

Therapeutic Effect of Acupotomy Combined with Baihui Pressure Moxibustion on Cervical Spondylosis of Vertebral Artery Type and Its Hemodynamic Influence

Guiyuan Gao Mei Chen Yaorong Du Lusheng Liang Weibin Xiao

Rongxian People's Hospital, Yulin, Guangxi, 537500, China

Abstract

Objective: To explore the curative effect and hemodynamic influence of acupotomy combined with Baihui pressing moxibustion on cervical spondylosis of vertebral artery type. **Methods:** 90 patients in acupuncture and massage department from June 1, 2021 to March 31, 2023 were randomly divided into control group and observation group. The control group was treated with routine Chinese medicine acupuncture and massage; The experimental group was mainly treated with acupotomy and suboccipital triangle release combined with Baihui pressing moxibustion. After 6 months of treatment, the qualified cases were followed up with the Symptom and Function Assessment Scale for Cervical Vertigo (ESCV), vertebralbasilar hemodynamics and cervical X-ray examination. Through follow-up investigation and randomized controlled analysis, the short-term and long-term effects of different therapies on this disease were analyzed. The symptoms were observed by the Symptom and Function Assessment Scale for Cervical Vertigo (ESCV), and the transcranial Doppler (TCD) and the standard anteroposterior X-ray film of cervical vertebra were tested once before treatment and six months after treatment. The changes of vertebralbasilar artery hemodynamics and physiological curvature of cervical vertebra were compared between the two groups before and after treatment. **Results:** The cure rate and total effective rate of the observation group were significantly higher than those of the control group, while the ineffective rate was significantly lower than that of the control group ($P < 0.05$). After treatment, the integral and total score of dizziness, neck and shoulder pain and headache in the two groups decreased significantly. The peak systolic velocity (Vs), end diastolic blood velocity (Vd), vascular pulsation index (PI), resistance index (RI) and average blood velocity (Vm) were significantly improved by TCD after vertebralbasilar artery treatment, and the difference between the two groups was significant ($P < 0.05$). After treatment, the cervical curvature of the observation group was higher than that of the control group, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion:** The treatment of patients with cervical spondylosis of vertebral artery type by releasing suboccipital triangle with acupotomy combined with Baihui pressing moxibustion can improve the cure rate, with little adverse reaction, good curative effect and quick response, and can obviously improve the quality of life of patients.

Keywords

needle knife; Baihui moxibustion; vertebral artery type cervical spondylosis; hemodynamics

针刀联合百会压灸治疗椎动脉型颈椎病的疗效研究及血流动力学影响

高贵源 陈媚 杜耀容 梁路生 肖伟斌

容县人民医院, 中国·广西 玉林 537500

摘要

目的: 探究针刀联合百会压灸治疗椎动脉型颈椎病的疗效及血流动力学影响。**方法:** 选取我院2021年6月1日至2023年3月31日针灸推拿科的病人90例, 随机分为对照组与观察组两组。对照组采用常规中医针灸推拿治疗; 试验组予以针刀枕下三角松解为主, 联合百会压灸治疗。在治疗6个月后对合格病例进行颈性眩晕症状与功能评估量表(ESCV)、椎-基底动脉血流动力学、颈椎X线片检查的随访。通过随访调查与随机对照分析, 分析不同疗法治疗本病的近、远期疗效。观察组症状指标采用颈性眩晕症状与功能评估量表(ESCV), 并采用经颅多普勒(TCD)及标准颈椎正侧位X线片在治疗前和治疗后6个月各检测1次, 比较两组患者治疗前后椎基底动脉血流动力学、颈椎生理曲度的改变。**结果:** 观察组的痊愈率、总有效率显著高于对照组, 而无效率显著低于对照组($P < 0.05$); 两组患者在治疗后, 眩晕、颈肩疼痛、头痛的积分和总分都显著下降, 椎基底动脉治疗后经TCD检测其收缩期流速(Vs)、舒张末期血流速度(Vd)、血管搏动指数(PI)、阻力指数(RI)、平均血流速度(Vm)都显著改善, 两组之间的差别有显著性($P < 0.05$), 并且观察组的以上各项指标的提高比对照组显著好($P < 0.05$); 治疗后观察组颈椎弯曲度高于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。**结论:** 通过用针刀松解枕下三角联合百会压灸对椎动脉型颈椎病患者进行治疗, 达到提高治愈率, 且不良反应小、疗效好、见效快, 能明显改善患者的生活质量。

