

局部刃针闭合松解配合针刺远部腧穴 治疗颈源性头痛临床观察*

雷龙鸣¹, 荣亮均², 苏赐明^{1**}, 潘波洋²

(1. 广西中医药大学第一附属医院推拿科 南宁市 530023; 2. 广西中医药大学硕士生 南宁市 530001)

摘要:目的 观察局部刃针闭合松解配合针刺远部腧穴治疗颈源性头痛的临床疗效。方法 100例颈源性头痛病人随机分为观察组与对照组,每组50例。对照组给予药物治疗:美洛昔康片7.5 mg,口服;盐酸氟桂利嗪胶囊10 mg,睡前口服。观察组采用局部刃针闭合松解配合针刺远部腧穴治疗。观察并比较治疗前及治疗2周后两组的头痛程度视觉模拟评分(VAS评分)、反应颈椎活动功能的颈椎活动度(ROM评分)及临床疗效。结果 ①观察组治疗前后VAS评分分别为(7.33±1.97)、(1.87±0.70),对照组分别为(7.15±2.06)、(3.29±1.14),两组治疗前与治疗后VAS评分比较,差异有显著性($P < 0.05$);治疗后两组间比较,差异亦有显著性($P < 0.05$)。②观察组治疗前后ROM评分分别为(2.90±0.36)、(1.23±0.48),对照组分别为(2.87±0.51)、(1.43±0.63),两组治疗前与治疗后ROM评分比较,差异均有显著性($P < 0.05$);治疗后两组间比较,差异亦有显著性($P < 0.05$)。③临床疗效结果 观察组50例中,痊愈26例,显效17例,有效5例,无效2例;对照组50例中,痊愈20例,显效12例,有效13例,无效5例,两组比较,观察组疗效优于对照组($P < 0.05$)。结论 局部刃针闭合松解配合针刺远部腧穴治疗颈源性头痛疗效理想,值得临床推广应用。

关键词:颈源性头痛 刃针 传统针刺疗法 视觉模拟评分法

doi: 10.11842/wst.20190408003 中图分类号: R246 文献标识码: A

颈源性头痛,是指因颈椎退变和/或局部软组织无菌性炎症,造成颈部神经与血管受到物理压迫和/或化学刺激而引起的头痛^[1]。此病患者多数在门诊就诊时,被诊断为“偏头痛”“神经血管性头痛”及“抑郁症”等疾病而被误诊误治^[2]。自2014年8月以来,笔者所在单位针灸科采用局部刃针闭合松解配合针刺远部腧穴治疗颈源性头痛50例,取得了满意的临床疗效。具体内容如下。

1 资料与方法

收稿日期:2019-04-08

修回日期:2019-10-10

国家中医药管理局公共卫生专项资金项目民族医药文献整理及适宜技术筛选推广项目(2010MZJSGX16):基于经筋理论的壮医理筋消灶术治疗偏头痛,负责人:雷龙鸣;广西壮族自治区中医药管理局中医药科技专项课题(GZMZ1207):壮医手法理筋结合针刺消灶治疗偏头痛的临床规范化研究,负责人:雷龙鸣;广西中医药大学自然科学研究项目(2016MS010):壮医经筋手法治疗颈源性头痛临床研究,负责人:雷龙鸣。

** 通讯作者:苏赐明,教授,主任医师,主要研究方向:软组织损伤相关研究。

1.1 一般资料

100例颈源性头痛病人均为2014年8月至2015年12月期间在笔者所在单位针灸科门诊就诊的门诊患者,按就诊顺序将之随机分为观察组(针刺配合刃针组)和对照组(单纯刃针组),每组50例。观察组50例中:男20例,女30例;年龄23-65岁,平均(43.61±12.54)岁;病程62天至15个月10天,平均(226.63±74.85)天;视觉模拟评分法(VAS评分法)头痛程度评分为(7.33±1.97)分;颈椎活动度(ROM评分)为(2.90±0.36)。对照组50例中:男22例,女28例;年龄

20-65岁,平均(40.81 ± 15.50)岁;病程70天至14个月5天,平均(240.61 ± 83.52)天;头痛程度评分为(7.15 ± 2.06)分;颈椎活动度为(2.87 ± 0.51)。两组患者的一般病例资料比较,经统计学分析,差异均无显著性($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

