

杵针联合壮医药罐治疗颈源性头痛的临床观察

梁 丹 蒙美芳 卢梅艳 颜真波 卢顺毅*
上林县中医医院 广西 南宁 530500

摘 要：目的：探讨杵针联合壮医药罐治疗颈源性头痛的临床疗效及优势。方法：选取上林县中医医院2023年01月~2024年05月符合颈源性头痛纳入标准的120例住院患者，随机分为观察组和对照组，每组各60例。观察组采用杵针结合河车路线联合壮医药罐疗法，对照组采用常规疗法结合壮医药罐治疗。对两组临床疗效、疼痛程度（visual analogue scale, VAS）、颈部功能活动度（range of motion, ROM）、匹兹堡睡眠质量指数（Pittsburgh sleep quality index, PSQI）进行观察比较。结果：观察组总体疗效优于对照组（ $P < 0.05$ ）；观察组治疗后、治疗后1月随访患者VAS评分、颈部功能活动度ROM评分、PSQI指数均低于对照组（均 $P < 0.05$ ）。本研究两组均未发生严重不良反应，具有较高安全性。

关键词：颈源性头痛；杵针；壮医药罐；临床观察

颈源性头痛（CEH）是一种慢性头痛综合征，主要源自颈椎和颈部软组织的有机或功能性损伤，导致神经受刺激，从而压迫颈部神经和枕神经。头痛可以表现为头枕部、顶部、颞部和眼眶区，同时伴有上颈部压痛或疼痛，疼痛性质多为钝痛或酸痛，并伴有颈椎活动受限的表现^[1]。临床上以头痛就诊病人中，有70%-80%为颈源性头痛，而颈源性头痛中有65%的颈源性头痛表现为偏头痛，且以女性多见。目前，据信颈源性头痛（CEH）造成15%至20%的严重头痛患者^[2]。其发生机制尚未确定，但大多数人认为与长时间低头、伏案工作等因素有密切关联，详细结果如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

在2023年1月至2024年5月期间，上林县中医医院进行了一项研究，研究对象为120名患有颈源性头痛的壮族患者。通过随机数表方法，这些患者被分为两组：治疗组和对照组，每组各60人。治疗组包括男性28人、女性32人；平均年龄为（53.54±7.24）岁；疾病持续时间介于3至26年不等，平均值为（21.32±2.01）年。实验对象共计60例，其中实验组内有男性26例、女性34例，平均年龄为（51.28±5.25）岁，而其疾病持续时间介于4至29年之间，平均值为（22.31±3.20）年。对比之下，在对照组中也有相同数量的男性26例、女性34例，并且其平均年龄和平均疾病持续时间分别是（51.28±5.25）岁和（22.31±3.20）年。据统计结果显示，无论是在性别、年龄还是长期患病方面都未观察到明显差异（ $P > 0.05$ ），表明两个群体具备可比较的基础信息。均自愿签署研究知情同意书。伦理批号：2023001。

1.2 诊断标准

参照Sjaastad国际头痛协会的颈源性头痛诊断标准^[5]。

1.3 纳入标准与排除标准

1.3.1 纳入标准

颈源性头痛患者需满足：年龄18至70岁，支持研究治疗及随访，遵医嘱，并自愿参与并签署知情同意书。

1.3.2 排除标准

（1）处于怀孕或哺乳期的女性；（2）同时罹患感染、癌症、严重骨质疏松、先天畸形或骨折的患者；（3）患有严重心脏、脑部、肝脏或肾脏疾病且病情尚未得到治愈或缓解的患者；（4）精神疾病患者。

1.4 治疗方法

在实施疗程之前，需对两组患者进行头颈部皮肤检查，以确保他们符合针灸操作的要求。该检查旨在排除任何皮疹、感染、肿瘤等皮肤损伤情况。评估完成后，即可开始治疗进程。每周进行治疗3次，连续进行三周，构成一个完整疗程。

1.4.1 对照组

对照组予以骨科常规护理结合壮医药罐治疗，指导患者采取正确颈托方法；同时指导患者开展颈部伸展运动、“米”字操，避免长时间伏案工作，确保休息充足，注意肩颈部保暖。壮医药罐治疗：患者选择俯卧位，暴露颈椎及肩背部治疗部位。将竹罐投入药液中，煮沸5分钟备用，根据肩颈部拔罐部位选定大小合适的竹罐，捞出甩净水渍，罐口温度稍低后扣于选定的部位上，10分钟后取下竹罐。