关键词

针刀; 百会压灸; 椎动脉型颈椎病; 血流动力学

1 引言

椎动脉型颈椎病(CSA)是颈椎病最常见的种类之一^[1],它主要是在颈椎间盘退行性改变的病理基础上,继发颈椎关节间松动,周围肌力失衡等引起软组织痉挛、颈椎骨质增生、椎间盘突出、韧带增厚、颈椎不稳,刺激或压迫椎动脉而产生的以头晕为主的一系列临床综合征。经颅多普勒(TCD)是应用超声波的多普勒效应来研究颅底动脉血流动力学的检测手段,具有可反复动态观测、安全无副作用的优势,在椎动脉型颈椎病诊断及效果评价等方面有着很大的应用价值^[2]。针刀治疗法对椎动脉型颈椎病有明显作用,结合近十多年来的研究资料^[3],发现百会穴压灸治疗方法对椎动脉型颈椎病也有明显的治疗作用,但目前临床上就针刀和百会压灸两者联合治疗的方法研究较少,现将针刀疗法和传统百会压灸相结合治疗椎动脉型颈椎病,观察其临床疗效及对椎-基底动脉血流动力学形成的影响,具体研究如下。

2 临床资料

经本院医学伦理委员会批准以及患者知情同意,选取我院2021年6月1日—2023年3月31日在我院接受治疗的90例椎动脉型颈椎病患者,其中男49例,女41例;年龄为35~65(51.87±10.65)周岁;病程为0.5~7(3.07±1.65)年。

以下为纳入范围:①中医诊断标准。参照1994年国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》中CSA的诊断标准进行诊断^[4]:头痛、眩晕、耳鸣、耳聋、视物不清,有体位性猝倒,颈椎侧弯后伸时,症状加重。X线片示:颈椎生理曲度变直,椎间隙变窄,钩椎关节增生。经颅多普勒(TCD)示椎动脉及基底动脉供血不足。②西医诊断标准。西医诊断参照《临床诊疗指南·骨科分册》CSA诊断标准^[5]:曾有猝倒发作、并伴有颈性眩晕;旋颈试验阳性;X线片显示节段性不稳定或寰枢关节半脱位、骨质增生;多伴有交感神经症状;除外眼源性、耳源性眩晕;除外椎动脉横突孔入口段受压所引起的基底动脉供血不足。③患者及家属对本试验内容知情同意。

排除标准:①其他类型颈椎病或椎动脉型颈椎病有合并肿瘤、感染性炎症、心脏病、高血压、糖尿病、出血性疾病者;②耳源性、眼源性眩晕,以及心血管、呼吸系统疾病引起的眩晕;③颈椎骨折、脱位、结核;④妊娠或哺乳期妇女;⑤已经手术治疗者,或正接受药物治疗的患者;⑥合并精神病患者、心理疾病者;⑦过敏体质或对试验药物已知成分

过敏者;⑧依从性差者;⑨晕针、惧针者;⑩临床资料不完整患者或因各种原因自动放弃或不能配合治疗、观察、检查的患者。

将入组病例随机分成两组,每组各45例。其中观察组25名患者为男性,20名患者为女性;平均年龄为52.56±12.31岁;发病时间为3.08±1.21年。对照组24名男性和21名女性。年龄:51.18±13.24岁;患者发病时间为3.06±1.97年。两组患者在性别、年龄、病程和临床症状上没有显著差异(P>0.05),有一定的可比性。