依据《颈源性头痛国际研究组诊断标准》^[3],拟定本临床观察所参照的诊断标准:①头痛或偏侧头痛,头痛症状随头颈部体位改变而加重;②伴颈痛和/或颈活动受限。

1.3 纳入标准

临床观察所参照的纳入标准:①符合上述的颈源性头痛诊断标准者;②年龄在18-65岁之间,性别不限;③初中以上文化程度(含初中);④知情同意并能按疗程接受治疗者。

1.4 排除标准

临床观察所参照的排除标准:①因颅内或颅骨病变,以及五官科病症等所引起的非颈椎源性头痛者;②合并有出血倾向疾病,如血友病等患者;③合并有严重的心、肝、肾等原发疾病者;④合并有结核、肿瘤及精神病等针灸疗法禁忌症者;⑤对针灸疗法过敏的过敏体质者。

1.5 治疗方法

1.5.1 观察组

采用刃针局部闭合松解加远部取穴传统针刺。

(1)刃针局部闭合松解:①针具:0.5 mm × 40 mm的一次性刃针。②体位:患者取骑马式坐位,倒骑坐于带有靠背的木凳上,头颈前屈,前额放在双手叠置于木凳靠背的手背。③部位:枕颈部的阿是穴。阿是穴的取法:用拇指在乳突、枕骨、枕骨结节的下缘,以及颈2-颈3横突尖部等部位按顺序进行仔细的按压寻找,有明显压痛处即为操作部位。④操作:先对皮肤进行常规消毒,快速进针后缓慢进针,当针体刺入皮下病灶软组织时(此时多有“夹针”感)采用纵切横摆针法2次,然后出针,消毒干棉球压迫针孔止血,术毕。操作时进针深度根据病位深浅及病人胖瘦与局部肌肉丰瘠情况而定,一般为2-5 mm。⑤疗程:每2-3天治疗1次,每周治疗3次,共治疗2周。

(2)远部取穴传统针刺:①取穴:列缺、足三里、太溪、太冲、足临泣,均为双侧取穴。②针刺方法:病人取仰卧位。依据各穴位常规针刺深度选取不同长度

的一次性毫针。皮肤常规消毒后刺入相应穴位。列缺采用平刺,平补平泻针法;太冲及足临泣直刺,针用泻法;足三里与太溪亦用直刺,针用补法。留针30分钟,中途行针3次。③疗程:每天治疗1次,共治疗2周。

1.5.2 对照组

采用药物治疗:美洛昔康片(7.5 mg/片,上海勃林格殷格翰药业有限公司,国药准字H20020217)7.5 mg,口服;盐酸氟桂利嗪胶囊(5 mg/粒,西安杨森制药有限公司,国药准字H10930003)10 mg,睡前口服。共治疗2周。

1.6 观察指标及方法

1.6.1 头痛程度

采用常用于疼痛评估的视觉模拟评分法(visual analogue scale, VAS)。在一张白纸上画出一条长为10 cm的线段,左右两端分别标注数字“0”与“10”,分别记为“0”分与“10”分。“0”分表示无任何头痛不适症状,“10”分表示无法忍受的极度剧烈头痛,从左至右分数递增,以表示头痛程度的不断增加。向病人讲述上述评估方法,并使之完全理解后,让病人自己用笔在线段上划出记号“工”字,以表示病人在最近24小时内头痛最明显时的头痛程度。然后医生用带刻度的直尺量出数字“0”到记号“工”字处之间的距离值即为病人的头痛程度得分。两组均于治疗前及疗程结束后各评估1次。

1.6.2 颈椎活动功能

采用颈椎活动度(ROM)评分^[4]来评价颈椎的活动功能。1分:日常生活无影响,活动自如;2分:有一定影响,活动程度受限;3分:影响很大,活动时僵硬;4分:基本不能活动。

1.6.3 临床疗效

疗效标准参照《中医病证诊断疗效标准》中有关标准^[5]拟定。痊愈:头痛消失,伴随症状及体征消失;显效:头痛基本消失或减轻,伴随症状或体征基本消失;有效:头痛发作时间缩短或周期延长,伴随症状或体征缓解;无效:头痛及伴随症状、体征无变化。

1.7 统计学方法

采用SPSS 13.0统计软件进行统计学处理,以 $P < 0.05$ 为差异有显著性。

2 结果

2.1 两组患者头痛程度VAS评分结果及比较

两组头痛程度VAS评分结果见表1。从表1可以看出,两种治疗方法均可以降低头痛患者的VAS评分,但与对照组相比较,观察组所采用的方法降低更为显著($P < 0.05$)。

