

doi:10.3969/j.issn.1674-4616.2019.01.016

# 针药结合治疗颈源性头痛的临床观察

陈奕樑

潮州市潮安区人民医院康复科, 广东潮州 515644

颈源性头痛为临床常见病症,是指由颈椎或颈部软组织器质性或功能性损伤引起的以慢性头部疼痛为主要表现的综合征<sup>[1]</sup>。颈源性头痛性质多为牵涉痛,疼痛部位多发生于颈部、头枕部、额部等位置,发作时可导致患者注意力及记忆力下降,情绪低落,烦躁易怒,疲倦,工作及学习效率低下,严重影响生活质量。西医治疗颈源性头痛多采用对症西药支持治疗,在一定程度上可减轻并控制头痛症状,但存在一定不良反应,特别是某些药物容易引起锥体外系症状,远期效果并不理想。中医在颈源性头痛的治疗中具有独特优势,其中针药结合的治疗方案广受临床认可;通过针药联合治疗本病,患者的头痛症状明显改善,且不良反应较少,安全性较高<sup>[2]</sup>。本研究为进一步了解针药结合治疗颈源性头痛的效果,将常规西药治疗作为对比,探讨针药结合治疗颈源性头痛的临床疗效,现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 2017 年 1 月—2018 年 6 月于本院接受治疗的颈源性头痛患者 62 例作为研究对象,根据随机数字表法将其分为对照组和观察组,每组 31 例。对照组,其中男 14 例,女 17 例;年龄 27~64 岁,平均年龄(45.23±2.75)岁;病程 1~12 年,平均病程(4.58±1.32)年。观察组,其中男 13 例,女 18 例;年龄 25~66 岁,平均年龄(45.48±2.81)岁;病程 1~11 年,平均病程(4.69±1.25)年。2 组一般资料比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

### 1.2 纳入与排除标准

纳入标准:西医诊断符合《颈源性头痛的诊断标准》<sup>[3]</sup>有关诊断标准;中医诊断符合《中医内科学》<sup>[4]</sup>中有关头痛瘀血证诊断标准;患者自愿参与并签署知情同意书,且经医院伦理委员会批准。

排除标准:合并严重高血压、糖尿病等基础性疾病;合并心、肝、肾等器官功能障碍;存在颅内神经、血管或占位性病变;妊娠或哺乳期妇女。

### 1.3 治疗方法

对照组采用常规西药治疗:盐酸氟桂利嗪胶囊(西安杨森制药有限公司,国药准字 H10930003)口服,10 mg/次,1 次/d。观察组在对照组基础上采用中医针药治疗:①取穴风池、玉枕、天柱以及颈 2 横突、颈 2 棘突以下棘突棘间、棘旁等压痛点作为针刺点,针刺 15 min/次,每 2 天 1 次,针刺 3 次后改为每 3 天 1 次,共计 6 次;②中药方剂为血府逐瘀汤加减,方药组成为桃仁 10 g,红花 6 g,川芎 10 g,丹皮 10 g,当归 10 g,赤芍 15 g,牛膝 15 g,地龙 10 g,全蝎 6 g,郁金 10 g,葛根 20 g,柴胡 8 g。1 剂/d,上述药物水煎取汁 400 mL,早晚温服,每次 200 mL。2 组均治疗 2 周后进行疗效评价。

### 1.4 观察指标与疗效判定标准

参考文献<sup>[5]</sup>制定疗效判定标准,其中头痛及伴随体征消失,随访 3 个月未见复发,日常生活、工作或学习恢复正常者为治愈;头痛及伴随体征明显改善,但受到天气状况、疲劳等因素影响时偶有痛感者为显效;头痛及伴随体征有所改善,颈部活动基本恢复正常者为有效;头痛及伴随症状无改善,甚至加重者为无效。总有效率为治愈率、显效率和有效率之和。

参考文献<sup>[5]</sup>,采用视觉模拟疼痛评分(VAS)评价治疗前后的疼痛情况,分值 0~10 分,分数越高表示疼痛越强烈;采用颈部活动度评分(ROM)评价治疗前后的颈部活动情况,分值 1~4 分,分数越高表示颈部活动受限越大。

### 1.5 统计学处理

数据分析使用 SPSS 21.0 统计软件包,计量资料采用均数±标准差( $\bar{x}\pm s$ )表示,组间比较采用  $t$  检验,计数资料采用率(%)表示,组间比较采用  $\chi^2$  检验,以  $P<0.05$  表示差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 2 组临床总有效率比较

治疗后,观察组临床总有效率显著高于对照组( $P<0.05$ )。见表 1。

表 1 2 组患者临床总有效率比较( $n=31$ , 例, %)

组别	治愈	显效	有效	无效	总有效率
对照组	7	10	6	8	23(74.19)
观察组	13	12	4	2	29(93.55) <sup>△</sup>

与对照组比较<sup>△</sup> $P<0.05$ 

## 2.2 2 组 VAS、ROM 评分比较

治疗前, 2 组 VAS、ROM 评分比较, 差异无统计学意义( $P>0.05$ ); 治疗后, 2 组 VAS、ROM 评分均较前下降( $P<0.05$ ), 且观察组降低程度更明显( $P<0.05$ )。见表 2。

