

# 脐针治疗颈源性头痛的随机对照研究

汪婷<sup>1</sup> 龚晓炜<sup>2</sup> 包烨华<sup>1</sup> 楚佳梅<sup>1</sup> 余静<sup>1</sup> 曾友华<sup>1</sup> 刘小平<sup>1</sup> 朱颖<sup>1</sup>

1.浙江中医药大学附属杭州市中医院 杭州 310007 2.杭州市钱塘区白杨街道白杨社区卫生服务中心

**摘要:** [目的] 观察脐针治疗颈源性头痛的临床疗效。 [方法] 选取 2020 年 4 月 20 日至 2021 年 8 月 31 日浙江中医药大学附属杭州市中医院武林及丁桥院区针灸康复科门诊的颈源性头痛患者 120 例,随机分为脐针治疗组和常规针刺组,脐针治疗组选取巽、离、坤、乾、坎位,常规针刺组选取太阳、丝竹空透率谷、风池、外关、侠溪、颈夹脊(C1~C3),两组均隔日治疗 1 次,每周 3 次,共计 10 次。比较治疗前后两组头痛频率、头痛持续时间、颈部肌肉的压痛阈,探究脐针治疗对颈源性头痛的临床疗效。 [结果] 治疗后两组头痛频率、头痛持续时间、颈部肌肉的压痛阈均较治疗前改善,差异有统计学意义( $P<0.05$ );脐针治疗组头痛频率、头痛持续时间、颈部肌肉压痛阈(完骨、风池)的改善均优于常规针刺组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。 [结论] 相较于常规针刺,脐针治疗颈源性头痛疗效显著,可明显改善头痛频率、头痛持续时间以及颈部肌肉的压痛阈。

**关键词:** 颈源性头痛;脐针;针刺疗法;神阙;压痛阈;临床疗效

中图分类号:R245 文献标志码:A 文章编号:1005-5509(2022)11-1283-05

DOI: 10.16466/j.issn1005-5509.2022.11.018

**Umbilical Acupuncture in the Treatment of Cervicogenic Headache: A Randomized Controlled Study** WANG Ting<sup>1</sup>, GONG Xiaowei<sup>2</sup>, BAO Yehua<sup>1</sup>, et al 1. Hangzhou Traditional Chinese Medicine Hospital Affiliated to Zhejiang Chinese Medical University, Hangzhou(310007), China; 2. Baiyang Community Health Service Center, Baiyang Street, Qiantang District

**Abstract:** [Objective] To observe the clinical effect of umbilical acupuncture on cervicogenic headache. [Methods] A total of 120 patients from Wulin and Dingqiao Hospitals of Hangzhou Traditional Chinese Medicine Hospital Affiliated to Zhejiang Chinese Medical University from April 20, 2020 to August 31, 2021, who had cervicogenic headache were randomly divided into umbilical acupuncture treatment group and routine acupuncture group. The umbilical acupuncture treatment group was selected from Xun, Li, Kun, Gan and Kan, while the routine acupuncture group was selected from EX-HN5, SJ23 through GB8, GB20, SJ5, GB43, cervical EX-B2(C1~C3). The two groups were treated once every other day, 3 times a week, for a total of 10 times. The headache frequency, headache duration and neck muscle tenderness threshold were compared between the two groups before and after treatment, and the clinical effect of umbilical acupuncture on cervicogenic headache was explored. [Results] After treatments, headache frequency, headache duration and neck muscle tenderness threshold in both groups were relieved compared with those before treatments, and the difference was statistically significant( $P<0.05$ ). Umbilical acupuncture treatment group was better than routine acupuncture group in relieving headache frequency, headache duration and neck muscle tenderness threshold(GB12, GB20), and the difference was statistically significant( $P<0.05$ ). [Conclusion] Compared with routine acupuncture, umbilical acupuncture is more effective in treating cervicogenic headache, and has a significant effect on headache frequency, headache duration and neck muscle tenderness threshold.

