

- 2020, 52(18):98-101.
- [13] 成鸿群, 刘宜成, 徐金鹏, 等. 温和灸和雀啄灸温度场分布特点的实验研究[J]. 中国针灸, 2021, 41(10):1113-1117.
- [14] 唐照亮, 宋小鸽, 章复清, 等. 艾灸对关节炎大鼠抗炎消肿作用及细胞因子, 自由基影响[J]. 安徽中医学院学报, 2001, 20(5):34-37.
- [15] 叶雅仙, 徐霖, 姚捷. 热敏灸结合针刺治疗急性期神经根型颈椎病的临床观察[J]. 中国中医急症, 2015, 24(6):1091-1093.
- [16] 罗辑, 刘爽. 热敏灸对膝骨性关节炎患者疼痛及 TNF- α 、IL-1 表达的影响[J]. 针灸临床杂志, 2020, 36(6):55-58.
- [17] 潘月悠, 陈婉媚, 陈秀霞, 等. 艾灸合谷穴联合运穴推拿治疗尺桡骨折肿痛疗效观察[J]. 广西中医药大学学报, 2021, 24(1):16-18.
- [18] 张丽丽. 艾灸疗法对下肢骨折术后疼痛和肿胀的缓解作用研究[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019(76):267,269.
- [19] 杜天龙, 谷忠悦, 刘金凯. 慢性 HBV 感染肝经中都穴红外温度与门静脉血液动力学参数相关性研究[J]. 辽宁中医杂志, 2017, 44(4):676-679,893.
- [20] 陈波平, 许金海, 徐华, 等. 体外冲击波循经取穴治疗跟痛症的随机对照研究[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2022, 30(7):26-31.
- [21] 吕若琦. 肩周炎夜间疼痛加剧是何因[J]. 解放军健康, 2021(5):39.
- [22] 董晓莉, 陈文月, 戴进. 初次全髋关节置换术患者术后夜间疼痛相关因素分析[J]. 中国医药, 2019, 14(12):1858-1861.
- [23] 赖圳登, 包倪荣, 赵建宁. 肩袖损伤患者的夜间疼痛与生物钟的联系[J]. 医学研究生学报, 2019, 32(9):999-1003.
- [24] MURE LS, LE HD, BENEGLIAMO G, et al. Diurnal transcriptome atlas of a primate across major neural and peripheral tissues[J]. Science, 2018, 359(6381):ea00318.

(编辑:郭金秋 收稿日期:2023-02-13)

项三针合运动针法治疗颈源性头痛临床观察*

朱中书

摘要:目的 探讨项三针合运动针法治疗颈源性头痛的临床疗效。方法 将 60 例患者随机分为治疗组和对照组各 30 例。对照组采用常规针刺,治疗组采用项三针合运动针法。2 组均每天治疗 1 次,5 次为 1 个疗程,治疗 2 个疗程,疗程之间休息 2 d。观察 2 组治疗前后 VAS、NDI、PSQI 评分,并综合评价临床疗效。结果 2 组患者首次治疗后较治疗前,治疗结束后较治疗前、首次治疗后 VAS、NDI、PSQI 评分均降低($P < 0.05$)。首次治疗后治疗组 NDI 评分低于对照组($P < 0.05$);治疗结束后治疗组 VAS、NDI 评分低于对照组($P < 0.05$)。2 组显效率和总有效率差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论 项三针结合运动针法能有效治疗颈源性头痛。

关键词:项痹;颈源性头痛;项三针;合谷刺;运动针法

doi:10.3969/j.issn.1003-8914.2024.03.035 文章编号:1003-8914(2024)-03-0539-04

Xiangsanzhen Combined with Motility Acupuncture in the Treatment of Cervicogenic Headache

ZHU Zhongshu

(Department of Acupuncture and Moxibustion, Linyi Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shandong Province, Linyi 276002, China)

Abstract: Objective To explore the clinical efficacy of Xiangsanzhen combined with motility acupuncture in the treatment of cervicogenic headache. **Methods** Sixty patients were randomly divided into treatment group and control group, with 30 patients in each group. The control group was treated with conventional acupuncture, and the treatment group was treated with Xiangsanzhen combined with motility acupuncture. Both groups were treated once a day, 5 times as one course, 2 courses of treatment, and 2 days of rest between courses. VAS, NDI and PSQI scores of the two groups were observed before and after treatment, and the clinical efficacy was comprehensively evaluated. **Results** VAS, NDI and PSQI scores in two groups were lower after the first treatment than before, after the end of treatment than before and after the first treatment ($P < 0.05$). After the first treatment, the NDI score of the treatment group was lower than that of the control group ($P < 0.05$). VAS and NDI scores in the treatment group were lower than those in the control group after treatment ($P < 0.05$). There was no significant difference between the two groups in apparent efficiency and total effective rate ($P > 0.05$). **Conclusion** The combination of Xiangsanzhen combined with motility acupuncture is a feasible treatment for cervicogenic headache.