本研究选取90例颈椎病患者,将其分成两组:对照组45名病人,采用常规中医针灸推拿疗法;观察组45名病人,用针刀进行枕下三角松解为主,并配合以艾粒按灸百会穴的疗法。本研究以颈性眩晕症状为切入点,观察眩晕、颈肩疼痛、头痛等颈性眩晕的临床症状,通过对两组病人的观察,以ESCV量表评定病人的临床症状,并于治疗前和治疗后6个月,分别进行经颅多普勒和标准颈椎X线片的测量,对比分析两组病人在治疗前后椎-基底动脉血流动力学和颈椎生理曲度的变化。

①针灸治疗:患者取坐位或俯卧位,取穴以颈夹脊穴、风池、风府、大椎、肩井、合谷、百会等穴为主,对穴位进行常规消毒后选择0.25×40mm针灸针刺入穴位。交替选用平补平泻手法,留针20~30min,每10min行针1次,中间行针3次,以加强刺激。在针刺同时将红外线治疗仪置于颈后部约30cm外照射,每次20~30min,每天治疗1次,5次为1个疗程,疗程间休息2天,共治疗2个疗程。

②推拿治疗:指导患者坐于凳子上或俯卧于推拿专用治疗床上,操作者站在身后,分别依次选用滚法、捏拿、揉法、弹拨法自枕骨下项线至肩胛骨周围进行操作,每个动作重复3~5遍,推拿力度由轻至重慢慢加大,力度渗透由浅入深,让患者感到温热或痠胀舒适为度。接着对两侧斜方肌、肩胛肌进行按、揉3~5遍;沿脊椎正中线两侧由C7至C1依次往上往外进行拇指指腹点压,感到颈椎被最大限度拔伸为佳,重复2~3遍。每次治疗约30min,每天1次,5次为1个疗程,疗程间休息2天,连续治疗2个疗程。

③针刀治疗:主要以枕下三角肌群松解为主。患者取坐位,双手相叠放在桌上,头垫枕于手上,充分暴露颈项部。在枕外隆凸下,下项线中点分别旁开约2.5cm、5.0cm(分别相当于头后小直肌、头后大直肌、头上斜肌附着处),C2~7棘突顶点,C3~6关节突韧带、横突点,肩胛内上角,前斜角肌、胸锁乳突肌起止点等处寻找压痛、痠胀、结节、条索状等阳性反应点,取其中的4~6个最明显的阳性反应点用蓝色记号笔标记。常规备皮、消毒、戴无菌手套、铺无菌孔巾、局部麻醉,用4号针刀(苏州医疗用品厂有限公司,苏械注准20162200965)在上述定点处进行操作。左手拇指深按反应点点,右手持针刀柄,自左手拇指指甲边缘快速垂直刺破皮肤,缓慢深入,直达肌肉附着点骨面,刺入时针刀刀

【基金项目】广西玉林市科学研究与技术开发计划(项目编号:玉市科20212213)。

【作者简介】高贵源(1976-),男,中国广西贵港人,本科,副主任医师,从事针灸推拿治疗颈肩腰腿痛研究。

口线与肌纤维平行，刀刃在骨面沿肌纤维方向纵行切割、疏通，再垂直肌纤维方向横行铲掀，针刀退出骨面，并用针刀末端逐层探查各层软组织的松紧度及异常，对紧张痉挛、粘连之处进行纵行或横行切割、松解、疏通。出针后消毒棉球压迫止血，创可贴敷贴针眼。术后嘱患者休息 30 分钟观察病情，无不适后方可离开。每 7 天治疗 1 次，共治疗 2 次。

