

热敏灸治疗椎动脉型颈椎病的疗效观察

高峰, 杨帆, 占道伟

嘉兴市中医医院, 浙江 314001, 中国

【摘要】目的: 观察热敏灸和温针灸治疗椎动脉型颈椎病 (cervical spondylosis of vertebral artery type, CSA) 的疗效差异。**方法:** 将 60 例符合纳入标准的 CSA 患者按就诊先后顺序随机分为热敏灸组和温针灸组, 每组 30 例。热敏灸组采用热敏灸治疗, 温针灸组采用温针灸治疗。两组均隔日治疗 1 次, 治疗 10 次为 1 个疗程, 治疗 1 个疗程后评价疗效。**结果:** 治疗 1 个疗程后, 热敏灸组总有效率为 93.3%, 温针灸组总有效率 83.3%, 两组总有效率差异有统计学意义 ($P<0.05$)。**结论:** 热敏灸治疗 CSA 疗效优于温针灸治疗。

【关键词】 灸法; 温针疗法; 热敏灸; 椎关节强硬; 项痛; 眩晕

【中图分类号】 R246.2 **【文献标志码】** A

椎动脉型颈椎病 (cervical spondylosis of vertebral artery type, CSA) 是颈椎病中的常见类型, 其临床主要表现为头晕、头痛、恶心和 (或) 呕吐、颈部不适或疼痛, 甚至猝倒。一般情况下卧床休息数小时, 多至数日症状可消失。症状严重者, 或病程长久者, 可出现脑干供血不足, 咽部异物感, 说话吐字不清, 以及一过性耳聋、失明症状^[1]。另外 Lee CC 等研究发现, 临床上单纯表现为眩晕的患者在未来半年内发生脑梗死的几率很大, 部分患者发病时已经合并腔隙性脑梗死, 主要分布在后循环供血区, 但临床上却没有明确的定位体征^[2], 因此本病的治疗显得非常重要。笔者自 2011 年 6 月至 2013 年 6 月采用热敏灸治疗本病, 现总结如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

参照《中医病症诊断疗效标准》中 CSA 的诊断依据^[3]: 出现头晕、头痛等症状, 体位改变时症状加重, 颈部旋转、后伸时可出现短暂性眩晕、恶心, 甚至晕倒; 查体可见颈椎椎体压痛, 椎间孔挤压试验阳性, 并可出现臂丛神经牵拉试验阳性; 颈椎数字化 X 线 (Digital Radiography DR) 摄片可见颈椎生理曲度改变, 或椎间隙狭窄, 或骨质增生等; 经颅多普勒 (transcranial Doppler, TCD) 超声检查提示椎-基底动脉供血异常。

1.2 纳入标准

符合上述 CSA 的诊断标准; 年龄 18-70 岁, 男女不限; 以眩晕、头痛为主要临床症状, 以颈

部活动受限为主要体征, TCD 超声提示椎-基底动脉供血不足; 患者神志正常, 行为配合, 言语清晰, 能正确表达灸感; 同意参与本临床研究并签署知情同意书。

1.3 排除标准

有严重心、肺、肝、肾等重要脏器疾患者; 有严重精神障碍者; 急性椎间盘突出者, 或颈椎有骨折、脱位、结核、肿瘤、感染者; 耳源性或眼源性眩晕者, 或高血压病、动脉粥样硬化症导致的眩晕患者。

1.2 统计方法

采用 SPSS 11.0 统计软件进行数据处理, 率的比较采用卡方检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

1.5 研究对象

本研究对象均来自嘉兴市中医院针灸门诊和病房, 共 60 例, 按就诊先后顺序随机分为热敏灸组 (30 例) 和温针灸组 (30 例)。两组性别、年龄及病程差异均无统计学意义 ($P>0.05$), 说明两组具有可比性 (表 1)。

表 1. 两组患者一般资料比较

组别	n	性别 (例数)		平均年龄 ($\bar{X} \pm s$, 岁)	平均病程 ($\bar{X} \pm s$, 年)
		男	女		
热敏灸组	30	13	17	35.6 $\pm$ 8.3	2.1 $\pm$ 0.3
温针灸组	30	14	16	34.9 $\pm$ 7.8	2.3 $\pm$ 0.4