2.2 两组患者颈椎活动功能评分结果及比较

两组患者颈椎活动度(ROM)评分结果见表2。从表2可以看出,两种治疗方法均能够降低颈椎活动度评分,即改善颈椎的活动功能,但与对照组相比较,观察组所采用的方法降低更为显著($P < 0.05$)。

2.3 两组患者临床疗效及比较

治疗2周后两组临床疗效结果见表3。两组疗效比较,采用u检验,差异有显著性($P < 0.05$),观察组优于对照组。

3 讨论

1983年国外学者首次提出了颈源性头痛这一病名,1990年国际头痛协会又对它进行了分类,此后颈源性头痛这一疾病迅速被世界各国广大医疗工作者所重视。颈源性头痛的主要临床表现为一侧头痛并合并有颈、肩背部疼痛,可有颈活动受限,这些症状容易反复发作,尤其是在日常生活与工作当中,伏案低头时会出现头痛症状明显加重,头痛持续的时间也会延长^[6]。关于颈源性头痛发病的病理机制,目前多数学者认为,其发病与颈枕部的肌肉、筋膜、肌腱、韧带和神经血管等软组织受到应力损伤与炎性刺激等因素密切相关^[7]。对于颈源性头痛的治疗,西医多采用口服非甾体抗炎药、扩张血管剂及肌松剂等药物,虽然有一定疗效,但是存在着嗜睡、头晕、胃肠道反应等诸多药物不良反应等缺陷^[8]。而中医传统针灸疗法不仅可以避免西药的这些不良反应,且疗效可靠。譬如,王新春的临床研究表明,针刺颈部阿是穴辅助低频电针治疗颈源性头痛,其临床疗效明显优于美洛昔康联合氟桂利嗪的药物治^[9]。张凯等人的研究亦表明,在快速缓解疼痛方面,针刺疗法优于药物治疗^[10]。针灸治疗本病多采用针刺局部俞穴,如阿是穴、颈夹脊穴、风池及完谷等穴位,这些穴位是临床医生的主要用穴^[11]。

传统中医针刺疗法在颈源性头痛的治疗上无毒副作用,经济负担相对较轻,故在临床上应用较多,主要是依据辨证取穴结合局部阳性反应点取穴,但尚有

表1 两组患者治疗前后头痛程度的VAS评分结果及其比较($n, \bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
观察组	50	7.33 ± 1.97	1.87 ± 0.70▲●
对照组	50	7.15 ± 2.06	3.29 ± 1.14▲

注:与治疗前比较,▲ $P < 0.05$;与对照组比较,● $P < 0.05$ 。

表2 两组患者治疗前后颈椎活动度的ROM评分结果及其比较($n, \bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
观察组	50	2.90 ± 0.36	1.23 ± 0.48▲●
对照组	50	2.87 ± 0.51	1.43 ± 0.63▲

注:与治疗前比较,▲ $P < 0.05$;与对照组比较,● $P < 0.05$ 。

表3 两组患者治疗后临床疗效比较(例)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效
观察组	50	26	17	5	2
对照组	50	20	12	13	5

一些局限性,如疗效一般,远期疗效不确切^[12]。究其原因,可以认为颈源性头痛非功能性病变,它存在着软组织张力增高、组织挛缩与粘连、力学平衡遭到破坏等结构性病理改变,因此常规的普通针刺疗法尤其是远期疗效难以令人满意。据此,喻长莉等人在采用传统中医针刺疗法治疗颈源性头痛时,在颈部的阳性反应点上给予了较常规普通针刺刺激强度更大、针感更强、针刺范围更广与针刺方向更多的合谷刺法^[13]。随着人类医学对软组织病症认识的深入,尤其是局部解剖学知识的引入,研究发现,许多软组织损伤性病症与神经和血管受到周围卡压有关,于是在继续古代九针的基础上出现了小针刀疗法、刃针疗法及小宽针疗法等方法,这些方法所使用的针具均较普通针灸针粗,带有微小的刀刃,因此既能进行微创松解,又能保证医疗安全。针刀、刃针疗法及小宽针疗法等方法在治疗颈源性头痛时,可以较为彻底地解除局部软组织对枕大神经、枕小神经、耳大神经的卡压与压迫刺激,能从根本上治疗颈源性头痛^[14]。有临床对比研究表明,针刀与刃针等微创术较常规普通针刺疗效更为显著^[15]。刃针疗法与针刀疗法十分接近,均源于中国古代九针疗法,而刃针疗法是由田纪钧教授将针刀与普通针刺融合而形成的一种治疗方法。针刀或刃针松解较常规毫针针刺疗法治疗的针对性更强,治疗更为彻底。刘福水等人^[16]采用系统评价的研究方法,通过对文献报道研究,结果显示,在治疗颈源性头痛时,针