④百会压灸：在每周针刀治疗后进行百会穴压灸，患者取坐位，拨开头发以暴露百会穴，于百会穴上涂少许万花油，取黄豆大小艾粒（江苏康美制药有限公司，批准文号：国药准字 Z32020253）放其上点燃，当燃至剩下大概 1/4，患者有较强灼热感时，取一截艾条向下用力慢慢按压艾粒至其熄灭，使热力缓缓透入穴中并向里传导，连灸五壮。每日 1 次，以 5 次为 1 个疗程，疗程间休息 2 天，共治疗 2 个疗程。

2.1 观察指标

本研究以颈性眩晕症状为切入点，通过对两组病人的眩晕、颈肩疼痛、头痛等颈性眩晕的临床症状进行观察，以 ESCV 量表评定病人的临床症状，并于治疗前和治疗后 6 个月，分别进行经颅多普勒和标准颈椎 X 线片的测量，对比分析两组病人在治疗前后椎 - 基底动脉血流动力学和颈椎生理曲度的变化。

2.2 疗效判定标准

参照我国正式发布的《中医病证诊断疗效标准》^[6]，参考《临床多普勒超声学》^[7] 中的标准，经颅多普勒（TCD）检测，包括收缩期峰流速（vs）、舒张末期血流速度（vd）、血管搏动指数（PI）、阻力指数（RI）、平均血流速度（vm）：椎 - 基底动脉（46.66 ± 6.58）cm/s；参照《颈性眩晕症状

与功能评估数据量表（ESCV）》^[8]，结合临床具体情况，拟订疾病疗效评定标准和证候疗效。判定标准如下：①临床痊愈：各种症状、体征（眩晕、颈肩疼痛、头痛等）消失，TCD 检查恢复正常。②有效：各种症状、体征有改善，TCD 所测平均血流速度较治疗前提高 3cm/s 以上。③无效：各种症状、体征无改善甚或加重，TCD 所测平均血流速度较治疗前提高不足 3cm/s 或无变化。总有效率 = (痊愈 + 有效) 例数 / 总例数 × 100%。

2.3 统计学方法

通过 SPSS18.0 软件系统，对本次临床试验的资料进行了数据整理与数据分析。其中，计数数据以 $\bar{x} \pm s$ 表示，数据采用 t 检验，计数资料则采用 χ^2 验证， $P < 0.05$ ，表明差异有统计学意义。

3 结果

3.1 两组病人的临床疗效对比

观察组与对照组比较，痊愈率和总有效率均有显著性差异（ $P < 0.05$ ），且无效率均有显著性差异（ $P < 0.05$ ），见表 1。

3.2 两组病人在治疗前和治疗后的 ESCV 量表评分

两组患者在眩晕、颈肩痛、头疼等方面症状比较均有明显差异（ $P < 0.05$ ），见表 2。

3.3 两组病人 Tcd 指标比较

两组病人在治疗后椎基底动脉血流速度的指标较治疗前显著增加（ P 均 < 0.05 ），而且在治疗后观察组收缩期峰流速、舒张末期血流速度、血管搏动指数、阻力指数、平均血流速度均高于对照组（ P 均 < 0.05 ），如表 3 所示。

表 1 两组患者临床疗效对比

组别	n	痊愈	有效	无效	总有效
观察组	45	19 (42.22)	23 (51.11)	3 (6.67)	42 (93.33)
对照组	45	17 (37.78)	17 (37.78)	11 (24.44)	34 (75.56)
χ^2					8.221
P					< 0.05

表 2 两组患者治疗前、治疗后 ESCV 量表评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	眩晕		颈肩痛		头痛		日常生活及工作		心理及社会适应	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	45	12.52 ± 2.15	1.92 ± 0.73	5.52 ± 1.54	0.86 ± 0.34	2.71 ± 0.59	0.42 ± 0.16	1.16 ± 0.41	0.24 ± 0.07	26.34 ± 1.75	4.96 ± 1.04
对照组	45	12.27 ± 1.98	4.46 ± 1.24	5.37 ± 1.37	1.07 ± 0.81	2.54 ± 0.62	0.89 ± 0.41	1.08 ± 0.50	0.52 ± 0.13	26.19 ± 2.14	8.47 ± 1.71
t		1.0172	15.9740	0.7592	11.2010	0.2085	8.3033	0.5227	10.851	0.7905	1.0171
P		0.3233	0.0000	0.556	0.0000	0.8362	0.0000	0.4505	0.000	0.4323	0.0000