Key words: cervical spondylosis; cervicogenic headache; Xiangsanzhen; Hegu (LI4); motility acupuncture

颈源性头痛(Cervicogenic headache, CEH),是一

种常见的头痛类型^[1,2],主要以颈椎或局部软组织病变所致,以一侧或两侧头部疼痛迁延不愈且反复发作作为临床症状的综合征^[3]。其理论概念由 Sjaastad^[4]在 1983 年提出。研究证实,CEH 发病与枕大、枕小神经

* 基金项目:山东省中医药科技项目(No. 2020Q115)

作者单位:临沂市中医医院针灸科(山东 临沂 276002)

通信方式:E-mail:painless110@163.com

等关联密切^[5,6]。临床表现多见颈项部的僵硬、疼痛、麻木和慢性、反复发作性的单侧头痛等,性质为牵涉痛,部位以枕、顶和颞部为多。有头痛症状的患者中,CEH 约占 20%^[7],年龄多集中在 30 ~ 50 岁^[8]。随着现代科技生活的多样化改变,“低头族”及“电脑族”等导致或加重了 CEH 的发生,且年轻化态势明显。CEH 无特异性检查手段,多依据临床症状进行诊断,常被误诊为神经性头痛、神经血管性头痛,甚至神经官能症及心因性头痛等。目前,临床上保守治疗仍是 CEH 的首选治疗方式^[9]。而针刺治疗 CEH 有效、安全,广为医者选择和患者接受^[10-12]。

表 1 2 组患者一般资料比较

(例,%, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	男	女	年龄/岁			病程/月		
				最小	最大	平均	最短	最长	平均
治疗组	30	12	18	19	63	42.8 ± 8.2 ¹⁾	0.6	36	10.9 ± 7.3 ¹⁾
对照组	30	13	17	21	62	41.9 ± 8.7	0.5	36	10.8 ± 8.1

注:与对照组比较,¹⁾ $P > 0.05$ 。

1.2 诊断标准 采用国际头痛协会(IHS)发布的国际头痛分类第三版(2018 版)的 CEH 诊断标准^[13]。

1.3 纳入标准 ①符合上述 CEH 诊断标准;②年龄 18 ~ 70 岁;③意识清晰,表达清楚,能够配合相关治疗、临床资料采集和随访;④同意参加本方案的治疗,承诺在观察期间不采用其他治疗方法,并签署知情同意书者。

1.4 排除标准 ①合并严重基础性疾病或精神性疾病者;②合并有颈椎骨折、脱位,或者严重骨质疏松、结核、肿瘤、感染、椎管狭窄,或已有手术指征者;③对针灸有恐惧心理、排斥心理者;④妊娠期妇女。

1.5 剔除脱落和中止试验标准 ①未按规定治疗方案完成试验者;②合并使用其他疗法或药物,影响疗效判定者;③中途退出者;④出现不良反应而停止治疗者。

1.6 方法

1.6.1 治疗组 项三针:取穴:脑空与风池连线的中点(空池)、脑户与风府连线的中点(户府)。操作:患者取俯卧位,穴区皮肤常规消毒,揣定上述 2 个部位,重点寻找局部压痛敏感或指下有结节、条索样异常结构等,选用 0.30 mm × 40 mm 一次性针灸针(汉医牌或环球牌)行针刺操作。垂直穴区皮肤进针至病变局部反应点,可直达骨面,行合谷刺手法,以患部酸胀感强烈且有放散为最佳。操作完毕,留针 30 min,期间 TDP 照射。

但仍存在选穴多而不统一、次数频而疗程长以及复发率高的问题。本研究采用随机对照试验,观察项三针结合运动针法治疗 CEH 的临床疗效,并与常规针刺对照,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2021 年 7 月—2022 年 7 月临沂市中医医院针灸科和新疆生产建设兵团医院西山分院中医科就诊的 CEH 患者 60 例,按照初次就诊的次序,采取随机数字表法,分为治疗组和对照组,每组 30 例。2 组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。见表 1。