刀疗法以及与之接近的刃针疗法治疗本病的近期与远期有效率、治愈率及其VAS评分改善情况均优于非针刀疗法,结果提示临床医生在颈源性头痛治疗方法的选择上应该优先选择针刀疗法及与之接近的刃针疗法。

本临床研究中的对照组采用目前多数疼痛科临床医生所运用的药物治疗方案盐酸氟桂利嗪。从观察结果来看,对照组50例中,愈显率达64%,总有效率达90%,且治疗后头痛VAS评分、颈椎活动度(ROM)评分较治疗前均有降低($P < 0.05$),结果提示常规药物治疗疗效肯定,能改善头痛与颈活动功能障碍症状。但两组治疗后VAS评分与颈椎活动度(ROM)评分比较,观察组均低于对照组($P < 0.05$);两组疗效比较,差异亦有显著性($P < 0.05$),观察组优于对照组。上述结果提示,局部刃针闭合松解配合针刺远部腧穴治疗颈源性头痛临床疗效较常规药物治疗更为理想。刃针闭合松解术既有与肌纤维平行的纵向分离术,又有与肌纤维垂直的横向切断术,因此,它对病变的软组织具有松解粘连、剥离瘢痕和解除挛缩的微创治疗作用,这些微创术能有效解除病变组织对神经和血管的卡压与堵塞,从而起到治疗作用。此外,刃针还能通过消除异常应力来有效地改善病变局部组织牵拉应力、挤压应力、内应力及张力,维护病变局部组织的力学平衡^[17]。当然,针刀及刃针除了闭合松解的微创作用,仍然具有常规针刺的治疗作用,如改善局部血液循环,促进炎症致痛物质的消散与吸收,激发中枢神经系统产生镇痛物质等^[15]。刃针松解术不仅可以通过切割松解枕颈部的软组织来解除过大的牵拉与挤压应力,恢复颈椎的正常力学平衡状态,缓解或解除神经与血管所受到的机械性压迫,还可以通过改善局部的微循环来促进局部炎症致痛物质的吸收^[18]。

小针刀及刃针等局部微创治疗的方法日渐增多,而本临床观察既采用刃针局部闭合松解术,同时在此基础上加用了列缺、足三里、太溪、太冲、足临泣等远离头部的穴位行传统针刺疗法。这种远部取穴针刺方法实际上是《内经》九刺中的“远道刺”,是一种选取四肢肘膝关节以下穴位来治疗头面与脏腑病证的针刺方法,正如《灵枢·官针》所记载:“远道刺者,病在上,取之下,刺府输也。”中医学认为,颈源性头痛属于“头痛”及“头风”等范畴。中医学十分重视与强调整体观念,认为人是一个统一的整体,头痛病变与全身

