

热敏点灸法治疗枕神经痛的临床疗效研究^{*}

★ 徐彰怡¹ 指导:康明非² (1. 江西中医学院2005级硕士研究生 南昌330006;2. 江西中医学院附属医院 南昌330006)

摘要:目的:观察热敏点灸治疗枕神经痛的疗效,为治疗该病症提供一种简便、高效、安全的新疗法。方法:选取符合条件的40例枕神经痛的患者为样本,随机分配到热敏点灸法实验组(20例)和针刺穴位对照组(20例)。两组均以10天为一个疗程,共治疗一个疗程(包括不足10天者)。采用国际公认的简化麦吉尔疼痛量表为观察指针,两组病人在疗程前后分别测定疼痛评定指数。根据治疗前后的积分来评定治疗效果,观察热敏点灸法对枕神经痛的临床疗效。结果:通过疼痛评定指数、现时疼痛强度与视觉仿真评分等三项指针的评分,热敏点灸法实验组与针刺穴位对照组,两组组内比较在PRI、VAS、PPI的治疗前后积分差值上有极显著的差异性($P < 0.01$);在组间治疗效果比较上,热敏点灸法实验组与针刺穴位对照组治疗前后差值在PRI、VAS、PPI的积分上有显著的差异性($P < 0.01$);热敏点灸法实验组痊愈率为40%,显效率为45%,针刺穴位对照组的痊愈率与显效率分别为20%、30%,两组的显效率为85%、50%,比较有显著性差异($P < 0.05$)。比较显效以上病例的治疗天数,实验组(8.47 ± 4.26)天,对照组(11.80 ± 3.36)天,两者比较有显著的差异性($P < 0.05$)。结论:热敏点灸法治疗枕神经痛有很好的疗效,优于针刺穴位疗法,并且疗程明显缩短。热敏点灸法对本病的治疗具有速效、高效、安全无创痛、方便无副作用等优点。

关键词:枕神经痛;热敏点;针刺治疗;艾灸

中图分类号:R 245.8 **文献标识码:**B

枕神经痛(Occipital neuralgia),是枕大神经痛、枕小神经痛以及耳大神经痛的总称^[1]。临床表现为一侧或双侧后枕、枕顶部持续性钝痛,并且伴有阵发性的顶枕部、外耳、乳突部针刺样、抽掣样疼痛,疼痛部位与枕神经的走行一致,相应部位的皮肤可有痛觉过敏及感觉减退。在枕神经的浅出点可有压痛,按压时,常伴有向上放射痛。现今临床上治疗枕神经痛的方式大多以神经阻滞等介入性疗法居多,

在针灸科则是以针刺治疗为主。神经阻滞等介入性疗法虽然见效快,短期疗效好,但是有易复发和有创痛等缺点,而且由于阻滞部位在颈枕区,操作风险较大。我们现以热敏点灸法治疗枕神经痛并取得较好疗效,现报道如下。

1 临床资料

1.1 研究对象

50例来自江西省中医院针灸科门诊就诊的枕

* 基金项目:国家科技支撑计划课题(2006BAI2B04-2)

能与提高组织细胞的谷氨酸含量并恢复其正常神经传导功能有一定关系。但大椎振法治疗颈椎病究竟与谷氨酸含量的内在关联性有多大,以及颈椎病发展过程中谷氨酸含量是怎样变化的,并且,本实验若同时检测抑制性氨基酸含量变化情况,就会更有说服力,这些都是下一步实验设计需要考虑和完善的内容。

参考文献

- [1]王拥军,施杞,彭宝淦.颈椎病危险因素的病例对照研究[J].中国中医骨伤科杂志,1997,5(6):11-15.
- [2]武震,孙树椿,刘晓化,等.家兔颈后肌受长期应力作用的实验研

究[J].颈腰痛杂志,2007,28(4):271-275.

- [3]周志彬,罗才贵,罗建,等.“大椎”振法改善颈性眩晕症家兔的实验研究[J].湖南中医杂志,2007,23(5):93-94.
- [4]Taylor S, Srinivasan B, Winger R J, et al. Glutamate stimulates neurotrophin expression in cultured Miller cells. Molecular Brain Res, 2003, 111(1):189-197.
- [5]Stuart A. Lipton MD. Possible role for Memantine in protecting retinal ganglion cells from glaucomatous damage[J]. Survey Ophthalmology, 2003, 48(2 suppl):38-46.
- [6]余家阔,吴毅文,汪发贵,等.实验性颈椎应力分布改变对颈椎组织结构的影响[J].中华外科杂志,1993,31(8):456-460.

