

“三通四联”针灸综合疗法治疗神经根型颈椎病的临床观察*

洪梦颖¹ 陈永亮² 赖碧玉¹ 何永嘉¹ 李新伍¹ 陈瑶¹ 余畅³

(1. 湖南中医药大学, 湖南 长沙 410208; 2. 湖南省长沙市芙蓉区定王台街道社区卫生服务中心, 湖南 长沙 410005; 3. 湖南省长沙市中医医院, 湖南省长沙市第八医院, 湖南 长沙 410100)

中图分类号: R681.5*5 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2024)05-0890-04

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2024.05.035

【摘要】 目的 观察“三通四联”针灸综合疗法与常规针刺治疗神经根型颈椎病(CSR)的临床疗效。方法 纳入本院收治的CSR患者60例,随机分为对照组(常规针刺)和观察组(“三通四联”针灸综合疗法),各30例,选取颈夹脊穴(双)、天柱穴(双)、曲池穴(双)、外关穴(双)、后溪穴(双)、申脉穴(双)、阿是穴,上肢麻木加少海穴、手三里穴,上肢疼痛加合谷穴。对照组予常规针刺治疗,观察组予“三通四联”针灸综合疗法,针刺得气后予1)电针:同侧颈夹脊穴接电针,密波,频率80~100 Hz;2)TDP照射:电针治疗的同时配合TDP照射局部皮肤30 min。3)刺络拔罐:取大椎穴、颈夹脊穴(双)、大杼穴(双)、肩井穴(双),使用梅花针垂直重叩穴位处,局部肌肤红晕渗血,有轻痛感为佳,随即在对应处予一次性定量火罐(专利号:ZL 201520834109.5)拔罐放血治疗,留罐10 min。两组均每日治疗1次,每周5次,10次为1疗程,治疗周期为2疗程。分别于治疗前后及1个月后随访,比较两组患者的疼痛视觉模拟(VAS)评分、田中靖久颈椎病症状量表20分法(TZCS)评分及健康状况调查问卷(SF-36)评分。结果 治疗后两组TZCS评分、SF-36量表各因子评分较治疗前升高($P<0.05$),且观察组治疗后及随访期评分高于对照组($P<0.05$);治疗后两组患者疼痛VAS评分较治疗前降低($P<0.05$),且观察组治疗后及随访期评分均低于对照组($P<0.05$);观察组治疗后总有效率高于对照组($P<0.05$)。结论 “三通四联”针灸综合疗法治疗CSR临床疗效显著,能够快速减轻患者痛苦,改善颈肩部肌肉僵直紧张、上肢疼痛麻木症状,改善日常生活能力,提高生活质量,远期疗效佳。

【关键词】 神经根型颈椎病 “三通四联”针灸综合疗法 颈部功能 电针 TDP 刺络拔罐

Clinical Observation on the Treatment of Cervical Spondylotic Radiculopathy by Combined Therapy of "Three Channels and Four Combinations" Acupuncture Hong Mengying, Chen Yongliang, Lai Biyu, He Yongjia, Li Xinwu, Chen Yao, She Chang. Hunan University of Chinese Medicine, Hunan, Changsha 410208, China.

【Abstract】 Objective: To study the clinical efficacy of combined therapy of "Three channels and four combinations" acupuncture and conventional acupuncture in the treatment of cervical spondylotic radiculopathy (CSR). **Methods:** 60 patients with CSR admitted to our hospital were randomly divided into control group (routine acupuncture) and observation group (combined therapy of "Three channels and four combinations" acupuncture), with 30 cases in each group. cervical Jiaji (bilateral), Tianzhu (bilateral), Quchi (bilateral), Waiguan (bilateral), Houxi (bilateral), Shenmai (bilateral), Ashi acupoints were selected, and added with Shaohai and Shousanli acupoints for upper limb numbness, and Hegu acupoint for upper limb pain. The control group was given conventional acupuncture treatment, and the observation group was given combined therapy of "Three channels and four combinations" acupuncture. After the qi was obtained by acupuncture, patients were given: 1) Electroacupuncture: the same side of the cervical Jiaji acupoint was received with electroacupuncture and dense wave was given at a frequency of 80~100 Hz; 2) TDP irradiation: electroacupuncture combined with TDP irradiation of local skin for 30 min; 3) Acupoint cupping: At the Dazhui, cervical Jiaji (bilateral), Dazhu (bilateral), and Jianjing (bilateral) acupoints, acupoint cupping was used to vertically tap the points firmly until the local skin reddened and mild bleeding occurred, accompanied by a sensation of mild pain, which was considered optimal. Subsequently, a disposable, calibrated fire cupping treatment (patent number: ZL 201520834109.5) was applied over the corresponding areas for bloodletting. The cups were retained for 10 minutes. Both groups received this treatment once daily, five times per week, with each set of 10 treatments constituting one course of therapy. The overall treatment regimen consisted of two courses. Patients from both groups were followed immediately after treatment completion, as well as one