运动针法:取穴:液门-中渚-阳池-外关穴位线,后溪-腕骨-阳谷穴位线。操作:针刺项三针后,患者取站立位或坐位均可,穴区皮肤常规消毒,于上述 2 条穴位线上寻找压痛最明显或指下有阻滞感的部位,若无明显压痛或指下无阻滞感的部位,选择液门透中渚,后溪循经线向心方向斜刺向腕骨。选用 0.30 mm × 40 mm 一次性针灸针(汉医牌或环球牌)行针刺操作。得气后,嘱患者活动颈项部 10 min。均单侧操作,以阳历日期为准,单数刺左,双数刺右。

1.6.2 对照组 给予常规针刺治疗。参照《针灸治疗学》^[14]和近年来临床治疗 CEH 的高频次穴位^[15]。取穴:风池、风府、天柱、颈夹脊(C3、C4)、百会、太阳、合谷。操作:患者取俯卧位,穴区皮肤常规消毒,揣定上述腧穴,选用 0.30 mm × 40 mm 一次性针灸针(汉医牌或环球牌)行针刺操作。针刺得气后,行平补平泻手法。操作完毕,留针 30 min,期间 TDP 照射。

2 组均每日治疗 1 次,5 次为 1 个疗程,疗程之间休息 2 d,2 个疗程后综合评定疗效。治疗期间,嘱患者颈部保暖,并纠正不良用颈习惯及姿势。

1.7 观察指标 疼痛视觉模拟量表(VAS)评分:从 0 ~ 10 分。分数越高,疼痛就越严重。分别于治疗前、首次治疗后(在第 2 次治疗前)、治疗结束后进行疗效评定,下同。颈部残障指数(NDI)评分^[16]:包含疼痛强度、生活质量、头疼等 10 个方面,每个方面 0 ~ 5 分,总分 0 ~ 50 分。评分越高,颈部活动功能状态越

差。匹兹堡睡眠质量指数 (PSQI) 评分^[17]: 涵盖睡眠质量、时间、催眠药物等 7 项内容, 每项 0 ~ 3 分, 总分 0 ~ 21 分。评分越高, 睡眠越差, 以此反映疼痛对睡眠质量的影响程度。安全性评价: 观察 2 组发生不良反应、严重并发症的情况, 进行 2 种方案的安全性评价。

1.8 疗效评定标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[18] 拟定。综合疗效评定以治疗前后 VAS、NDI、PSQI 评分变化为主要观察指标。显效: 改善率 $\geq 60\%$; 好转: $30\% \leq$ 改善率 $< 60\%$; 无效: 改善率 $< 30\%$ 。总有效率 = (显效例数 + 好转例数) / 总例数 $\times 100\%$ 。改善率 = [(治疗前 VAS + NDI + PSQI 积分) - (治疗后 VAS + NDI + PSQI 积分)] / (治疗前 VAS + NDI + PSQI 积分) $\times 100\%$ 。

1.9 统计学方法 采用 SPSS 21.0 软件进行数据处理。计量资料以均数 $\pm$ 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 符合正态分布者用 t 检验, 不符合正态分布者用非参数检验; 计数资料用 χ^2 检验; 等级资料用秩和检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 VAS 评分 首次治疗后, 2 组患者 VAS 评分较治疗前降低; 治疗结束后, VAS 评分较治疗前、首次治疗后均明显降低 (均 $P < 0.05$), 表明项三针合运动针法与常规针刺均有较好的快速止痛并能维持止痛效果。首次治疗后, 2 组患者 VAS 评分差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗结束后, 治疗组 VAS 评分低于对照组 ($P < 0.05$), 表明项三针合运动针法的减痛累积效应优于常规针刺。见表 2。

表 2 2 组患者 VAS 评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	首次治疗后	治疗结束后
治疗组	30	6.92 $\pm$ 1.83	4.31 $\pm$ 1.30 ¹⁾	1.11 $\pm$ 0.82 ¹⁾²⁾³⁾
对照组	30	6.86 $\pm$ 1.67	4.48 $\pm$ 1.39 ¹⁾	2.56 $\pm$ 1.19 ¹⁾²⁾

注: 与治疗前比较, ¹⁾ $P < 0.05$; 与首次治疗后比较, ²⁾ $P < 0.05$; 与对照组比较, ³⁾ $P < 0.05$ 。

2.2 NDI 评分 首次治疗后, 2 组患者 NDI 评分均较治疗前降低; 治疗结束后, 2 组患者 NDI 评分较治疗前、首次治疗后均明显降低 (均 $P < 0.05$), 表明项三针合运动针法与常规针刺均能较快改善颈部功能, 并能进一步巩固颈部功能状态。首次治疗后、治疗结束后, 治疗组 NDI 评分均低于对照组 (均 $P < 0.05$), 表明项三针合运动针法的颈椎功能改善效果优于常规针刺。见表 3。

