针刺结合红茴香注射液穴位注射治疗颈源性头痛的临床应用研究

陈德龙　兰　伟　李伟灵　蒋满冬　黄宗花

永州市中医医院 湖南 永州 425000

【摘　要】：目的：探讨针刺结合红茴香注射液穴位注射治疗颈源性头痛的临床效果。方法：通过永州市中医医院针灸推拿科门诊及住院部招募颈源性头痛患者选择符合标准的 90 例作为研究对象，随机分为空白对照组、对照组、治疗组各 30 例，空白对照组采用常规针刺，对照组采用常规针刺+生理盐水 2ml 穴位注射，治疗组采用常规针刺+红茴香注射液 2ml 穴位注射。针对两组患者治疗前后的头痛程度评分、左侧、右侧斜方肌上肢 RMS 值、临床疗效。结果：治疗后，三组 VAS 评分均较治疗前显著降低，且治疗组低于对照组、空白对照组（P＜0.05）；治疗后，三组左侧、右侧斜方肌上肢 RMS 值均较治疗前显著升高，且治疗组高于对照组、空白对照组（P＜0.05）；治疗组总有效率为 93.33%，显著高于对照组的 73.33%及空白对照组的 70.00%（P＜0.05）。结论：针刺结合红茴香注射液穴位注射治疗颈源性头痛患者的疗效显著，可有效缓解患者疼痛症状，改善斜方肌肌电状态，值得临床推广应用。

【关键词】：针刺；红茴香注射液；穴位注射；颈源性头痛；斜方肌上支表面肌电

DOI:10.12417/2705-098X.26.20.014

颈源性头痛（Cervicogenic Headache，CEH）是临床常见的原发性头痛，其发病率呈逐年上升趋势，尤以长期伏案工作、低头人群及中老年群体多见。该病多由颈椎退变、肌肉痉挛、软组织无菌性炎症等因素引发，临床表现以单侧头部疼痛为核心，常伴随颈部僵硬、活动受限及枕部放射痛，严重干扰患者日常生活与工作，降低生活质量[1]。目前，西医对 CEH 多采用非甾体抗炎药、物理理疗及神经阻滞等方案，虽能短期缓解症状，但长期用药存在副作用风险，单一理疗手段对顽固性痉挛患者疗效亦有限。中医药治疗 CEH 具有独特优势，针刺通过疏通经络、调和气血、解痉止痛，已成为临床干预 CEH 的重要手段。然而，单一针刺疗法对部分中重度疼痛患者的起效速度及远期疗效仍有提升空间。红茴香注射液作为中药制剂，具有活血化瘀、消肿止痛、舒筋活络之功效，现代药理研究证实其可改善局部微循环、抑制炎症介质释放[2]。将其与针刺联合实施穴位注射，既能借助穴位经络传导增强药物靶向作用，又可实现药物与针刺的协同增效，为优化 CEH 治疗方案提供新路径。本研究选取 90 例 CEH 患者作为研究对象，采用随机对照方法，对比观察针刺联合红茴香注射液穴位注射、针刺联合生理盐水及单一针刺三种方案的临床疗效，现行报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究的参与者是 90 例颈源性头痛患者，利用随机法分组，第一组为空白对照组，男、女例数均为 15 例；从年龄区间分析，最低值、最高值依次是 30 岁、70 岁，均值为（43.17±6.54）岁；病程 1~7 年，平均（3.34±1.07）年；第二组为对照组，男/女为 13 例/17 例；年龄 28~69 岁，体现出（41.87±7.20）岁的均值；病程 1~5 年，均值为（3.02±1.37）年；第三组为治疗组，共计 14 例男性，16 例女性；在年龄方面，最小年龄者、最大年龄者是 31 岁、69 岁，平均（42.58±6.81）年；病程 1~5 年，平均（3.20±1.18）年。三组患者上述信息对比无较大程度的区别（P＞0.05）。