* 基金项目: 湖南省中医药科研课题(B2023108); 湖南省自然科学基金(2021JJ70066); 湖南省中医药科研计划项目(2020143); 湖南中医药大学校级科研项目(2022XYLH088)

month later, to compare changes in their Visual Analogue Scale (VAS) scores for pain, Takakura's 20-point Cervical Spondylosis Symptom Scale (TZCS), and Short Form Health Survey (SF-36) scores. **Results:** TZCS score and SF-36 scale scores were higher after treatment than before treatment ($P < 0.05$), and the scores of observation group after treatment and follow-up period were higher than those of control group ($P < 0.05$). After treatment, the pain VAS score of the two groups was lower than that before treatment ($P < 0.05$), and the score of the observation group was lower than that of the control group after treatment and during follow-up period ($P < 0.05$). The total effective rate of the observation group was higher than that of the control group ($P < 0.05$). **Conclusion:** The combined therapy of "Three channels and four combinations" acupuncture has significant clinical efficacy in the treatment of cervical radiculopathy, which can quickly reduce the pain of patients, improve the rigidity and tension of neck and shoulder muscles, upper limb pain and numbness symptoms, improve daily life ability and improve the quality of life, and has good long-term effect, and is worthy of clinical promotion.

[Key words] Cervical spondylotic radiculopathy; Combined therapy of "Three channels and four combinations" acupuncture; Neck function; Electroacupuncture; TDP; Pricking and cupping

神经根型颈椎病(CSR)是一种由于颈椎、椎间盘、韧带、小关节和其他附属组织退行性改变而刺激或压迫一个或多个相邻颈神经根引起的临床综合征^[1]。CSR是颈椎病中发病率最高的一种类型^[2], 30%以上的CSR患者在静止或活动状态时引发颈部疼痛, 多伴有上肢感觉异常或放射性疼痛, 严重降低患者的生活质量^[3]。“三通四联”针灸综合疗法是长沙市中医医院(长沙市第八医院)针灸康复科在贺氏“三通法”的基础上, 结合科室多年临证治疗经验开展的独特治疗方法。本研究着眼于“三通四联”综合针灸疗法的作用特点, 通过颈肩部疼痛麻木改善情况来对比其近期、远期疗效及复发率, 初步探讨可能的作用机制, 探索一种高效治疗CSR的新疗法, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 1) 中医诊断标准参照《中医病证诊断疗效标准》^[4]中气滞血瘀证颈椎病拟定。主症: 颈肩部及上肢疼痛, 颈部肌肉紧张, 舌暗淡, 苔白, 脉弦涩。次症: 肢体麻木, 不思饮食, 纳差, 情志不舒, 面色晦暗。2) 西医诊断标准参照文献^[5]拟定。3) 纳入标准: 符合CSR的中西医诊断标准; VAS评分2~6分; 没有参与其他治疗CSR的临床研究; 年龄25~65岁; 凝血功能正常, 无严重器质性疾病; 病程2个月至5年; 自愿参加, 配合治疗, 并签署知情同意书。4) 排除标准: 因神经根损伤, 存在肌肉进行性萎缩者; 合并严重心肝肾损害、精神障碍及合并肿瘤者; 治疗部位有皮肤损伤或皮肤病者。5) 脱落及剔除标准: 患者依从性差或主观不愿意继续治疗, 未完成本研究规定的疗程; 治疗过程中出现严重不良事件; 因自身其他疾病引起病情恶化者。

1.2 临床资料 选择2022年4月至2022年12月本院收治的CSR患者60例, 按照随机数字表法分成两组, 对照组(予常规针刺)和观察组(予“三通四联”针灸综合疗法), 各30例。本研究已通过我院伦理委员会审核(2022013)。研究过程中无不良反应发生, 无脱落及

剔除病例, 两组患者临床资料差异均无统计学意义($P > 0.05$)。见表1。

表1 两组临床资料比较

组别	n	性别(n)		年龄(岁)			病程(月)		
		男	女	最大	最小	平均($\bar{x} \pm s$)	最短	最长	平均($\bar{x} \pm s$)
观察组	30	14	16	29	63	42.67 $\pm$ 7.09	5	50	26.97 $\pm$ 12.09
对照组	30	13	17	28	59	41.13 $\pm$ 7.28	6	48	25.90 $\pm$ 11.40