(收稿日期:2008-05-20)

神经痛病人。其中枕大神经痛 48 例,枕小神经痛 2 例,无耳大神经痛。采用随机、单盲、同期对照的试验设计方法,随机分配受试者至热敏点灸法实验组(以下简称实验组)和针刺穴位对照组(以下简称对照组),实验组与对照组各 25 例,其中实验组有 1 例因到外地出差而中断治疗,有 4 例不明原因脱落;对照组中有 3 例因疗效不满意而自行中断治疗,有 2 例不明原因脱落,此 10 例不纳入统计。所以实际纳入观察病例为 40 例,实验组 20 例,对照组 20 例。两组患者在性别、年龄、病程和病情程度积分上比较,无显著性差异,具有可比性。

1.2 诊断标准

参照《实用神经病学》^[1]第二版和《临床疾病诊断依据治愈好转标准》^[2]第二版中关于枕神经痛的诊断标准。

1.3 治疗方法

1.3.1 热敏点灸法实验组 (1)选择舒适,充分暴露病位的体位。(2)热敏点的查找:用点燃的纯艾条在患者体表病位附近的压痛点、结节点等反应点处进行查找,在距离患者皮肤表面 2~3cm 左右的高度进行悬灸。当患者感到施灸部位发生透热、扩热、甚至产生感传现象,此点即是热敏点。重复此步骤,直至所有热敏点被探查出来。(3)治疗方式:在查找到的热敏点上选择 1~2 个点上实施温和灸,施灸至透热、扩热、甚至感传现象消失,此为一次施灸的剂量。完成一次施灸时间的长短因人而异,不设限,每日治疗一次。

1.3.2 针刺穴位疗法对照组 (1)选择舒适,充分暴露病位的体位。(2)热敏点的查找:按上述方法确定热敏点,以此表明对照组患者与实验组患者的热敏点病理反应状态具有可比性。(3)穴位的选择:局部取穴为主,以风池穴、翳明穴为主穴,配合率谷、玉枕、完骨、外关、阿是穴等穴,按照全国统编教材《腧穴学》第六版定位。(4)穴位皮肤常规消毒,用毫针针刺,平补平泻,得气为度,留针 30 min 后取针,每日治疗一次。

两组均以 10 d 为一疗程,共治疗一疗程。治疗期间内不允许加用其它任何措施、治疗手段和药物。

2 观察指标

2.1 观察方法

简化麦吉尔疼痛量表,受试对象在每个疗程前后分别测定疼痛评定指数(PRI)、现时疼痛强度(PPI)、视觉仿真评分(VAS)(由患者自身评定填写)。基线点为受试对象接受治疗前,试验终点为第一疗程结束后(包括不足 10 次痊愈者),共测定 2

次。

2.2 疗效标准

目前国内尚未有统一的疗效判定,由于此病特征及症状均凸显在疼痛上,故以疼痛是否消失为判断疗效的主要基准,并且参考疼痛学相关文献,拟定以下疗效判定标准:(1)痊愈:经治疗后疼痛完全消失,PRI、VAS、PPI 积分值为 0。(2)显效:经治疗后疼痛显著减轻,PRI、VAS、PPI 积分值均较治疗前下降的百分比均数在 50% 以上。(3)有效:经治疗后疼痛减轻,PRI、VAS、PPI 积分值均比治疗前下降的百分比均数在 20%~50%。(4)无效:经治疗后疼痛无减轻,PRI、VAS、PPI 积分值均较治疗前下降的百分比均数不足 20%。

3 结果

3.1 两组治疗前后 PRI、VAS、PPI 积分和差值比较

见表 1。两组组内治疗前后 PRI、VAS、PPI 的积分有极显著差异性($P < 0.01$),说明两种方法对枕神经痛均有治疗作用。

表 1 两组治疗前后 PRI、VAS、PPI 积分和差值比较($\bar{x} \pm s$)

组别		PRI	VAS	PPI
热敏点灸实验组	前	14.50 ± 3.46	8.40 ± 0.94	3.60 ± 0.82
	后	4.60 ± 4.15 [▲]	2.35 ± 2.05 [▲]	0.80 ± 0.76 [▲]
针刺穴位对照组	前	13.70 ± 3.13	8.50 ± 1.05	3.60 ± 0.89
	后	6.95 ± 4.73 [▲]	4.30 ± 2.62 [▲]	1.95 ± 1.32 [▲]
热敏点灸实验组 差值		9.90 ± 2.00 [△]	6.00 ± 1.65 [△]	2.80 ± 0.62 [△]
针刺穴位对照组 差值		6.75 ± 2.67	4.20 ± 2.04	1.65 ± 0.81

注:▲有极显著性差异($P < 0.01$),△有极显著差异性 $P < 0.01$ 。

3.2 组间疗效比较

见表 2。组间显愈率比较 $P < 0.05$,两组间有显著性差异,说明热敏点灸法治疗枕神经痛疗效优于针刺穴位疗法。

表 2 组间显愈率比较 / 例

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	显愈率(%)
热敏点灸实验组	20	8	9	3	0	85
针刺穴位对照组	20	4	6	8	2	50

注:经 Ridit 检验, $P < 0.05$ 。

3.3 组间显效以上的病例疗程比较

见表 3。表中 $P < 0.05$,表明两组显效以上病例在疗程上,也就是治疗天数有显著差异,说明热敏点灸法治疗枕神经痛的疗程明显短于针刺穴位法。

表 3 显效以上病例疗程的比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	疗程/d
热敏点灸实验组	17	8.47 ± 4.26 [★]
针刺穴位对照组	10	11.8 ± 3.36