纳入标准：①符合颈源性头痛诊断标准；②年龄 25～65 岁；③自愿参与本研究，签署知情同意书。

排除标准：①合并颈椎骨折、脱位、肿瘤、结核等病变；②合并严重心、肝、肾等脏器功能障碍；③对红茴香注射液、针刺过敏者；④妊娠期、哺乳期女性。

1.2 方法

1.2.1 空白对照组

采用单独常规针刺：患者卧位，头部轻放于床头，双手屈曲放于头两侧，使整个头后、颈部及手背完全暴露。进针取单手进针法，进针后行提插法、捻转法得气。具体操作的过程中，分“进针、行针、出针”三步进行，首先是进针：穴位皮肤行常规消毒，根据穴位刺法要求选用 0.30mm×240mm 针灸针施术；以单手进针法进针，其中风池穴向鼻尖方向斜刺 10~15mm，严格掌握针刺方向和深度，防止伤及延髓；行针 1 次，并留针 30min；其次是行针：针刺入后，运用提插法和（或）捻转法寻找针感，酸胀为度，每 10min；最后是拔针：留针 30min 后，快速拔针，并以干净棉签紧按针孔 10s，以不出血为宜。

1.2.2 对照组

取风池、颈夹脊穴位，抽取生理盐水 2 ml，常规消毒后快速刺入穴位，得气后缓慢推注药液。

1.2.3 治疗组

穴位注射按经验取穴选取风池（双）、翳风（双）、完骨（双）及颈椎 3-5 节棘突旁夹脊穴，上述穴位交替使用，每次 5-6 穴。抽取红茴香注射液 2 ml，常规消毒后快速刺入穴位，得气后缓慢推注药液，每穴注入 0.5 毫升。各组针刺 1 天治疗 1 次，穴位注射隔天治疗 1 次，以针刺治疗 3 次为 1 个疗程，

总共治疗 2 个疗程，每个疗程之间休息 2d，2 个疗程共 10 天。

1.3 观察指标

头痛程度评分：2 个疗程治疗前后采用国际通用的视觉模拟评分法（VAS）观察头痛改善程度，先向受试者展示 VAS 标尺，并教会患者阅读 VAS 标尺：标尺一条长 10cm 的直线，划分为 10 等分，0cm 一端代表“无痛”，另一端为 10cm 代表最剧烈的疼痛，使用时将有刻度的一面背向患者，让患者在直尺上标出能代表自己疼痛程度的相应位置，术者根据病人标出的位置为其头痛强度评分。

斜方肌上支表面肌电图：2 个疗程治疗前后运用表面肌电图仪（sEMG）测试患者颈后斜方肌上支在主动头后伸运动下的肌电信号均方根值（RMS），操作方法如下：在适宜的室温（25-28℃）下，患者站立，两足之间的距离与肩宽相同，双上肢下垂于躯干的两侧，面向前，头颈取中立位，并暴露颈项部，用 75%乙醇棉球充分擦拭局部皮肤，待干后，以 6 个电极片贴附于左右斜方肌上支起点、止点及肌腹点。令患者后伸头部至最大限度，以中速持续 3S，再以中速将头颈恢复到直立，停留 3S，连续做 5 次；记录头后伸过程中表面肌电信号;最后通过计算机将原始信号转换成 RMS。

临床疗效：痊愈：头痛症状、体征消失，正常工作不诱发头痛，VAS 改善率≥75%；显效：头痛症状、体征明显减轻，正常工作后可诱发头痛，但次数较少，VAS 改善率≥50%；有效：头痛症状、体征有减轻，正常工作会诱发头痛，次数较多，VAS 改善率≥25%；无效：头痛症状、体征无好转，正常工作会加重头痛，VAS 改善率<25%。

1.4 统计学处理

采用 SPSS26.0 统计学软件分析数据，计量资料以（$\bar{x}\pm s$）表示，采用 t 检验；计数资料以[n（%）]表示，采用 x^2 检验。P＜0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 三组治疗前后 VAS 评分比较