**Key words:** cervicogenic headache; umbilical acupuncture; acupuncture therapy; Shenque; tenderness threshold; clinical effects

颈源性头痛(cervicogenic headache, CEH)是由颈椎和(或)颈部软组织的器质性或功能性病变引起的,以慢性、单侧头部疼痛为主要临床表现的一组综

合征,疼痛性质为牵涉痛,神经阻滞为其特异性诊断标准之一,伴有颈椎活动受限,可伴或不伴有恶心、呕吐、头晕、吞咽困难、同侧眼区水肿等自主症状体

基金项目:浙江省中医药科技计划项目(2020ZA081);杭州市医学重点学科建设项目资助(2020SJZDXK05)

Fund projects: Traditional Chinese Medical Science and Technology Project of Zhejiang Province(2020ZA081); Key Medical Discipline Construction of Hangzhou(2020SJZDXK05)

通信作者:包烨华,E-mail: 13336101400@163.com

征<sup>[1]</sup>。目前流行病学调查表明,CEH在头痛人群中的发病率为15%~20%<sup>[2]</sup>,在挥鞭伤后头痛的患者中高达53%<sup>[3]</sup>。有研究表明,CEH患者伴发焦虑、抑郁、功能障碍的概率均明显高于无CEH的健康人群<sup>[4]</sup>,因此CEH已经成为亟待解决的问题。针对CEH,目前多采用药物、手法治疗<sup>[5]</sup>、神经刺激<sup>[6]</sup>、神经阻滞<sup>[7]</sup>、筋膜阻滞<sup>[8]</sup>、射频脉冲<sup>[9]</sup>、温针灸<sup>[10]</sup>、恢刺<sup>[11]</sup>、拨刺<sup>[12]</sup>、激痛点针刺<sup>[13]</sup>等疗法。脐针在临床上对许多疾病,如颈型颈椎病<sup>[14]</sup>、神经根型颈椎病<sup>[15]</sup>、痹证<sup>[16]</sup>、贝尔麻痹<sup>[17]</sup>、失眠<sup>[18]</sup>等均有较好的疗效,具有取穴少、患者接受程度高的特点,能够疏通经络气血、调节阴阳,通过调节先天之气来达到治疗疾病的目的<sup>[19]</sup>。目前运用脐针来治疗CEH

的临床报道较少,本研究尝试通过脐针来治疗CEH,并在临床实践中取得良好的疗效,现报道如下。

## 1 资料和方法

**1.1 一般资料** 以2020年4月20日至2021年8月31日就诊于浙江中医药大学附属杭州市中医院武林及丁桥院区针灸康复科门诊的CEH患者为对象,共收集患者120例。将符合纳入标准的患者随机分成脐针治疗组60例和常规针刺组60例,其中脐针治疗组脱落4例,常规针刺组脱落6例,最后共完成收集病例110例(脐针治疗组56例、常规针刺组54例)。两组患者的性别、年龄、病程方面差异均无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。见表1。

表1 两组患者一般资料比较

组别	性别(例)		年龄(岁)	病程(月)
	男	女		
脐针治疗组	16	40	42.80±13.58	25.57±20.01
常规针刺组	13	41	44.31±11.07	26.41±17.93

**1.1.1 样本量估算** 脐针治疗组与常规针刺组的样本量按1:1随机分组,并按双侧假设检验确定样本量。设检验标准 $\alpha=0.05$ (双侧),检验效能 $\beta=0.10$ ,按照《医学统计学》中两独立样本率比较时所需样本含量的计算公式, $n=(Z_{\alpha}+Z_{\beta})^2 2p(1-p)/(p_1-p_2)^2$ ( $n_1$ 和 $n_2$ 分别为两组所需样本量, $p_1$ 和 $p_2$ 分别为两总体率的估计值, $Z_{\alpha}$ 和 $Z_{\beta}$ 分别为 $\alpha$ 和 $\beta$ 相应的正态分位数)估算样本含量。本研究用双侧检验法,故 $Z_{\alpha}/2=1.96$ , $Z_{\beta}=1.282$ 。查阅文献后,初估试验组有效率为91%,对照组为65%,再考虑研究过程中15%的病例脱落,扩大样本数,可知每组需要样本量为60例,两组共需要患者120例。

**1.1.2 随机方法** 本研究采用完全随机对照研究方法,将符合标准的120例患者按照随机数字表法随机分为脐针治疗组和常规针刺组。在临床试验过程中实行三分离原则,对操作者、疗效评价者、统计分析工作者进行了分离,以尽量避免可能的偏倚。

**1.1.3 伦理原则** 本研究严格遵照赫尔辛基宣言及《涉及人的生物医学研究伦理审查办法》<sup>[20]</sup>,获得浙江中医药大学附属杭州市中医院伦理委员会批准(伦理委员会编号:2020LH001,批件号:2020KY048)。