注:★有显著性差异 $P < 0.05$ 。

4 讨论

枕神经痛在头面神经痛发病率较高,好发于30~60岁之青壮年,女性比男性容易患病。以往对枕神经痛的认识只限于原发性的枕神经痛,其发病原因不详,但是发病前常有感冒受凉、劳累等诱因,最常见的是继发于上呼吸道感染,有的学者认为它是一种非特异性的感染炎症或中毒性神经炎。但是从临床上来看,以颈椎病、寰枕部畸形、损伤所引起的继发性枕神经痛居多^[3],并且结合其特殊生理解剖的结构来分析,则是以颈部软组织(肌肉、筋膜、腱膜等)急性损伤或慢性劳损所造成对枕神经的压迫刺激和嵌压所引起的枕神经痛更多见^[4],枕神经痛不但可以单独出现,也会在其他病症里看到;它既是一个病名,也可以是综合征里的一个症状。所以对此病在治疗上的认知要从单纯的药物止痛、神经阻滞疗法扩展到治疗软组织损伤疾病所用的方式,如:针灸、小针刀等皆能取得较好的疗效。所以总的来看,枕神经特殊的解剖特点是发病的基础,颈椎病、颈部肌肉慢性劳损和急性创伤是发病的主要原因。在临床上有些病人除了在枕神经穿出肌肉筋膜处摸及压痛点外,在颈枕区还可摸及僵硬的肌肉或痛性结节,以症状及病因来判断,此结节即为肌筋膜疼痛综合征里所描述的触发点(Trigger points, TP)。有学者认为,此点是由于异常的肌运动终板神经末梢处的乙酰胆碱(Ach)浓度在静息状况下的病理性增高,造成肌细胞膜后连接处持续的去极化,产生了持续性肌节短缩和肌纤维收缩,因而出现了运动终板处的收缩结节。^[5]此痛性结节的出现也可作为诊断由肌筋膜、软组织病变所引起的继发性枕神经痛提供另一个指针。

枕神经痛在中医学中,由疼痛部位来看,可以将其归纳为“头痛”,但以发病的病因、病机上来看,将此病归纳于“痹证”的范畴较为合适。又枕神经痛的病位与足太阳和足少阳筋经的分布一致,故可以从筋经病论治。此病是由于寒湿之邪,客于颈枕部,

留着不去,阻塞经络,气血不畅导致颈部疼痛、转侧不利;或由于劳损,气血郁滞,阳气不畅,经脉失于温煦故拘急而作痛,气血不能畅通,瘀血阻于经络则颈枕部痛如刺,痛有定处,按之痛甚。从病因病机来看,治疗上,灸法应当被大量运用。传统艾灸能够温经散寒、消瘀散结。现代医学对艾灸的临床实验中发现,其能促进血液循环,改善血液流变性质,促进代谢、减轻局部组织炎性渗出的作用,消除由软组织损伤所产生化学、物理因素对枕神经的刺激,改善疼痛的症状。

热敏点是一种反应点,是内在疾病反映在体表的特殊点,是动态的、个体化的、激发态的腧穴^[6],不同疾病的热敏点出现的部位是不同的。热敏点具有耐热、喜热、传热的特点。多数枕神经痛患者身上都能找到热敏点。在热敏点上施灸能够起到小刺激、大反应,并且容易激发感传,气至病所,从而提高临床疗效、缩短疗程,所以热敏点是灸疗最佳的刺激点。热敏点灸法对于治疗原发性枕神经痛或是继发性枕神经痛都能切合病因病机,且费用低廉、无创痛,值得推广应用。

参考文献

- [1] 史玉泉. 实用神经病学[M]. 上海:上海科学技术出版社,2000:1022.
- [2] 孙传兴. 临床疾病诊断依据治愈好转标准[M]. 北京:人民军医出版社,2006:199.
- [3] 向诗余,张静林. 齐刺法为主治疗枕神经痛120例[J]. 湖北中医杂志,2002,24(5):43.
- [4] 柳登顺,赵立连,张剑赤. 实用颈腰痛诊疗手册[M]. 郑州:河南科学技术出版社,2004:205.
- [5] 黄强民,张雄文,赵永明,等. 颈肌筋膜触发点疼痛和头部牵涉痛的诊断与治疗[J]. 中国康复学杂志,2004,19(5):363.
- [6] 康明非,陈日新. 论反应点与腧穴[J]. 江西中医学院学报,2006,18(3):37.
- [7] 陈日新,康明非. 腧穴热敏化艾灸新疗法[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:15.

(收稿日期:2008-05-27)

专题征稿

《江西中医药》为中医药核心期刊,新设重点栏目《明医心鉴》,以介绍名老中医经验和中医临证心得为主,重点刊载中医关于疑难病的诊疗经验,要求观点、方法新,经验独到。涉及的病种主要有:小儿麻痹后遗症、红斑狼疮、类风湿性关节炎、慢性肾炎、哮喘、糖尿病、老年痴呆、高血压、中风、盆腔炎、萎缩性胃炎、癌症疼痛。欢迎广大中西医临床工作者不吝赐稿。