的经络、脏腑密切相关。从本病的头痛部位与疼痛性质来看,其疼痛部位多数位于头枕部,但并不仅仅局限于头枕部,临床上也有不少病人痛在头顶部、颞部等区域,其疼痛性质可表现为牵涉痛、钝痛及酸痛^[2]。从头痛的部位可以看出,本病与足厥阴肝经及足少阳胆经关系尤其密切;从疼痛性质可以看出,本病有实有虚,亦有虚实夹杂者。虚者皆因肾精亏虚或气血亏虚,实者多因气血凝滞或肝阳上扰致经络痹阻所致,亦有感受外邪所致者。外邪所致头痛者,其外邪多为诱因,但仍然离不开气血亏虚、正气不足的内在病因,乃邪气乘虚侵犯头颈部而发病。因此,治疗本病时仍应从中医整体观念出发,循经选取远部腧穴加以针刺来调节人体经络与脏腑的整体平衡。列缺、太冲、足临泣、足三里、太溪等远离头部的穴位中,列缺穴是治疗头项疼痛相关疾病的重要穴位,《四总穴歌》中就有“头项寻列缺”之说,历代医家亦认为,一切头痛病症均可以用列缺穴来治疗,如明代徐凤《针灸大全·灵光赋》中记载:“偏正头疼泻列缺。”明代吴谦在《医宗金鉴·刺灸心法要诀》指出:“列缺主治嗽寒痰,偏正头疼治自痉。”明代李梴《医学入门·经络》载:“列缺……主一切风痙,偏头痛。”说明一切头痛病症均可以用列缺穴治疗。现代医学临床观察表明,针刺列缺穴能够有效地控制或减轻紧张性头痛病人的临床症状,可能与其改善其颅内血流速度有关^[19]。《类经·刺头痛》中有记载:“头脉痛者,痛在皮肉血脉之间也。心悲善泣者,气逆在肝也。”从经络的循行路线来看,足厥阴肝经上头,本临床观察远部取穴中的太冲穴是足厥阴肝经的原穴,针刺泻之善于平抑肝阳、疏肝降逆而治疗头痛。临床观察表明,独取太冲穴行针刺的治疗方法对头痛与偏头痛就能产生满意疗效,远期疗效尤其明显^[20]。足临泣是足少阳胆经上的腧穴,是治疗头痛与偏头痛的要穴之一。足临泣是足少阳胆经腧穴,与太冲穴合并泻之可以疏泄肝胆,达到活血通络、理气止痛的治疗目的。现代医学研究发现^[21],头痛与偏头痛病人疼痛相关网络脑区功能连接度存在减弱现象,而在足少阳胆经上的足临泣穴上行针刺手法,则可以使减弱的功能连接度迅速增强,上述现象极有可能是头痛与偏头痛重要的发病机制及针刺足临泣治疗该病产生疗效的作用机制。现代医学研究还发现^[22],针刺足临泣穴可能对偏头痛疾病状态下的脑区舌回皮层功能产生特异性的调整作用,从而发挥对偏头痛的治疗作

用。阳明经多气多血,足三里为足阳明经合穴,针刺此穴有蓄积经气和调和经气的作用^[23]。足三里穴补之可以益气健脾,以资气血生化之源;太溪为足少阴肾经原穴,为肾经经气汇聚之处,补之可以益肾填精生

髓。足三里与太溪穴行针刺补法为治本之法。因此,观察组所采用的局部刃针闭合松解配合针刺远部腧穴,能标本兼治,从而收到理想的临床疗效。

参考文献

- 池志勇. 针刺合小针刀治疗颈性头痛70例临床观察. 浙江中医杂志, 2015, 50(6): 439.
- 毛希刚, 肖克, 唐伟伟, 等. 神经阻滞联合小针刀治疗颈源性头痛疗效观察. 中国疼痛医学杂志, 2013, 19(8): 469-471.
- Sjaastad O, Fredriksen T A, Pfaffenrath V. Cervicogenic headache: diagnostic criteria. *The Cervicogenic Headache International Study Group. Headache*, 1998, 38(6): 442-445.
- Fredriksen T A, Sjaastad O. Cervicogenic headache (CEH): notes on some burning issues. *Funct Neurol*, 2000, 15(4): 199-203.
- 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准. 南京: 南京大学出版社, 1994: 36-37.
- 刘忠毅. 刃针疗法配合推拿治疗颈源性头痛疗效观察. 实用中西医结合临床, 2018, 18(5): 152-154.
- 董有康, 徐磊, 李桂平, 等. 从“筋”论刺治疗颈源性头痛思路探析. 针灸临床杂志, 2019, 35(1): 75-77.
- 张晓哲, 王李丽, 刘延青. 针刺加火针治疗颈源性头痛临床观察. 中国针灸, 2013, 33(11): 989-992.
- 王新春. 针刺阿是穴辅助低频电针对照药物治疗颈源性头痛临床观察. 中国疼痛医学杂志, 2014, 20(7): 526, 528.
- 张凯, 刘宇, 蒋戈利. 针刺治疗颈源性头痛疗效的系统评价. 中国疼痛医学杂志, 2013, 19(11): 643-647.
- 胡先峰. 针刺丰隆透承山穴为主配合手法牵引治疗颈源性头痛60例. 中医临床研究, 2014, 6(22): 24-25.
- 高珊, 王飞. 颈椎旁神经阻滞联合针刺治疗颈源性头痛临床疗效及其机制. 中国疼痛医学杂志, 2019, 25(6): 426-431.
- 喻长莉, 李建军. 阳性点合谷刺法配合药物治疗颈源性头痛的疗效及对生活质量的影响分析. 四川中医, 2019, 37(5): 193-195.
- 赵利军. 小针刀治疗颈源性头痛临床观察. 光明中医, 2019, 34(5): 755-757.
- 俞梦瑾, 黄新, 郑建文. 针刀与针刺治疗上段颈椎病所致颈源性头痛的对比研究. 实用医学杂志, 2012, 28(8): 1391.
- 刘福水, 游建宇, 金德忠, 等. 针刀治疗颈源性头痛疗效和安全性的系统评价和Meta分析. 中华中医药学刊, 2018, 36(10): 2315-2320.
- 姚旭, 林咸明. 基于颈源性头痛病因“项四穴”进针点解剖位置微调. 针刺研究, 2016, 41(4): 351-355.
- 田纪钧. 刃针疗法(2)——刃针疗法的理论基础及作用机理. 中国针灸, 2005, 25(3): 201-202.
- 郭冬丽, 周哲屹, 卢昌均, 等. 针刺列缺穴治疗紧张性头痛疗效观察. 上海针灸杂志, 2019, 38(1): 68-72.
- 王晓贤. 针刺太冲穴治疗头痛. 中国社区医师, 2003(10): 42-43.
- 刘宏伟, 李匡时, 宁艳哲, 等. 偏头痛患者针刺足临泣对疼痛相关脑功能网络影响的fMRI研究. 中华中医药杂志, 2016, 31(5): 2013-2016.
- 韩笑, 邹忆怀, 李匡时, 等. 针刺足临泣对偏头痛患者大脑皮层局部一致性影响的研究. 现代中医临床, 2017, 24(6): 31-35, 65.
- 刘道龙, 褚雪菲. 电针解溪足三里治疗阳明经头痛36例. 山东中医杂志, 2011, 30(12): 861.