**1.2 诊断标准** 根据2013年发布的国际头痛分类第3版(The International Classification of Headache Disorders 3rd Edition, ICHD-3)修订的CEH诊断标

准<sup>[21]</sup>:(1)任何头痛,符合标准(3)所述的症状中至少两项。(2)临床、实验室和(或)影像学证明颈椎或颈部软组织的疾病或病变能引起头痛。(3)以下症状最少出现两项:①头痛的出现及发展与颈椎疾病有关;②缓解颈椎的病变能显著改善头痛;③颈部活动程度受限越严重,头痛越严重;④当改善颈椎的结构和神经供应后,头痛缓解。(4)不能诊断为ICHD-3诊断标准中的其他头痛类型。

**1.3 纳入标准** (1)符合上述CEH的诊断标准;(2)年龄18~70岁,性别、职业不限;(3)病程3个月以上;(4)进入本临床试验前2周内未使用止痛药、麻醉药等药物治疗头痛;(5)签署知情同意书。

**1.4 排除标准** (1)合并严重的基础疾病,或危及生命者;(2)特殊人群,如妊娠期、哺乳期女性,针刺部位有感染不合适针刺的患者等;(3)正在服用特定药物的人群,如正在服用抗抑郁或抗精神分裂药物者,或应用非甾体消炎药、肌肉松弛药、激素等药物者;(4)脐部因各种原因无法针刺者(如脐疝);(5)拒绝签署知情同意书者。凡符合以上任何一项条件者,均予以排除。

**1.5 剔除标准** (1)凡不符合纳入标准而被纳入者;(2)未按指定方案治疗,擅自服用止痛药物者。

**1.6 脱落标准** (1)本人不愿意继续观察治疗者;

(2)试验中发生不良反应(如严重的晕针不适)而不宜继续进行试验者。

## 1.7 治疗方法

**1.7.1 脐针治疗组** 针刺选穴:脐针穴位选取巽、离、坤、乾、坎位。见图1<sup>[6]</sup>。患者仰躺于治疗床上,露出脐部,常规消毒,选用规格为0.25 mm×25 mm的佳辰牌针灸针,按照巽、离、坤、乾、坎的进针顺序,对着脐部腹壁上相应方位范围内平刺进针15~20 mm,不行任何补泻手法,留针30 min,隔日1次,每周3次,共治疗10次。在留针过程中,可嘱患者自行活动头颈部,在颈部的最大活动范围之内行旋转、屈伸运动。在运动至最大活动度的情况下,医者可同时施加一定阻力,与患者进行对抗运动,也可以帮患者按揉局部紧张、疼痛的肌肉。

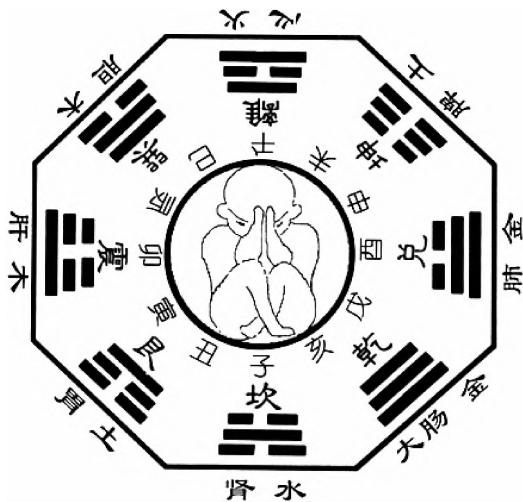


图1 脐针理论图

**1.7.2 常规针刺组** 针刺选穴:依据9版《针灸治疗学》<sup>[22]</sup>中头痛病穴位进行选择,具体包括:太阳、丝竹空透率谷、风池、外关、侠溪、颈夹脊(C1~C3)。患者取坐靠位,治疗穴位常规消毒,选用规格为0.25 mm×40 mm的佳辰牌针灸针,患病侧直刺,刺入深度为15~20 mm;透刺穴位沿皮平刺进针,进针35 mm,得气后,行平补平泻法,留针30 min。隔日1次,每周3次,共治疗10次。