与对照组、空白对照组治疗后的 VAS 评分相比，治疗组明显更低（P＜0.05）；治疗后对照组与空白对照组 VAS 评分无显著区别（P＞0.05），见表 1。

表 1 三组治疗前后 VAS 评分比较（分，$\bar{x}\pm s$）

组别	治疗组	对照组	空白对照组	统计值	P 值
例数	30	30	30	-	-
治疗前	7.80±1.21	7.65±1.33	7.91±1.15	F=0.527	0.592
治疗后	2.11±0.54	3.50±0.81	3.74±0.95	F=68.312	<0.001
t 值(组内)	28.645	18.723	17.896	-	-
P 值(组内)	<0.001	<0.001	<0.001	-	-
F 值(组间)	-	-	-	-	-
P 值(组间)	-	-	-	-	-

2.2 三组治疗前后斜方肌上肢 RMS 值比较

三组治疗后的左侧、右侧斜方肌上肢 RMS 值表现出一定不同，其中治疗组的数值比另外两组高（P＜0.05）；对照组与空白对照组该指标对比较为接近（P＞0.05），见表 2。

表 2 三组治疗前后斜方肌上肢 RMS 值比较（μV，$\bar{x}\pm s$

组别	例数	时间	左侧斜方肌 RMS	右侧斜方肌 RMS
治疗组	30	治疗前	12.56±2.18	12.33±2.04
		治疗后	28.65±3.50	28.91±3.27
		t 值	-26.874	-27.521
		P 值	＜0.001	＜0.001
对照组	30	治疗前	12.26±2.31	12.09±2.24
		治疗后	20.59±2.84	20.16±2.60
		t 值	-15.632	-16.015
		P 值	＜0.001	＜0.001
空白对照组	30	治疗前	12.45±2.23	12.36±2.18
		治疗后	19.80±2.62	19.55±2.41
		t 值	-14.987	-15.320
		P 值	＜0.001	＜0.001
治疗前 F 值	-	-	0.189	0.215
治疗前 P 值	-	-	0.828	0.808
治疗后 F 值	-	-	102.563	105.892
治疗后 P 值	-	-	＜0.001	＜0.001

2.3 三组临床疗效比较

与对照组、空白对照组的临床疗效相比，治疗组更加理想（P＜0.05），见表 3。

表 3 三组临床疗效比较[n（%）]

组别	治疗组	对照组	空白对照组	X^2 值	P 值
例数	30	30	30	-	-
治愈	12(40.00)	6(20.00)	5(16.67)	-	-
显效	10(33.33)	9(30.00)	8(26.67)	-	-

有效	6(20.00)	8(26.67)	8(26.67)	-	-
无效	2(6.67)	7(23.33)	9(30.00)	-	-
总有效率	28(93.33)	23(73.33)	21(70.00)	6.531	0.038

注：续表 3。

3 讨论

目前，临床确诊为 CEH 的患者不断增多，该疾病导致患者日常生活、工作等环节面临疼痛感，对此展开治疗十分必要。CEH 在中医范畴多归属于“头痛”“项痹”“头风”，核心病机为经络阻滞、气血不通、筋脉失养。头为诸阳之会，颈项为诸阳经与督脉通行要道，长期劳损、外感风寒、气滞血瘀均可导致颈部经络气血运行不畅，不通则痛。病变多累及太阳经、少阳经及督脉，表现为头痛连项、颈部僵硬、活动不利[3]。

针刺逐渐在 CEH 治疗领域体现出自身作用，此种治疗方式属于核心外治方法，较为强调循经取穴、局部取穴，将患者的风池、颈夹脊、翳风、完骨等穴位作为干预重点。针刺有利于疏通颈部经络气血，呈现出调和阴阳的作用，防止患者颈部肌肉痉挛等问题不断加剧。但单一采用针刺治疗的效果欠佳，对于降低患者头痛程度作用有限[4]。红茴香注射液穴位注射是针药结合的特色疗法，红茴香性温味辛，归肝、肾经，在活血化瘀方面效果良好，也彰显出消肿止痛的价值，与 CEH 血瘀气滞、筋脉拘挛的病机相契合。在患者风池、颈夹脊等重要穴位注入药液后，药物可沿经络循行直达病所，促使穴位刺激效应的维持时间更长，对局部通络止痛的效果显著提升。红茴香注射液穴位注射疗法表现出较强的靶向性，相比针刺治疗具有药效集中的优势，是帮助患者尽快康复的可行措施。