表 3 2 组患者 NDI 评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	首次治疗后	治疗结束后
治疗组	30	26.88 $\pm$ 7.87	14.36 $\pm$ 5.83 ¹⁾³⁾	5.02 $\pm$ 3.82 ¹⁾²⁾³⁾
对照组	30	26.79 $\pm$ 8.34	19.18 $\pm$ 6.58 ¹⁾	8.94 $\pm$ 4.11 ¹⁾²⁾

注: 与治疗前比较, ¹⁾ $P < 0.05$; 与首次治疗后比较, ²⁾ $P < 0.05$; 与对照组比较, ³⁾ $P < 0.05$ 。

2.3 PSQI 评分 首次治疗后较治疗前, 治疗结束后较治疗前、首次治疗后 2 组患者 PSQI 评分均降低 (均 $P < 0.05$), 表明项三针合运动针法与常规针刺均能减轻疼痛对睡眠的影响。首次治疗后、治疗结束后, 2 组患者 PSQI 评分差异均无统计学意义 (均 $P > 0.05$), 表明项三针合运动针法与常规针刺对睡眠改善疗效相当。见表 4。

表 4 2 组患者 PSQI 评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	首次治疗后	治疗结束后
治疗组	30	14.81 $\pm$ 4.16	9.19 $\pm$ 4.23 ¹⁾	6.01 $\pm$ 3.43 ¹⁾²⁾
对照组	30	14.99 $\pm$ 3.38	9.44 $\pm$ 3.76 ¹⁾	5.96 $\pm$ 3.52 ¹⁾²⁾

注: 与治疗前比较, ¹⁾ $P < 0.05$; 与首次治疗后比较, ²⁾ $P < 0.05$ 。

2.4 综合疗效 2 组患者显效率和总有效率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 表明项三针合运动针法与常规针刺综合疗效相当。见表 5。

表 5 2 组患者综合疗效比较 (例, %)

组别	例数	显效	好转	无效	总有效
治疗组	30	17(56.7)	10(33.3)	3(10.0)	27(90.0) ¹⁾
对照组	30	16(53.3)	12(40.0)	2(6.7)	28(93.3)

注: 与对照组比较, ¹⁾ $P > 0.05$ 。

2.5 不良反应情况 2 组患者均未发生不良反应、严重并发症。

3 讨论

CEH, 根据其发病症状及临床特点, 可归属于“头痛、项痹、筋痹”等范畴^[19]。目前, CEH 的发病机制, 主要以解剖汇聚、机械刺激、肌肉痉挛和炎症水肿等理论学说为主^[20]。CEH 虽痛在头部, 但病位却在颈椎, 与颈椎上端的生理结构关系尤为密切。上项线与下项线之间区域是项部经筋组织的主要附着区, 此处积累性损伤、退行性改变、无菌性炎性反应等导致的生物力学失衡、软组织结构的病理改变是产生 CEH 的主要原因。

针刺施术, 尤其重视揣穴。在诊治过程中, 揣定穴位时, 发现在脑空与风池连线的中点、脑户与风府连线的中点部位酸胀感较之上、下两穴均明显, 且按

压后枕项、颞部疼痛等不适症状有较好缓解。此处也是颈后肌群、筋膜、韧带等软组织的主要应力点,故本研究中项三针是选择空池和户府 2 个腧穴进行治疗,垂直穴区皮肤进针,穴区下即为骨面,安全性较高。合谷刺属于五刺之一,源自《灵枢·官针》^[21]。合谷刺,采用向左、向右斜刺的手法,如同鸡爪一般,在患部分肉间进行操作,是用来治疗肌痹的一种针刺法。合谷刺能明显增强患部的刺激量和增大刺激范围,其疏通经络和舒调经筋的作用更加明显,临床中,可上下、左右行透刺手法,增强刺激量的同时,可达到筋膜牵拉作用,释放病变部位的异常应力。运动针法重点在循经寻找远端敏感的反应点。液门-中渚-阳池-外关穴位线在手少阳经上,与足少阳经属于同名经;后溪-腕骨-阳谷穴位线属手太阳经,与督脉关联密切。此方法重点在循经线操作,有利于针感传导,并辅助颈项部活动,进一步改善颈项部肌肉、筋膜、韧带等的紧张状态,以巩固疗效。本治疗方法项三针针对局部以治标,运动针法着重远端循经操作以固本,体现了局部选穴配以循经感传、兼合经筋理论的治疗理念。

本研究结果表明,项三针结合运动针法与常规针刺均对 CEH 有较好的治疗效果。在改善颈部功能状态和减痛累积效应方面项三针结合运动针法优于常规针刺。本研究取穴较少、安全、患者易于接受,是治疗 CEH 的一种可行方法。但仍有样本量不足、未进行随访的欠缺,以后需增加样本量、定期随访等进一步深入研究。