Clinical Observation on Cervicogenic Headache Treated by Acupuncture on the Traditional Distal Acupoints Combined with Blade Needle Closed Loosing on Local Soft Tissue

Lei Longming¹, Rong Liangjun², Su Ciming¹, Pan Boyang²

(1. First Affiliated Hospital of Guangxi University of Traditional Chinese Medicine, Nanning 530023, China;

2. Master student of Guangxi University of TCM, Nanning 530001, China)

Abstract: Objective To observe efficacy of blade needle closed loosing on local soft tissue combined with acupuncture on the traditional distal acupoints for cervicogenic headache. Methods 100 patients with cervicogenic headache were randomly divided into observational group and control group, with 50 cases in each group. Patients in the observational group were treated by blade needle closed loosing on local soft tissue combined with acupuncture on the traditional distal

acupoints. While patients in the control group were given Meloxicam (7.5 mg, qd) and Flunarizine Hydrochloride (10 mg, qd, before bedtime) for 2 consecutive weeks. Visual analogue scale (VAS) scores of headache symptom, Cervical vertebra activity (ROM score) and Clinical comprehensive curative effect were observed and compared before and two weeks after treatment in two groups. Results ① The scores of VAS were (7.33 ± 1.97) and (1.87 ± 0.70) before and after treatment in the observational group separately, those were (7.15 ± 2.06) and (3.29 ± 1.14) in the control group, indicating the significant difference in comparison ($P < 0.05$). The difference in VAS after treatment was significant between the two groups ($P < 0.05$). ② The ROM scores before and after treatment in the observation group were (2.90 ± 0.36) and (1.23 ± 0.48) , and that of the control group were (2.87 ± 0.51) and (1.43 ± 0.63) . There was significant difference between the two groups before and after treatment ($P < 0.05$). There was also a significant difference between the two groups after treatment ($P < 0.05$). ③ Of the 50 cases in the observation group, 26 cases were cured, 17 cases were markedly effective, 5 cases were effective and 2 cases were ineffective. Of the 50 cases in the control group, 20 cases were cured, 12 cases were markedly effective, 13 cases were effective and 5 cases were ineffective. The curative effect of the observation group was better than that of the control group ($P < 0.05$). Conclusion The combined therapy of blade needle closed loosening on local soft tissue and acupuncture on the traditional distal acupoints on cervicogenic headache has ideal curative effect and is worthy of clinical popularization and application.

Keywords: Cervicogenic headache, blade needle, traditional Chinese acupuncture, visual analogue scale

(责任编辑: 闫 群, 责任译审: 钱灵姝)