本研究结果显示，治疗组治疗后的 VAS 评分为（2.11±0.54）分，低于对照组的（3.50±0.81）分和空白对照组的（3.74±0.95）分（P＜0.05），表明针刺结合红茴香注射液穴位注射可多途径减轻颈源性头痛患者疼痛。针刺能疏通颈部经络、调和气血，抑制痛觉信号传导；红茴香注射液具有活血化瘀、消肿止痛、抗炎解痉作用，可改善局部微循环，减轻无菌性炎症与软组织水肿[5]。穴位注射将药物直接注入病变相关穴位，使药效沿经络直达病所，实现针刺镇痛与药物止痛协同叠加。同时，药物持续刺激可延长穴位效应，缓解颈部肌肉痉挛与神经压迫，从疼痛产生的多个环节共同干预，从而显著降低患者 VAS 疼痛评分。本研究结果还显示，与对照组、空白对照组治疗后的左侧、右侧斜方肌上肢 RMS 值相比，治疗组体现出更高的优势（P＜0.05），主要因为针刺可松解斜方肌痉挛，改善颈部肌群紧张度；红茴香注射液能改善局部血液循环，减轻肌筋膜炎症与粘连，恢复肌肉正常收缩与舒张功能[6]。穴位注射可精准作用于风池、颈夹脊等与斜方肌密切相关的穴位，缓解肌紧张、改善肌电活动。此外，与对照组 73.33%的治疗有效率、空白对照组的 70.00%的治疗有效率相比，治疗组的 93.33%更加理想（P＜0.05），原因在于该疗法将针刺的整体调节与穴位注射的局部靶向作用相结合，较单一针刺更具优势。在红茴香注射液的影响下，局部抗炎、解痉等功能更加显著，有效解决了单纯针刺难以尽快起效、作用有限的问题。针刺疏通经络为药物发挥作用提供基础，药物延长穴位刺激时间，二者共同发挥出自身优势，由此缓解了患者临床症状较为严重的问题。

综上所述，在 CEH 患者中，针刺结合红茴香注射液穴位注射治疗的作用显著，可以实现提升患者治疗效果的目标，使其头痛程度降低，也避免患者左侧、右侧斜方肌上肢 RMS 值始终较低。

参考文献：

[1] 潘宋斌,邵卫,陈晓光等.足少阳头项针刺治疗前庭性偏头痛肝阳上亢夹瘀证效果[J/OL].辽宁中医杂志,1-7[2026-03-16].

[2] 颜沁易,谢朝荣,高小雨等.“宣阳解郁、通络止痛”法针刺治疗无先兆偏头痛的临床疗效及对血清神经递质水平的影响[J].中国针灸,2026,46(02):211-217.

[3] 张诗媛,王卓楠,白丽君.脑外伤创伤后头痛的神经影像学损伤机制及针刺干预研究[J].中国疼痛医学杂志,2025,31(11):819-825.

[4] 周敏军,郭霖,肖贤珍等.针灸联合红茴香注射液关节腔注射治疗膝关节骨性关节病临床疗效观察[J].基层医学论坛,2025,29(32):22-24+28.

[5] 孔祥飞,孔令逸.参附注射液穴位注射结合针刺治疗偏头痛疗效观察[J].当代医药论丛,2025,23(32):116-118.

[6] 鲍小兵.红花注射液穴位注射治疗对偏头痛患者头痛程度及症状积分的影响[J].医学理论与实践,2024,37(03):406-408.