## 1.8 观察指标

**1.8.1 头痛频率** 记录患者一周内头痛发作的次数(次/周)。

**1.8.2 头痛持续时间** 记录患者一周内平均头痛持续时间(h)。

**1.8.3 颈部固定位置压痛阈** 采用天津明通世纪科

技责任有限公司生产的M-note压痛测试仪进行测量。测量时选取患者病变侧的完骨穴、风池穴、肩井穴,以压力测试探头按压在相应肌肉上,并逐渐施加一定的压力,当患者感到受压部位疼痛时,按下开关,此时数字压力测试表所显示的数值即为该部位的压痛阈<sup>[23]</sup>。压痛阈越小,说明患者疼痛越严重。

**1.9 统计学分析** 采用SPSS 25.0统计软件进行统计学分析。符合正态分布的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,两组间比较用两独立样本 $t$ 检验,组内治疗前后比较采用配对样本 $t$ 检验。计数资料组间比较采用 $\chi^2$ 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组患者治疗前后头痛频率及头痛持续时间比较** 治疗前两组患者头痛频率差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。与治疗前比较,治疗后两组患者头痛频率均明显降低,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ),且脐针治疗组明显低于常规针刺组,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。治疗前,两组患者头痛持续时间差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。与治疗前比较,治疗后两组患者头痛持续时间均明显降低,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ),且脐针治疗组明显短于常规针刺组,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表2。

**2.2 两组患者治疗前后颈部固定位置压痛阈比较** 治疗前两组患者颈部固定位置压痛阈差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。与治疗前比较,治疗后两组患者完骨、风池穴、肩井穴压痛阈均明显升高,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ),且完骨、风池穴脐针治疗组明显高于常规针刺组,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表3。

## 3 讨论

中医学中尚未发现CEH病名的记载,依据其临床特点,此病可归为中医“头项强”“头项痛”“头痛”“头风”“脑风”“偏头风”等范畴。CEH多以人体脏腑机能减退,肝脾肾之气亏虚,精血不足为内因,气血不足,髓海失养,不荣则痛;或感受风、寒、湿邪等外邪,外感邪气侵犯经络、阻滞气血,不通则痛。

在脐针治疗CEH患者时,本研究选取的穴位是巽、离、坤、乾、坎,并且按照该顺序进针。在洛书全息中,离、巽、坤三个方位正好对应着人体的颈椎及椎旁两侧,而CEH的疼痛区域正是颈1~3神经的分支在头



表2 两组患者治疗前后头痛频率及头痛持续时间比较

( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	时点	头痛频率(次/周)	头痛持续时间(h)
脐针治疗组	56	治疗前	5.00±2.07	9.52±4.00
		治疗后	2.16±1.23*▲	4.09±1.91*▲
常规针刺组	54	治疗前	5.48±1.75	10.26±4.38
		治疗后	3.07±1.51*	5.39±2.42*

注:与同组治疗前比较,\* $P < 0.05$ ;与常规针刺组治疗后比较,▲ $P < 0.05$ 。

表3 两组患者治疗前后颈部固定位置压痛阈比较

( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	时点	完骨穴	风池穴	肩井穴
脐针治疗组	56	治疗前	1.58±0.41	1.53±0.38	2.45±0.65
		治疗后	3.56±0.30*▲	2.90±0.37*▲	3.18±0.30*
常规针刺组	54	治疗前	1.63±0.44	1.48±0.28	2.40±0.50
		治疗后	3.10±0.40*	2.70±0.34*	3.16±0.45*

注:与同组治疗前比较,\* $P < 0.05$ ;与常规针刺组治疗后比较,▲ $P < 0.05$ 。

颈部支配的区域,两者位置恰好相对应。针刺时针尖朝着疼痛区域,这就是脐针针刺中的“打枪”手法,也就是根据人体病变的部位,在肚脐上选择相应方位的点,针尖朝着病变部位方向进针,针至病所,从而达到治疗疾病的目的。