1.3 治疗方法 取穴: 选取颈夹脊穴(双)、天柱穴(双)、曲池穴(双)、外关穴(双)、后溪穴(双)、申脉穴(双)、阿是穴, 上肢麻木加少海穴、手三里穴, 上肢疼痛加合谷穴。本研究选用梅花针(江苏三里医疗器械有限公司, 苏械注准 20142200538, 型号: 单头), 华佗牌针灸针(型号: 25 mm $\times$ 40 mm), 特定电磁波治疗仪(TDP), G91-D型电针仪, 一次性定量火罐(专利号: ZL201520834109.5)。1) 对照组: 常规针刺治疗。具体操作: 嘱患者取俯卧位, 对穴区进行常规消毒, 采用25 mm $\times$ 40 mm的毫针, 颈部穴位向脊柱方向斜刺, 留针30 min。2) 观察组: “三通四联”针灸综合疗法。具体操作: 在对照组的基础上, 针刺得气后予以(1)电针: 同侧颈夹脊穴接电针, 密波, 频率80~100 Hz, 根据患者耐受度调整电针强度, 留针30 min。(2)TDP照射: 电针治疗的同时配合TDP照射局部皮肤30 min。(3)刺络拔罐: 取大椎穴、颈夹脊穴(双)、大杼穴(双)、肩井穴(双), 使用梅花针垂直重叩穴位处, 局部肌肤红晕渗血, 有轻痛感为佳, 随即在对应处予一次性定量火罐拔罐放血治疗, 留罐10 min。取罐后注意用消毒棉球清洁皮肤。两组每日治疗1次, 每周5次, 10次为1疗程, 治疗周期为2疗程。

1.4 观察指标 分别于治疗前后、1月后随访进行评定。1) 主要结局指标: 田中靖久颈椎病症状量表20分法(TZCS)^[6]用于评价患者的颈部症状与功能, 从4个方面评定, 分别是临床症状、日常生活和工作能力、手的功能以及体征。得分越低反映病情越严重。2) 次要

结局指标:(1)疼痛视觉模拟评分法(VAS)^[7]用于评价患者的疼痛程度。绘以一条1米长的直线,从无痛到剧痛,程度和长度逐渐加深。无痛为0分,剧痛为10分,得分越高反映病情越严重;(2)健康状况调查问卷(SF-36)^[8]用于评价患者的健康状态及生活质量。通过36个问题,测量8个健康概念,作为患者健康状况的一般衡量标准,各因子标准分=[(实际评分-最低可能分)÷最高评分-最低评分]×100,得分越高表明生活质量越高。

1.5 疗效标准 参照尼莫地平评分法计算公式评定患者CSR疼痛改善程度。疗效指数=[(治疗后TZCS评分-治疗前TZCS评分)÷治疗前TZCS评分]×100%。显效:疗效指数>60%,颈肩部疼痛、麻木显著改善。有效:30%<疗效指数≤60%,颈肩部疼痛、麻木有所改善。无效:疗效指数≤30%,颈肩部疼痛、麻木无明显改善。总有效率=(显效例数+有效例数)÷总病例数×100%。

1.6 统计学处理 应用SPSS26.0统计软件。计量资料符合正态分布以($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较用两独立样本 t 检验,组内比较用配对样本 t 检验;不符合正态分布采用非参数检验。计数资料以“ n 、%”表示,用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后及随访期TZCS评分比较 见表

2。治疗后,两组评分均较治疗前提高($P<0.05$),随访期两组评分均较治疗后提高($P<0.05$),且观察组评分高于对照组($P<0.05$)。

表2 两组治疗前后及随访期TZCS评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后	随访期
观察组	30	7.07±1.53	15.07±2.05 ^{*△}	15.70±2.26 ^{*△}
对照组	30	6.93±1.34	11.97±1.59 [*]	12.26±1.51 [#]

注:与本组治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与本组治疗后比较,^{*} $P<0.05$;与对照组治疗后及随访期比较,[△] $P<0.05$ 。下同。

2.2 两组治疗前后及随访期疼痛VAS评分比较 见表3。治疗后,两组评分均较治疗前降低($P<0.05$),随访期两组评分均较治疗后降低($P<0.05$),且观察组评分低于对照组($P<0.05$)。

表3 两组治疗前后及随访期VAS评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后	随访期
观察组	30	4.97±0.99	1.57±0.68 ^{*△}	1.13±0.43 ^{*△}
对照组	30	4.83±0.98	2.33±0.76 [*]	2.07±0.52 [#]