1.4.2 观察组

在对照组基础上采取使用杵针结合河车路线治疗方

法。嘱患者取坐位，辨证选穴，采取使用敲击、分离、开合手法进行治疗。首先选择百会八珍穴位，然后用五星级三组杵进行敲击手法（杵针尖敲击相应部位）约3至5分钟，实行开合循环手法（开针时瞄准穴位皮肤）用针尖将杵压在组织上，力度以患者能耐受为宜；关闭时，抬起杵尖但不要远离穴位的皮肤组织）。接下来，参照结合八种神道阵法，通过采用介入术，大约3到5分钟，循环开合术；八个风府阵以五分钟的分身术和一个开合术的循环介入；

1.5 疗效评价及观察指标

1.5.1 疗效观察根据1994年版《中医内科病证诊断疗

效标准》^[6]，疗效评估包括显效、有效和无效三类：治疗前后的ROM评分^[7]。数值越高表示颈椎活动功能越受限。对睡眠质量的评估使用了匹兹堡睡眠PSQI量表^[8]，该量表包含七个得分项目，每项得分介于0至3之间，总分在0至21之间。总分越高，睡眠质量就越差，从而反映出睡眠受到的影响。

2 结果

2.1 临床疗效

观察组在总有效率方面显著优于对照组，差异在统计学上具有显著性意义（观察组为5.332， $P = 0.021$ ）。详细数据请参阅表1。

表1 两组临床疗效比较[n(%)]

分组	n	显效	有效	无效	总有效率	χ^2	P
观察组	60	39 (65.0)	17 (28.3)	4 (6.7)	(93.3)	5.332	0.021
对照组	60	32 (53.3)	16 (26.7)	12 (20.0)	(80.0)		

注： $^*P < 0.05$ 。

2.2 疼痛程度

两组治疗前后VAS比较显示，治疗前评分差异无显著性（ $P > 0.05$ ），说明两组具备可比性。但治疗期间及治疗后，两组VAS评分差异有统计学意义（ P 均 < 0.05 ）。详细信息请参见表2。

表2 两组治疗前与治疗后VAS评分比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	治疗前VAS	治疗后VAS	随访1月VAS
对照组（n = 60）	6.98±1.62	4.25±1.19 ^a	2.78±1.32 ^{ab}
观察组（n = 60）	7.02±1.83	4.10±1.67 ^a	1.13±1.02 ^{ab}
t/z	-0.208	-0.550	-6.404
p	0.836	0.582	< 0.001

a：组内与治疗前比较存在显著差异

b：组内与治疗后比较存在显著差异

2.3 颈部功能活动度

两组治疗前ROM评分比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），说明两组具备可比性。但治疗期间与治疗后ROM评分比较，差异有统计学意义（均 $P < 0.05$ ）。表3详细列出了这些结果。

表3 两组治疗前与治疗后ROM评分比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	治疗前ROM	治疗后ROM	随访1月ROM
对照组（n = 60）	3.02±0.50	2.50±0.50 ^a	1.98±0.29 ^{ab}
观察组（n = 60）	2.95±0.53	2.08±0.70 ^a	1.58±0.56 ^{ab}
t/z	-0.894	-3.329	-4.653
p	0.372	0.001	< 0.001

2.4 匹兹堡睡眠质量指数

治疗前PSQI评分比较显示，两组间差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），初始状态具备可比性。但治疗期间和

治疗后的比较结果均显示出显著的统计学差异（均 $P < 0.05$ ）。详细信息请参见表4。

表4 两组治疗前与治疗后PSQI评分比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	治疗前PSQI	治疗后PSQI	随访1月PSQI
对照组（n = 60）	14.98±4.95	8.68±4.09 ^a	6.05±2.95 ^{ab}
观察组（n = 60）	14.78±3.44	8.37±2.94 ^a	4.50±2.11 ^{ab}
t/z	0.257	-0.561	-2.951
p	0.798	0.575	< 0.001