2 治疗方法

2.1 热敏灸组

施灸部位: 本病容易出现热敏点的颈项、肩胛部。

方法：通过回旋灸、雀啄灸、循经往返灸、温和灸激发穴位的经气感传，患者若出现透热、扩热、传热、局部不热远部热、表面不热深部热、施灸部位或非施灸部位产生酸、胀、麻、痛等感觉，就表明该腧穴（或部位）已发生热敏化，然后即定点悬灸热敏化腧穴（或部位）至感传现象消失为一次治疗。

2.2 温针灸组

穴位：风池、完骨、天柱、百会。

方法：患者坐位或俯卧位。穴区皮肤常规消毒后，选用直径 0.25mm，长 40mm 毫针刺入。风池穴向鼻尖方向进针 1.0-1.2 寸，百会穴进针到达帽状腱膜下层，将针尖向后枕部方向推进 1.0-1.2 寸，施捻转泻法。完骨、天柱穴向鼻尖方向刺入 0.8-1 寸。得气后，在风池、天柱穴的针柄上各插一段 2 cm 长的艾条，从下面点燃，施以温针灸，艾条燃尽后出针。

2.3 疗程

两组均隔日治疗 1 次，10 次为 1 个疗程，治疗 1 个疗程后观察疗效。

3 疗效观察

3.1 观察指标

在治疗前后，进行颈椎病眩晕症状与功能评估量表评分：眩晕 16 分，颈肩痛 4 分，头痛 2 分，日常生活及工作 4 分，心理及社会适应 4 分，满分 30 分。评分越低，病情越严重。

3.2 疗效标准

参照《中医病证诊断疗效标准》中 CSA 的疗效标准。根据治疗前后颈性眩晕症状与功能评估量表评分计算评分效应值。

评分效应值 = (治疗后总分 - 治疗前总分) ÷ 治疗后总分 × 100%。

治愈：颈部能够正常活动，不影响工作，评分效应值增加 ≥ 90%。

显效：颈部无明显不适，不影响工作，评分效应值增加 ≥ 80%，但 < 90%。

有效：临床症状和体征有所改善，评分效应值增加 ≥ 30%，但 < 80%。

无效：症状及体征较治疗前无显著变化，评分效应值增加 < 30%。

3.3 结果

3.3.1 症状与功能评估量表评分变化

两组患者治疗前颈性眩晕症状与功能评估量表评分差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后，两组评分均较本组治疗前明显提高 ($P < 0.05$)，热敏灸组评分增加值与温针灸组差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，提示温针灸组患者症状改善情况优于温针灸组 (表 2)。

表 2. 两组患者颈性眩晕症状与功能评估量表评分比较 ($\bar{X} \pm s$, 分)

组别	n	治疗前	治疗后	前后差值
热敏灸组	30	11.37 ± 3.28	19.93 ± 3.97 ¹⁾	8.57 ± 2.82 ²⁾
温针灸组	30	10.27 ± 3.55	17.40 ± 4.25 ¹⁾	7.13 ± 2.51

注：与本组治疗前比较，1) $P < 0.01$ ；与温针灸组比较，2) $P < 0.05$

3.3.2 两组疗效比较

治疗 1 个疗程后，热敏灸组总有效率为 93.3%，对照组为 83.3%，卡方检验结果为 $\chi^2 = 9.105$, $P = 0.028$ ，说明两组总有效率差异有统计学意义 (表 3)。

表 3. 两组患者总体疗效比较 (例, %)

组别	治愈	显效	有效	无效	总有效率 (%)
热敏灸组	11	10	7	2	93.3 ¹⁾
温针灸组	7	8	10	5	83.3

注：与温针灸组比较，1) $P < 0.05$

4 讨论

颈椎病属祖国医学“眩晕”、“项痹”等范畴，多为风寒湿邪侵袭或劳倦所伤，导致营卫不和，太阳经脉不利所致^[4]。

现代医学认为，椎-基底动脉复杂的解剖关系决定了 CSA 发病机制的多样性^[5]，但导致 CSA 的最主要原因是颈椎间盘退变、颈椎增生或劳

损，颈椎及周围软组织损伤，对椎动脉和交感神经纤维造成机械性刺激，造成椎动脉痉挛、变窄，加之动脉硬化、管腔狭窄、血液黏稠度偏高等诸因素造成基底动脉供血不足，组织缺血、缺氧，从而出现以眩晕为主的一系列症状。