在脐内八卦全息中,巽、离、坤的顺序正好对应了健脾三针,取木生火,火生土之意。“脾胃为后天之本”,脾主肌肉,治疗肌肉的疾病可从脾入手。CEH患者多数存在颈部肌肉紧张,尤其是以枕下肌群多见。研究表明,枕下肌群越紧张,发生CEH的可能性越大<sup>[24]</sup>。肌肉有病,从脾论治,建中州而灌四旁,生津液而润肌肉,故健脾三针能发挥较好疗效。取巽位时,选择巳时作为进针点,根据子午流注的观点,巳时正好是营气流注于脾经的时刻;取坤位时,选取未时作为进针点,未时正好是营气流注于小肠经的时刻,循行部位正好对应头痛的部位,取“经脉所过,主治所及”之意。巳、午、未三个时辰相配,组成朱雀三针。研究证实,CEH多是由受凉、受寒所诱发<sup>[25]</sup>,而朱雀三针通过巳、午、未的配伍,具有加强火气的作用<sup>[19][16]</sup>,对证施治,达到通阳散寒、头痛自除的效果。乾位,在脐外八卦全息中,乾为首,与人的头部相对应,可以通过针刺乾位,来治疗头部的病变。乾位又能够主治硬化性疾病,CEH患者可见颈部肌肉僵硬,通过针刺乾位,可使僵硬的肌肉得到放松。坤、乾两位相配,取坤土生乾金之意,正好对应《易经》六十四卦中的地天泰卦。泰卦,乾下坤上,《易经》云:

“泰,小往大来,吉,亨。”<sup>[26]</sup>地卦在上,天卦在下,天地之气互相交融,上下相通,阴阳相交,调畅气机,通泰全身<sup>[27]</sup>。在脐内八卦全息中,坎位为肾,肾主骨生髓。CEH好发年龄为30~50岁,人至中年,天癸渐衰,肝肾渐亏,精血亏虚,故发为头痛。CEH患者多有反复发作的病史,头痛遇劳即发,久病入肾,故取坎位,补益肾气。该针方又通过坤、乾、坎三个方位的组合,组成“补肾三针”,取土生金、金生水之意,加强补肾的作用。

临证时,可在留针过程中辅以针对局部肌肉的运动疗法,加强止痛的效果,这就是脐针优于常规针刺的地方。针刺配合运动疗法,正体现了再灌注运动的思想。再灌注的概念是符仲华教授依据临床实践总结所得,是指受损的局部组织经过主动或者被动的运动,使得组织周围的血液再次进入受损缺血组织,改善局部循环,使得局部气血通畅,达到止痛的效果<sup>[28]</sup>。CEH患者留针的时候,配合主动活动颈部,缺血缺氧的肌肉组织会获得血流再灌注,使局部气血通畅,从而达到缓解头痛的目的。

从CEH频率及持续时间来看,两种治疗方法均可降低CEH患者疼痛频率及持续时间,而脐针治疗组较常规针刺组疗效更佳。CEH发作的诱因常常与长期保持异常姿势相关,由于颈部长期处于异常位置,引起相关责任肌肉持续性痉挛,代谢产物无法及时排出,而在局部堆积。脐针通过全息疗法,配合局部运动,起到放松病变肌肉的作用,减轻局部肌肉的疼痛;常

规针刺则是通过直接刺激局部肌肉,加快代谢产物的排出,所以两种疗法均可缩短头痛持续时间,减少头痛发作的频率。而脐针还能够通过针刺方位的配伍,配合运动手法,通过椎体之间的屈伸旋转运动以及肌肉、韧带的拉伸,尽可能地纠正小关节的紊乱,改善狭窄椎间孔和椎间隙,恢复颈椎生理曲度,从而有效解除颈部神经与椎动脉的痉挛、扭曲与压迫,改善局部血液循环,使致痛物质及代谢产物顺利排泄<sup>[29]</sup>,故疗效优于常规针刺组。

从压痛阈来看,治疗后两组患者各处压痛阈均优于治疗前,说明脐针与常规针刺均可提高CEH患者颈部的压痛阈。组间比较,脐针治疗组患者完骨、风池穴处压痛阈均优于常规针刺组,说明脐针对提升CEH患者风池、完骨处压痛阈的效果较常规针刺好;而两组患者肩井穴压痛阈比较无统计学意义,说明脐针与常规针刺相比在缓解肩井穴压痛阈时疗效相仿。风池穴位于胸锁乳突肌与斜方肌上端之间的凹陷中,深层为头夹肌,且风池的位置处于枕下肌群的激痛点上;完骨穴位于乳突后下方,与胸锁乳突肌关系密切;肩井穴位于斜方肌上,其位置正好与斜方肌的激痛点之一相重叠。通过针刺方法使得局部代谢产物排出,气血畅通,激痛点逐渐失活,疼痛得以改善,局部的压痛阈逐渐上升,故两组患者风池穴、完骨穴的压痛阈逐渐上升。脐针针方具有健脾的作用,益气健脾,加快局部损伤肌肉的恢复速度,所以在缓解压痛阈方面疗效优于普通针刺。斜方肌是评价头痛患者颈项部肌肉压痛阈的常用部位,本研究两组患者治疗前后肩井穴处压痛阈差异无统计学意义,这与Castien等<sup>[30]</sup>的Meta分析结果相似,该研究显示CEH患者斜方肌处的压痛阈与正常人的数值相接近,其中原由后续将进一步研究。

