间差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后 2 组患者椎动脉直径均较治疗前显著增加($P<0.05$),且椎动脉直径组间差异仍无统计学意义($P>0.05$)。

表 1 2 组患者治疗前、后症状及体征总积分比较
(分, $\bar{x} \pm s$)

组 别	例数	症状及体征总积分	
		治疗前	治疗后
穴位注射组	30	9.51 ± 0.67	6.44 ± 0.93 ^{ab}
电针组	30	9.49 ± 0.82	7.01 ± 0.78 ^a

注:与治疗前比较,^a $P<0.01$;与电针组治疗后比较,^b $P>0.05$

表 2 2 组患者临床疗效比较(例,%)

组 别	例数	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效率
穴位注射组	30	3(10.0)	19(63.3)	7(23.3)	1(3.3)	29(96.7) ^a
电针组	30	2(6.7)	18(60.0)	8(26.7)	2(6.7)	28(93.3)

注:与电针组比较,^a $P>0.05$

表 3 2 组患者治疗前、后椎动脉血流量变化情况比较
(ml/min, $\bar{x} \pm s$)

组 别	例数	右椎动脉		左椎动脉	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
穴位注射组	30	79.70 ± 31.62	114.97 ± 31.94 ^{ab}	96.70 ± 45.46	139.27 ± 53.17 ^{ab}
电针组	30	79.30 ± 42.63	109.70 ± 39.26 ^a	98.27 ± 58.89	136.67 ± 60.56 ^a

注:与治疗前比较,^a $P<0.01$;与电针组治疗后比较,^b $P>0.05$

表 4 2 组患者治疗前、后椎动脉直径变化情况比较
(mm, $\bar{x} \pm s$)

组 别	例数	右椎动脉		左椎动脉	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
穴位注射组	30	2.86 ± 0.51	2.95 ± 0.49 ^{ab}	3.02 ± 0.46	3.14 ± 0.46 ^{ab}
电针组	30	2.92 ± 0.58	2.99 ± 0.50 ^a	2.95 ± 0.36	3.07 ± 0.36 ^a

注:与治疗前比,^a $P<0.01$;与电针组治疗后比较,^b $P>0.05$

讨 论

现代医学认为,CSA 是由于颈椎不稳定、颈椎正常曲线改变、椎体以及钩椎关节骨质增生等异常变化,刺激椎动脉使之痉挛或压迫使之扭曲、狭窄、闭塞,导致椎-基底动脉血流量减少,从而产生椎-基底动脉供血不足症状^[5,6],患者主要临床表现包括:眩晕、血管性头痛、视觉障碍及上肢麻木等,可伴有耳鸣、眼球震颤,还可出现一侧肌力减弱及腱反射亢进等。CSA 在中医上属于头痛、眩晕范畴,可因年老体弱、肝肾亏虚、髓海失充而并风痰上扰清窍所致;此外中医还认为肝阳上亢以及外伤所致筋骨失养也可诱发该症。

夹脊穴,顾名思义是沿脊柱分布的腧穴,是临床常用的经外奇穴。从经脉走行分析,其内夹督脉,外邻膀胱两经。针刺颈部夹脊穴能疏通督脉和膀胱经气血,气为血之帅,气行则血行,使下部气血上供于脑,上部气血下归其道,气滞、痰瘀得除,气血上荣,脑得所养,髓得所充,故眩晕得以痊愈。从局部解剖层面分析,机体每穴周围都有从相应椎骨下方发出的脊神经后支及其伴行的动、静脉丛分布,其中椎动脉第 2 段(即椎管段)位于 C₂₋₆ 颈神经前支前方,故刺激该穴可使局部神经兴奋,促进血液循环,缓解肌肉痉挛,抑制神经及软组织炎症、水肿等病理改变。复方当归注射液是中药制剂,主要含当归^[7]、川芎^[8]等成分,其中当归首要功效就是补血、活血;早在《神农本草经》中就将其列为可补可攻的中品药,既可扶正补养,又可攻邪治病。川芎具有活血行气、祛风止痛、开郁燥湿等功效。川芎、当归均为临床常用补血、活血之对药。现代研究认为,复方当归注射液具有舒张血管、改善微循环、提高椎动脉血供等功效^[9]。向 CSA 患者颈夹脊穴注射复方当归注射液,可发挥穴位特异性刺激和药物治疗双重功效,能有效改善椎动脉血供,增加脑血流量,从而提高大脑供血。

本研究结果表明,复方当归注射液穴位注射(颈夹脊穴)及电针治疗均能有效改善 CSA 患者临床症状及体征,并增大椎动脉内径,改善椎动脉血流量,但由于穴位注射疗法只需隔日治疗 1 次,且治疗时间较电针治疗短、操作简便、毒副作用小,相对安全、经济,故更值得临床推广、应用。

参 考 文 献

- [1] 张红星. 实用颈椎病指南. 武汉:湖北科学技术出版社,2005:75.
- [2] 全国第二届颈椎病专题座谈会. 颈椎病专题座谈会拟定的诊断及分型标准. 中华外科杂志,1993,31:472.
- [3] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准. 南京:南京大学出版社,1994:186.
- [4] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行). 北京:中国医药科技出版社,2002:348-349.
- [5] 赵定麟. 现代颈椎病学. 北京:人民军医出版社,2001:127-129.
- [6] 翟宏伟. 椎动脉型颈椎病的发病机制. 中国康复医学杂志,2006,21:668-670.
- [7] 李凯,韦丹,李家康. 针灸加穴位注射治疗椎动脉型颈椎病的疗效观察. 湖北中医杂志,2006,28:48.
- [8] 郝银丽,尚玉才,侯莉娟,等. 川芎嗪治疗椎动脉型颈椎病的临床研究. 中国中医骨伤科杂志,2007,15:11-13.
- [9] 夏平,张平,李绍平,等. 当归的药理作用研究进展. 时珍国医国药,2004,15:164.

(收稿日期:2008-08-29)

(本文编辑:易 浩)