CSA 的治疗方法多样，目前西医治疗方法较单一，药物治疗主要是短期改善椎动脉供血情

况而减轻头晕,但可能会出现疲倦、嗜睡、抑郁等并发症及其他一些不可预料的副作用,给患者的生活带来不良影响^[6]。因此,越来越多的 CSA 患者倾向中医保守治疗。中医针灸疗法具有疏散风寒、行气活血、养血通络的作用,且操作方便、痛苦小、起效迅速。热敏灸是一种与传统艾灸疗法不同的新疗法,是以经络理论为指导,采用艾条温和灸体表热敏化穴位或部位,以出现“透热”、“扩热”“传热”等多种穴位热敏化现象为度。热敏灸疗法能激发经络感传,促进经气运行,使气至病所,从而提高临床疗效^[7-8]。现代研究表明,热敏灸主要是通过艾条燃烧所产生的药物渗透、光辐射、热辐射等作用,有效地扩张椎-基底动脉,改善脑部供血,缓解颈肩部肌肉的痉挛,消除周期软组织水肿,从而达到止晕止痛的作用^[9]。且热敏灸具有不用针、不接触人体,无伤害、无痛苦、无副作用等优点,所有的病人都可以接受,解决了“畏针”群体的治疗问题^[10]。

本文研究表明,热敏灸法能改善 CSA 的症状,短期疗效确切,且操作简单,患者无痛苦,尤其适用于基层医院并可向家庭推广,但热敏灸疗法治疗 CSA 的远期疗效如何,复发率如何等,均是我们以后的研究方向。

参考文献

- [1] Jing HS, Wang HD. 中医辨证治疗椎动脉型颈椎病述要. 河南中医, 2013, 33(10): 1705-1707.
- [2] Lee CC, Su YC, Ho HC, Hung SK, Lee MS, Chou P, Huang YS. Risk of stroke in patients hospitalized for isolated vertigo: a four-year follow-up study. Stroke, 2011, 42(1): 48-52.
- [3] State Administration of Traditional Chinese Medicine. Criteria of Diagnosis and Therapeutic Effects of Diseases and Syndromes in Traditional Chinese Medicine. Nanjing: Nanjing University Press, 1994: 186.
- [4] Fan BH, Wang P, Xu QZ, Gu HY. 《黄帝内经》所论之眩晕探析. Zhejiang Zhongyi Zazhi, 2007, 42(12): 687-688.
- [5] Ni M, Zeng SP. 半夏白术天麻汤配合正脊手法治疗椎动脉型颈椎病 42 例. Anmo Yu Kangfu Yixue, 2010, 1(8): 31-32.
- [6] Yu SH, Ji XQ, Xue L, Zhang ZL. “调理脾胃”针法治疗颈性眩晕 33 例疗效观察. Tianjin Zhongyi, 2005, 22 (3): 211-212.
- [7] Chen RX, Chen MR, Huang JH, Fu Y, Zhang B. 热敏灸治疗椎动脉型颈椎病灸感与灸效关系的临床观察. Jiangxi Zhongyiyao, 2011, 42(1): 48-49.
- [8] Chen RX, Kang MF. Acupoint heat-sensitization and its clinical significance. JTCM, 2006, 47(12): 905-906.
- [9] Gui SQ. Clinical observation and caring on treating cervical vertebral artery disease by Xuanti methods plus moxibustion. CJCM, 2012, 4(3): 61-62.
- [10] Gao F, Mao LY, Yang XB, Ni CC. 热敏灸治疗颈型颈椎病 39 例. Zhongyi Zhenggu, 2011, 23(12): 56-57.

作者简介: 高峰, 硕士研究生, 主治中医师。

E-mail: gaofeng8331@163.com

收稿日期: 2015-1-5