综上所述,脐针治疗CEH安全有效,可以降低患者的头痛发作频率、头痛持续时间,提高颈部肌肉的压痛阈,改善患者生活质量。脐针治疗CEH患者,按照巽、离、坤、乾、坎的顺序,朝着病变部位进针,同时对着病变经脉针刺,针向病所,可缓解头痛。穴位的配伍,包含了健脾三针、朱雀三针、补肾三针的用意,共同发挥疗效,达到培土生金、金水相生、健脾益气、补肾生髓、通泰全身气机的效果,使局部肌肉得“荣”,血脉得“通”,可从本源上缓解头痛症状。留针的同时还可配合局部肌肉的阻抗运动,使缺血缺氧的肌肉重新

获得气血的灌注,加快肌肉恢复速度,共奏健脾补肝肾治本,调气机、通经络止痛治标之效。本研究结果为相关的临床运用提供了参考,但仍然存在一些不足之处,如样本量较小、非多中心临床研究等,有待进一步扩大样本量,进行深入验证。

#### 参考文献:

- [1] SJAASTAD O, FREDRIKSEN T A, PFAFFENRATH V. Cervicogenic headache: diagnostic criteria[J]. *Headache*, 1990, 30(11):725-726.
- [2] PHIL P. Cervicogenic headaches: an evidence-led approach to clinical management [J]. *Int J Sports Phys Ther*, 2011, 6(3):254-266.
- [3] BOGDUK N, GOVIND J. Cervicogenic headache: an assessment of the evidence on clinical diagnosis, invasive tests, and treatment[J]. *Lancet Neurol*, 2009, 8(10):959-968.
- [4] 唐旭.颈源性头痛患者伴发焦虑、抑郁及功能残疾的临床研究[D].乌鲁木齐:新疆医科大学,2018:19.
- [5] SATPUTE K, BEDEKAR N, HALL T. Headache symptom modification: the relevance of appropriate manual therapy assessment and management of a patient with features of migraine and cervicogenic headache—a case report[J]. *J Man Manip Ther*, 2020, 28(3):181-188.
- [6] MARZIEH E, ELIZABETH L, F MARIE-PIERRE, et al. Neurostimulation for refractory cervicogenic headache: a three-year retrospective study [J]. *Neuromodulation*, 2018, 21(3):302-309.
- [7] WU B S, YUE L, SUN F L, et al. The feasibility and efficacy of ultrasound-guided c2 nerve root coblation for cervicogenic headache[J]. *Pain Med*, 2019, 20 (6):1219 - 1226.
- [8] ARICI T. Ultrasound-guided interfascial blocks of the trapezius muscle for cervicogenic headache: a report of two cases[J]. *Agri*, 2021, 33(4):278-281.
- [9] LI S J, FENG D. Pulsed radiofrequency of the C2 dorsal root ganglion and epidural steroid injections for cervicogenic headache[J]. *Neurol Sci*, 2019, 40(6):1173-1181.
- [10] 张兆言,徐灿灿,官宏,等.温针灸治疗颈源性头痛的系统评价[J].*时珍国医国药*, 2020, 31(7):1789-1792.
- [11] 占茂林,蔡荣林,郭耀斌,等.恢刺法结合改良颈椎扳法治疗寰枢关节错位所致颈源性头痛的临床疗效观察[J].*中华中医药杂志*, 2021, 36(8):5092-5096.
- [12] 陈萌,石记凯,陈玉兰,等.拨针治疗颈源性头痛思路探析[J].*针灸临床杂志*, 2020, 36(9):74-77.
- [13] 倪芝琳,金军,陈立平,等.激痛点针刺疗法与外周神经阻滞治疗颈源性头痛疗效对比[J].*国际麻醉学与复苏杂志*, 2021, 42(7):679-683.
- [14] 黄银英.脐针治疗气滞血瘀型颈型颈椎病的临床疗效观察[D].广州:广州中医药大学,2019:1.
- [15] 丁玲,黄肖群,杨佳.脐针结合电针治疗神经根型颈椎病30例临床观察[J].*湖南中医杂志*, 2021, 37(1):68-70.