3 讨论

从结果中可以看出，观察组在总有效率上显著高于对照组，显示出杵针联合壮医药罐治疗颈源性头痛的优越性。这与先前的研究结果相一致，如张翠等^[9]的研究表明，利用杵针结合八阵穴、河车路线治疗颈源性头痛效果较好，能明显降低患者疼痛程度。这与赵凡平等^[10]的研究结果相符，他们发现杵针与针灸两种治疗方法效果相近，但患者对无创操作的金刚杵疗法的接受度更高，患者依从性更好。这与李良薇等^[11]采用杵针联合电针治疗颈性眩晕得到较好疗效的研究结果相类似，进一步证明了杵针在改善颈部相关疾病中的积极作用。此外，本研究还观察了匹兹堡睡眠质量指数（PSQI）的变化。这邓薇、陆亮亮等^[12,13]的研究结果相一致，他们发现杵针结合中药熏蒸治疗颈性眩晕能够明显改善患者的心理与社会适应力、日常生活质量与工作质量。高秀花等^[14]的研究在循证医学原则指导下观察了杵针疗法治疗无先兆顽固偏头痛的临床疗效，并发现患者疼痛VAS评分明显降低。这与本研究的结果相互印证，进一步说明了杵针在头痛疾病治疗中的广泛应用前景。

综上,在治疗颈源性头痛的过程中,杵针治疗能够直接作用于病变部位,通过刺激穴位改善气血循环和神经传导;而壮医药罐疗法则通过药物和温热刺激改善局部血液循环和代谢,减轻炎症。两种治疗方法相互补充、相互促进,在颈源性头痛的治疗中展现出了独特优势,能够较全面地改善颈部的病理状态,有效缓解患者疼痛、改善颈部功能活动度和睡眠质量。

参考文献

- [1]米亚斯尔,杨昭君,陈红霞.颈源性头痛中西医研究进展[J].实用中医内科杂志,2020,34(11):37-40.
- [2]SVENSSON J,HERMANSEN A,WIBAULT J,et al.Neck-Related headache in patients with cervical disc disease aftersurgery and physiotherapy:a 1-Year follow-up of a prospec-tive randomized study[J].Spine,2020,45(14):952-959.
- [3]Gupta R, Fisher K, Pyati S. Chronic Headache: a Review of Inter2ventional Treatment Strategies in Headache Management [J]. CurrentPain and Headache Reports, 2019,23(9)
- [4]Sjaastad O, Bakketeig LS. Prevalence of cervicogenic headache:[J]. ActaVaga study of headache epidemiology. Acta Neurol ScandNeurologica Scandinavica,2008,117(3):173-180.
- [5]Sjaastad O, Fredriksen T A, Pfaffenrath V. Cervicogenic headache:diagnostic criteria. The Cervicogenic Headache International Study Group. [J]. Headache, 1998, 30(6):442-445.
- [6]头风的诊断依据、证候分类、疗效评定——中华人民共和国中医药行业标准《中医内科病证诊断疗效标准》(ZY/T001.1-94)[J].辽宁中医药大学学报,2016,18(10):165.
- [7]恽晓平.康复评定学[M].北京:华夏出版社,2004.
- [8]BACKHAUS J,JUNQHANN S K,BROOCKS A,etal.Test-relestreliability and validityof the pitsburghsleep qualiy index in primaryinsomnia[J].JPsychosom Res,2002,53(3):737-740.
- [9]张翠,张晓琼,康进,等.杵针结合八阵穴、河车路线治疗颈源性头痛疗效观察[J].四川中医,2021,39(06):202-203.
- [10]赵凡平,陆旻,仲惠君,等.金刚杵治疗偏头痛的临床疗效观察[J].内蒙古中医药,2023,42(01):112-114.DOI:10.16040/j.cnki.cn15-1101.2023.01.063.
- [11]李良薇,伍蜀兰.杵针联合电针治疗颈性眩晕临床观察[J].光明中医,2021,36(15):2581-2583.
- [12]陆亮亮,黄红玲,孟小勤.杵针结合中药熏蒸治疗颈性眩晕的临床疗效[J].内蒙古中医药,2020,39(08):101-102. DOI:10.16040/j.cnki.cn15-1101.2020.08.063.
- [13]邓薇.杵针联合子午流注针法对老年颈椎病(肝肾亏虚型)患者焦虑心理的影响[J].四川中医,2024,42(04):203-205.
- [14]高秀花,晋松,贾敏,等.基于循证医学指导的杵针治疗无先兆偏头痛的临床观察[J].中医临床研究,2020,12(20):61-63.