参考文献

- [1] SCHROT RJ, MATHEW JS, LI YJ, et al. Headache relief after anterior cervical discectomy: Post hoc analysis of a randomized investigational device exemption trial: Clinical article [J]. J Neurosurg Spine, 2014, 21(2): 217-222.
- [2] VINCENT MB. Cervicogenic headache: The neck is a generator: Con[J]. Headache, 2010, 50(4): 706-709.
- [3] ANTONACI F, SJAASTAD O. Cervicogenic headache: A real headache[J]. Curr Neurol Neurosci Rep, 2011, 11(2): 149-155.
- [4] SJAASTAD O, SAUNTE C, HOVDAHL H, et al. "Cervicogenic" headache. An hypothesis[J]. Cephalalgia, 1983, 3(4): 249-256.
- [5] EDMERDS J. The cervical spine and headache[J]. Neurology, 1988, 38(12): 1874-1878.
- [6] DE ARAUJO LUCAS G, LAUDANNA A, CHOPARO RP, et al. Anatomy of the lesser occipital nerve in relation to cervicogenic headache[J]. Clin Anat, 1994, 7(2): 90-96.
- [7] KIS HC, SOYDAN CABUK D. Evaluation of styloid chain

calcification related to temporomandibular joint disc displacement: A retrospective cohort study[J]. Oral Radiol, 2021, 37(3): 395-402.

- [8] PAGE P. Cervicogenic headaches: an evidence-led approach to clinical management [J]. Int J Sports Phys Ther, 2011, 6(3): 254-266.
- [9] 何亮亮,倪家骧. 颈源性头痛诊断及治疗研究进展[J]. 中国全科医学, 2016, 19(12): 1392-1395.
- [10] 郭政,王国年. 疼痛诊疗学[M]. 4 版. 北京:人民卫生出版社, 2016:39-111.
- [11] 唐旭,任路影,李亦梅. 针刺治疗颈源性头痛疗效:更新的系统评价[J]. 中国疼痛医学杂志, 2017, 23(11): 830-836.
- [12] 褚慧玲,胡丙成. 齐刺颈夹脊为主治疗颈源性头痛随机对照研究[J]. 中国针灸, 2016, 36(1): 29-32.
- [13] HEADACHE CLASSIFICATION COMMITTEE OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY (IHS). The international classification of headache disorders, 3rd edition (beta version) [J]. Cephalalgia, 2013, 33(9): 629-808.
- [14] 高树中,杨骏. 针灸治疗学[M]. 北京:中国中医药出版社, 2012:29-30, 146-147.
- [15] 俞慧敏,贾红玲,张永臣. 基于数据挖掘分析针灸治疗颈源性头痛的选穴规律[J]. 针灸临床杂志, 2022, 38(7): 48-53.
- [16] VERNON H, MIOR S. The neck disability index: a study of reliability and validity [J]. J Manipulative Physiol Ther, 1991, 14(7): 409-415.
- [17] BACKHAUS J, JUNQHANN S, BROOCKS A, et al. Test-retest reliability and validity of the pittsburgh sleep quality index in primary insomnia[J]. J Psychosom Res, 2002, 53(3): 737-740.
- [18] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准:ZY/T001. 1 ~ 001. 9-94[S]. 南京:南京大学出版社, 1994:36-38.
- [19] 王正婷,杨焕,魏清琳. 基于“经筋理论”运用刃针治疗瘀阻脑络型颈源性头痛的临床研究[J]. 针灸临床杂志, 2022, 38(5): 19-23.
- [20] 杨艳芳,刘步平,张美娟,等. 并针疗法治疗颈源性头痛的临床疗效观察[J]. 广州中医药大学学报, 2022, 39(10): 2309-2314.
- [21] 黄外军,姜爱平. 合谷刺配合输刺阳性反应点治疗颈型颈椎病疗效观察[J]. 中国针灸, 2018, 38(11): 1157-1160.

(编辑:郭金秋 收稿日期:2023-02-27)

盖谓静则生水,动则生火,水能生万物,火能克万物,故百病由火而生;火既生,七情六欲,皆随应而入之;既入之后,百病发焉。发于内者,为风劳蛊膈,痰喘内伤;发于外者,成痼疽发背,对口疔疮。此皆言其大略也。故成痼者壅也,为阳属六腑,毒腾于外,其发暴而所患浮浅。故易肿易脓,易腐易敛,诚为不伤筋骨,易治之症也。

——清·徐直铨《外科选要·痼疽原委论》