表 2 2 组患者 VAS、ROM 评分比较  
( $n=31$ , 分,  $\bar{x}\pm s$ )

组别	时间	VAS 评分	ROM 评分
对照组	治疗前	6.03±1.75	3.05±0.58
	治疗后	2.58±0.71*	2.25±0.41*
观察组	治疗前	6.10±1.64	3.08±0.53
	治疗后	1.21±0.52* <sup>△</sup>	1.42±0.36* <sup>△</sup>

与治疗前比较\* $P<0.05$ ; 与对照组比较<sup>△</sup> $P<0.05$ 

## 3 讨论

颈源性头痛为神经系统常见疾病, 且常与偏头痛、紧张性头痛相混淆。颈源性头痛最早由美国医生 Sjaastad 提出, 该病是因颈部软组织器质性或功能性损伤所致, 表现为单侧或双侧头痛。近年来, 颈源性头痛的发病率不断上升, 这与人们生活、工作方式改变以及人口老龄化等因素密切相关。目前西医治疗颈源性头痛常采取对症西药治疗, 其中盐酸氟桂利嗪胶囊是使用率较高、效果较好的药物之一。该药适用于偏头痛、眩晕、颈源性头痛, 对患者头痛症状改善明

显, 可促进患者早日恢复, 但是容易引起如抑郁症、锥体外系症状等不良反应, 远期效果并不理想。

颈源性头痛可归属于中医学“头痛”、“痹症”等范畴, 长期低头伏案工作, 导致患者颈部气血运行不畅, 而后颈部、枕部为督脉和阳经运行的部位, 督脉主一身之阳气, 头为诸阳之会, 气血瘀滞则阳气不行。针刺作为中医治疗疾病的重要手段, 针对颈源性头痛, 选取风池、玉枕、天柱及局部阿是穴等进行针刺, 可缓解或消除寰枕后肌筋膜痉挛, 快速解除疼痛症状, 达到行气止痛、推动阳气运行的效果。本研究中所用中药方剂为血府逐瘀汤加减, 方中葛根善治项背强痛, 舒筋解痉; 川芎、红花化瘀止痛; 桃仁、当归活血化瘀; 全蝎、地龙祛风止痉、通络, 且善于搜风。诸药合用, 共奏祛风散寒、温经通络、活血止痛之功效。本研究结果显示, 观察组临床总有效率、VAS 及 ROM 评分均显著优于对照组, 表明针药联合治疗颈源性头痛的效果优于常规西药治疗。

综上所述, 针药结合治疗颈源性头痛效果明显, 可减轻患者头痛症状, 利于恢复颈部活动功能, 具有较高的应用及推广价值。

## 参 考 文 献

- [1] 姜磊, 于生元. 颈源性头痛[J]. 中国疼痛医学杂志, 2006, 12(3): 175-178.
- [2] 赵新红. 小针刀配合中药治疗颈源性头痛的临床观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2010, 19(22): 2773-2774.
- [3] 张志凌. 颈源性头痛的诊断标准[J]. 中国中医骨伤科, 1999, 7(6): 55-56.
- [4] 周仲瑛. 中医内科学[M]. 2 版. 北京: 中国中医药出版社, 2008.
- [5] 张振华, 罗晶. 中西医结合治疗颈源性头痛疗效观察[J]. 实用中医药杂志, 2013, 29(3): 179-180.

(收稿日期: 2018-01-20)

## 关于医学符号的使用

统计学符号不论用哪种字母, 也不论大写或小写一律用斜体。要注意区分拉丁字母和希腊字母。例如均数的符号是字母“ $\bar{x}$ ”, 卡方的符号是希腊字母“ $\chi^2$ ”; 样本的相关系数是英文“ $r$ ”, 不能误为希腊文“ $\gamma$ ”。

化学元素及核素在医学写作时一般多采用符号, 以拉丁字母正体大写表示, 离子态是在右上角用数字加“-”或“+”表示。例如  $\text{Na}^+$ 、 $\text{Ca}^{2+}$ 、 $\text{P}^{3-}$  等, 不采用  $\text{Ca}^{++}$ 、 $\text{P}^{---}$ 、 $\text{Al}^{+3}$ 、 $\text{O}^{-2}$  表示。核素的核子素(质量数)应写在元素符号的左上角, 例如:  $^{31}\text{I}$ 、 $^{32}\text{P}$  表示激发状态的  $m$  写在右上角, 例如:  $^{99}\text{Tc}^m$ 、 $^{133}\text{In}^m$ 。在科技论文和专著中不应写核素的中文名称, 即不能写成<sup>[3]</sup>碘、钢<sup>133m</sup>、 $\text{P}^{32}$ 、 $\text{Tc}^{99m}$ 。