2.3 两组治疗前后及随访期SF-36量表各因子评分比较 见表4。治疗后,两组评分均较治疗前提高($P<0.05$),随访期两组评分均高于治疗后($P<0.05$),且观察组评分均高于对照组($P<0.05$)。

表4 两组治疗前后及随访期SF-36评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	生理机能	生理职能	躯体疼痛	一般健康状态	精力	社会功能	情感职能	精神健康
观察组 ($n=30$)	治疗前	66.67±7.47	55.83±23.38	39.83±22.05	49.83±10.62	55.17±8.86	62.08±16.89	49.99±28.70	62.13±5.82
	治疗后	81.50±6.03 ^{*△}	77.50±17.80 ^{*△}	55.93±17.57 ^{*△}	62.33±10.48 ^{*△}	66.83±7.25 ^{*△}	71.25±18.02 ^{*△}	68.88±23.05 ^{*△}	71.60±6.33 ^{*△}
	随访期	84.50±5.97 ^{*△}	85.83±15.65 ^{*△}	64.93±16.76 ^{*△}	68.17±10.71 ^{*△}	72.83±8.06 ^{*△}	74.58±17.21 ^{*△}	75.55±21.32 ^{*△}	75.30±5.77 ^{*△}
对照组 ($n=30$)	治疗前	65.50±6.61	54.17±21.86	37.87±19.09	51.33±9.82	51.83±8.66	58.75±16.79	52.21±29.90	60.53±6.07
	治疗后	77.00±5.96 [*]	61.67±20.48 [*]	46.53±16.71 [*]	52.17±8.58	55.67±8.68 [*]	61.67±17.04	53.32±28.50	65.07±5.48 [*]
	随访期	78.17±5.94	70.83±18.67 [#]	54.47±17.67 [#]	52.83±9.07	61.33±11.14 [#]	62.50±16.41	54.44±26.96	71.47±6.45 [#]

2.4 两组临床疗效比较 见表5。观察组总有效率高
于对照组($P<0.05$)。

表5 两组临床疗效比较(n)

组别	n	显效	有效	无效	总有效(%)
观察组	30	17	11	2	28(93.33) [△]
对照组	30	5	16	9	21(70.00)

注:与对照组比较,[△] $P<0.05$ 。

3 讨论

中医认为CSR归属中医“痹证”“项痛”等范畴,外感风寒湿邪、跌扑损伤、骨体失养等诸多因素致颈项部疼痛,气滞血瘀为其常见证型之一^[9]。颈椎上承头窍,借由督脉和手足三阳经,连接人体四肢百骸及五脏六

腑,统领机体精神气血津液。颈夹脊穴经由督脉、足太阳经相维系,针刺激发经气,直达患者病变部位,有效舒缓颈部肌肉,改善局部的血液循环,减少刺激交感神经,解除神经根、椎间孔及椎间盘周围的压迫^[10]。天柱穴可用于治疗颈项疼痛、活动不利,能有效降低机体炎性因子含量,促进炎症反应消失^[11]。曲池穴位居肘部,为经气运行之处,沟通上下,通经调气,活络止痛效佳^[12]。针刺外关穴能治疗手指、肩、背、腰等肢体经络疾患^[13]。“后溪督脉内毗颈,申脉阳跷络亦通”,针刺申脉穴配后溪穴可激活大脑处理疼痛相关区域,抑制疼痛信息传导,尤其是对颈项部的强直疼痛有良效^[14]。阿是穴直对痛点,对痛下针,可舒筋缓急,消散瘀痹。

对于CSR的治疗,临床上多予营养神经、止痛等对

症支持处理,针灸是治疗CSR的重要方式,“三通四联”针灸综合疗法经临床验证,对减轻CSR的颈肩部和上肢麻木疼痛优势明显,效果确切^[15]。临床上使用传统火罐进行刺络拔罐治疗时首选肌肉丰满、毛发稀疏处,不适合吸附在颈部、面部、腕踝部等骨骼凹凸不平部位,且不易掌握放血量,容易灼伤皮肤。本研究治疗时在梅花针刺络处予一次性定量火罐,将罐管下端面固定于施术部位,利用负压,手持活塞柄往后退,退至罐管相应刻度后,用消毒棉签将活塞柄上的卡槽卡紧,从而将火罐固定在皮肤上,操作简单,吸附部位多样,吸附力强,同时罐管上的刻度可以反映出刺络放血的血量,避免交叉感染,经济耐用。“三通四联”针灸综合疗法核心技术刺络拔罐可以直达病所,改变局部血液及组织微循环状态,促使病变部位内生化物质发生变化,排出瘀血的同时清除炎性物质,实现了对病变区域血供的重新分布,加速血液及组织新陈代谢,增加抗炎作用^[16-17]。“三通四联”针灸综合疗法治疗CSR的作用机制可能是通过刺激肌肉或神经脉冲从而缓解颈部肌肉组织痉挛,促进肌肉及神经循环血流,降低局部炎症浸润,使神经根周围肿胀得到改善,解除压迫,加固颈椎稳定性。