表 3 两组病人 Tcd 指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	Vs (cm/s)	Vd (cm/s)	PI	RI	Vm (cm/s)
观察组	45	治疗前	56.12 ± 7.19	20.59 ± 6.69	0.71 ± 0.10	0.51 ± 0.11	35.81 ± 6.29
		治疗后	67.71 ± 6.89*	28.51 ± 5.92*	0.61 ± 0.11*	0.49 ± 0.21*	47.80 ± 6.51*
对照组	45	治疗前	56.31 ± 7.49	20.42 ± 6.49	0.71 ± 0.11	0.49 ± 0.20	35.89 ± 6.39
		治疗后	62.51 ± 6.79*	24.59 ± 5.21*	0.51 ± 0.11*	0.39 ± 0.10*	41.29 ± 6.19*

注：与对照组治疗后比较，* $P < 0.05$ 。

3.4 两组病人治疗前和治疗后颈椎弯曲度比较

治疗前, 两组颈椎弯曲度比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后, 观察组颈椎弯曲度高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 4。

表 4 两组患者治疗前后的颈椎弯曲度情况比较 ($\bar{x} \pm s$, mm)

组别	n	治疗前	治疗后
观察组	45	3.05 ± 0.52	5.69 ± 1.01
对照组	45	2.99 ± 0.44	8.25 ± 1.58
t		0.21	6.77
P		> 0.05	< 0.05

4 结语

临床上治疗椎动脉型颈椎病的方法有很多种, 90% 以上的椎动脉型颈椎病患者经过非手术治疗获得痊愈或缓解, 目前临床上非手术疗法大致分为有药物治疗, 手法类治疗, 针刺微创类治疗和物理治疗。手法类治疗在椎动脉型颈椎病的外治中占重要的治疗地位, 而针刺和小针刀等微创治疗是椎动脉型颈椎病治疗的有效手段^[9]。现代整脊疗法在吸收传统中医推拿正骨手法精华的同时结合现代解剖生物力学研究成果, 使对椎动脉型颈椎病的治疗临床效果和安全性得到了很大的提高。20 世纪 70 年代末, 朱汉章教授在吸收传统针灸精华的基础上结合现代解剖学, 对中医的针法进行突破性的创新, 将中医针灸的“针”和西医外科的“刀”融为一体, 发明了小针刀疗法。在中医经络和解剖学以及现代生物力学的指导下, 针刀既能刺激局部穴位, 又能通过对局部软组织的微创闭合松解, 可以安全有效地松解局部的粘连、挛缩、瘢痕, 起到疏通经络, 达到通则不痛之目的, 还可以松解软组织, 促进局部血液循环, 恢复组织功能, 重建整体的动态平衡, 从而改善颈椎的生理弯曲和恢复颈椎的稳定性^[10]。颈部肌群的松解, 对恢复和维持脊柱的稳定性有着至关重要的作用, 尤其是枕下三角肌群的松解, 通过对病变椎枕肌的瘢痕、粘连、挛缩等进行松解调节, 可以起到改善局部微循环, 促进局部水肿和炎性消退, 修复损伤, 调节肌力, 从而解除血管神经的刺激和压迫, 恢复颈椎的正常动态平衡和生物力学平衡, 增加椎 - 基底动脉循环对脑部供血, 消除临床症状, 是治疗椎动脉型颈椎病的关键所在。而中医学认为颈椎病多由慢性劳损后肝肾不足, 筋骨失于濡养, 颈部经络空虚, 复感风寒湿邪, 气血运行失畅, 经络痹阻不通所致, 而灸法具有温通阳气, 增加血运, 扩张血管的作用, 用百会穴压灸法治疗椎动脉型颈椎病, 可以增加局部血运, 减轻颈椎对血管的刺激, 并能扩张椎 - 基底动脉, 增加脑血流量, 从而使颈椎活动自如, 缓解眩晕等症状^[11]。艾灸燃烧所产生的近红外辐射有较强的穿透力, 借助于艾灸的热力及艾叶的药性, 通过经络传导使灸感直达病所, 起到温经活血, 通痹散寒的作用, 使眩晕、头痛及颈肩部症状得到改善, 并缓解颈部肌肉和血管痉挛, 起到舒张血管, 改善脑供血的作用^[12]。