(下转第1291页)

就医,遵从医嘱,养成良好的生活习惯<sup>[1]</sup>。现今,人们所面临的疾病越来越多,更应重视“治未病”思想对疾病防治的指导意义。

#### 参考文献:

- [1] 张介宾.景岳全书[M].北京:人民卫生出版社,2007:35.  
 [2] 丁晶,汪伟,沈津湛.徐灵胎“元气论”学术思想初探[J].浙江中医药大学学报,2013,37(11):1291-1293.  
 [3] 徐大椿.医学源流论[M].万芳,整理.北京:人民卫生出版社,2007.  
 [4] 巢元方.诸病源候论[M].宋白杨,点校.北京:中国医药科技出版社,2011:249-250.  
 [5] 张印生,韩学杰.孙思邈医学全书[M].北京:中国中医药出

版社,2009:471-473.

- [6] 张含,刘云霞.浅析“善治者治皮毛”[J].中医学报,2021,36(5):979-982.  
 [7] 吴璠.温病条辨[M].北京:人民卫生出版社,2005:72.  
 [8] 班固.汉书:艺文志[M].北京:中华书局,2012:1566-1569.  
 [9] 张文平,秦玉龙.徐大椿慎用温补思想浅析[J].江西中医药大学学报,2013,25(3):3-6.  
 [10] 苏江.《医学源流论》中的医患之道[J].北京中医药,2017,36(2):107-109.  
 [11] 张潞潞,王琦,马明越,等.徐灵胎《医学源流论》体质思想探微[J].浙江中医药大学学报,2019,43(4):324-327.

(收稿日期:2022-02-14)

(上接第1287页)

- [16] 罗翠文,梁咏竹,徐福平,等.易医脐针治疗痹症的思路浅析[J].中国针灸,2019,39(7):757-760.  
 [17] 沈梦霞,吴江霞,商雯芳,等.宣丽华教授脐针治疗贝尔麻痹经验[J].浙江中医药大学学报,2021,45(6):663-666.  
 [18] 龚晓炜,包烨华.浅析脐针右降四针[J].浙江中医药大学学报,2020,44(1):99-101.  
 [19] 齐永.脐针入门[M].北京:人民卫生出版社,2015.  
 [20] 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会.涉及人的生物医学研究伦理审查办法[EB/OL]. (2016-10-21)[2021-12-20].<http://www.moh.gov.cn/fzs/s3576/201610/84b33b81d8e747eaaf048f68b174f829.shtml>.  
 [21] Headache Classification Committee of the International Headache Society IHS. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition(beta version)[J]. Cephalalgia, 2013,33(9):629-808.  
 [22] 高树中,杨骏.针灸治疗学[M].9版.北京:中国中医药出版社,2015:25-26.  
 [23] 陈祚,李超,郭铁成,等.健康人压痛阈特点的初步研究[J].

中国康复医学杂志,2010,25(9):858-863.

- [24] 邢海昌,张万里.基于DTI对枕下三角肌群与颈源性头痛的相关性研究[J].医学影像学杂志,2018,28(8):1250-1253.  
 [25] 秦海燕.针刺曹锡珍“外科基础穴位”治疗颈源性头痛的临床研究[D].成都:成都中医药大学,2020:29.  
 [26] 佚名.易经[M].周鹏鹏,译.北京:北京联合出版公司,2018:39.  
 [27] 李洪渊.圆运动的古中医学[M].北京:中国医药科技出版社,2007:897.  
 [28] 符仲华.再灌注和再灌注活动——关于外治法中边治疗边活动的方法[J].中国针灸,2015,35(1):68-71.  
 [29] 周海旺,万子超,操良松,等.阳性点电针配合自主运动治疗颈源性头痛63例[J].中国针灸,2011,31(12):1085-1086.  
 [30] CASTIEN R F, VAN DER WOUDE J C, DE HERTOGH W. Pressure pain thresholds over the cranio-cervical region in headache: a systematic review and Meta-analysis[J]. J Headache Pain,2018,19(1):9.

(收稿日期:2021-12-28)