本研究结果发现,通过比较TZCS评分、疼痛VAS评分,发现在颈肩部疼痛及上肢放射疼痛麻木方面,两组患者均较治疗前缓解($P < 0.05$),观察组更具优势($P < 0.05$)。通过比较SF-36各因子治疗前后评分发现,“三通四联”针灸综合疗法能有效缓解患者的躯体疼痛,提高患者日常活动能力。由此可以得出,“三通四联”针灸综合疗法较常规针刺疗效更优,起效时间更快,能够快速减轻患者痛苦,改善颈肩部肌肉僵直紧张、上肢疼痛麻木,增强患者颈椎稳定性,提高日常生活能力,远期疗效佳,复发率低,以期未来展开更加深入的探索。

参 考 文 献

- [1] HIRAI S, KATO S, NAKAJIMA K, et al. Anatomical study of cervical intervertebral foramen in patients with cervical spondylotic radiculopathy[J]. J Orthop Sci, 2021, 26(1):86-91.
- [2] GUTMAN G, ROSENZWEIG DH, GOLAN JD. Surgical treatment of cervical radiculopathy: meta-analysis of randomized controlled trials[J]. Spine (Phila Pa 1976), 2018, 43(6):E365-E372.
- [3] SCHOENFELD AJ, GEORGE AA, BADER JO, et al. Incidence and epidemiology of cervical radiculopathy in the United States military: 2000 to 2009[J]. J Spinal Disord Tech, 2012, 25(1):17-22.
- [4] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准:ZY/T001.1-94[S]. 南京:南京大学出版社,1994:189.
- [5] 中华外科杂志编辑部. 颈椎病的分型、诊断及非手术治疗专家共识(2018)[J]. 中华外科杂志, 2018, 56(6):401-402.
- [6] DING X, WU JZ, SHEN QX, et al. Clinical control study of traditional Chinese medicine hot compress combined with traction in the treatment of cervical spondylotic radiculopathy: Study protocol[J]. Medicine (Madr), 2021, 100(4):e23880.
- [7] 倪博然, 赵进喜, 黄为钧, 等. 基于视觉模拟评分法探究中医临床疗效评价新方法[J]. 中华中医药杂志, 2021, 36(1):288-292.
- [8] 王金莲, 王惠君, 余孟英. 自拟温经散寒止痛方外敷联合运动疗法对神经根型颈椎病患者颈椎关节功能恢复、疼痛程度的影响[J]. 四川中医, 2023, 41(7):215-219.
- [9] 李亚军, 李盛华, 宋渊, 等. 神经根型颈椎病中医证型规范研究[J]. 西部中医药, 2017, 30(8):49-53.
- [10] 余乐, 王丽, 周仲瑜. 针刺对椎动脉型颈椎病患者椎-基底动脉血流动力学的影响[J]. 上海针灸杂志, 2018, 37(4):444-447.
- [11] 杨爱国, 王颖. 针刺天柱穴配合罗氏推拿手法治疗神经根型颈椎病的疗效观察[J]. 基层医学论坛, 2020, 24(19):2780-2781.
- [12] 宋莹, 刘畅, 韦景斌, 等. 王友仁运用阳溪配曲池治疗肌源性颈椎旋转受限思路探析[J]. 河北中医, 2023, 45(4):541-543.
- [13] 范雨洋, 吴清明. 基于《针灸大成》探析外关穴的临床应用[J]. 浙江中医杂志, 2021, 56(2):127-129.
- [14] 何二帆, 汤继芹, 张永臣. 八脉交会穴后溪与申脉主治分析[J]. 辽宁中医杂志, 2015, 42(2):270-271.
- [15] 杨世宁, 高翔, 姚勇, 等. 针灸治疗神经根型颈椎病的系统评价及Meta分析[J]. 甘肃科技, 2021, 37(23):143-150.
- [16] 孟英, 朱梓烨, 朱洁好, 等. 刺血疗法临床效应特征及作用机制[J]. 针刺研究, 2020, 45(10):835-838.
- [17] 熊健, 闵羿, 杨星宇. “三通四联”疗法治疗下肢丹毒38例[J]. 中国针灸, 2007, 27(11):821-822.

(收稿日期 2023-12-09)