临床上非手术疗法常常作为治疗椎动脉型颈椎病的首选, 而针刀枕下三角松解联合百会压灸的治疗方法, 能够在调节患者肌肉的基础上, 帮助患者纠正错乱的关节和组织, 提升患者的生活质量^[13]。该方法操作简单, 对患者来说不失为一种很好的治疗方案。

通过对该研究进行分析可见: 观察组和对照组对颈性眩晕均有改善作用, 观察组总体疗效均优于对照组, 且观察组痊愈率明显高于对照组; 疗程结束时 ESCV 量表评分和椎基底动脉血流动力学指标水平比较, 治疗后观察组较对照组均有明显的改善, 差异有显著的统计学意义 ($P < 0.05$), 疗程结束后 6 个月随访, 观察组较对照组颈椎弯曲度有明显的改善, 差异有显著的统计学意义 ($P < 0.05$)。由此可见: 针刀枕下三角肌群松解联合百会压灸治疗椎动脉型颈椎病, 其总体疗效有明显优势, 其不但可以明显提高患者的痊愈率, 并可有效地改善患者生活质量, 且在治疗过程中未出现明显的不良反应, 由此可见针刀联合百会压灸治疗椎动脉型颈椎病是一种行之有效的方法, 且运用安全、简便, 易于被患者接受, 值得进一步推广及研究。

参考文献

- [1] 黄毅勇,胡龙,李芳,等.冲击松解联合针刺治疗椎动脉型颈椎病临床观察[J].中国中医药现代远程教育,2023,21(1):103-105.
- [2] 程玲.针刺联合仰卧位手法整复治疗椎动脉型颈椎病临床观察[J].中国中医药现代远程教育,2022,20(24):113-115.
- [3] 陈诚,丁吉林,资昌艳,等.近年针刀治疗椎动脉型颈椎病的进展[J].内蒙古中医药,2017,10(20):137-138.
- [4] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994.
- [5] 中华医学会.临床诊疗指南——骨科分册[M].北京:人民卫生出版社,2009.
- [6] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994.
- [7] 焦明德,田家玮,任卫东,等.临床多普勒超声学[M].北京:北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社,1997.
- [8] 王楚怀,卓大宏.颈性眩晕患者症状与功能评估的初步研究[C].中国康复医学会.第一届全国中青年颈椎病专题论坛论文集,2007:276-279.
- [9] 温颢玮,曾维铨.针刀医学的文献计量学与知识图谱分析[J].中国中医药图书情报杂志,2021,45(6):13-17.
- [10] 张天民,张强,曾垂秀,等.针刀刀具及其作用原理[J].中国医药导报,2016,13(27):163-166.
- [11] 曾海.灸法治疗颈椎病颈痛的网状meta分析和临床研究[D].广州:广州中医药大学,2020.
- [12] 黄学贵.艾灸与推拿并用对椎动脉型颈椎病患者颈痛程度及血液流变学的影响[J].中医外治杂志,2022,31(5):93-94.
- [13] 王冠.中医针灸联合推拿手法治疗椎动脉型颈椎病临床疗效观察[J].世界中西医结合杂志,2016,11(2):207-210.