

ture, 2021, 598(7882): 641-645.

[17] 方圆, 许能贵. 针刺腰痛穴配合运动疗法治疗急性腰扭伤36例临床观察[J]. 湖南中医杂志, 2019, 35(11): 74-76.

[18] 李春明, 苏维铎, 边巍. 针刺外劳宫和列缺穴结合运动疗法治疗高原部队官兵落枕1例[J]. 人民军医, 2021, 64(11):

1084-1085, 1092.

[19] 张阳, 李梦醒, 刘芳, 等. 针刺结合运动疗法临床作用机制研究思考[J]. 中医药临床杂志, 2015, 27(3): 314-317.

(收稿日期 2023-11-29)

温针灸治疗风寒湿型神经根型颈椎病急性发作期的临床观察

应海舟 应海芬 王力 黄芳

(浙江省舟山市中医院, 浙江 舟山 316000)

中图分类号: R681.5*5 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2024)05-0887-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2024.05.034

【摘要】 目的 观察温针灸治疗风寒湿型神经根型颈椎病(CSR)急性发作期的临床效果。方法 回顾性分析2021年9月至2023年9月于我院就诊的风寒湿型CSR病例88例, 参考随机数字表法分入观察组与对照组各44例。对照组依据CSR治疗共识行常规药物方案; 观察组常规用药方案同对照组, 另予温针灸。治疗14 d后, 比较两组CSR相关症状体征颈椎病临床评价量表(CASCS)评分、颈椎活动度、治疗效果以及血清肿瘤坏死因子- α (TNF- α)和白细胞介素-1 β (IL-1 β)水平。结果 治疗7、14 d后, 两组CASCS评分显著增加, 且观察组增加更显著($P < 0.05$); 治疗7、14 d后, 两组颈椎活动度相关指标显著增加, 且观察组增加更显著($P < 0.05$); 观察组总有效率为93.18%, 对比对照组75.00%显著上调($P < 0.05$); 治疗7、14 d后, 两组血清TNF- α 和IL-1 β 水平显著下调, 且观察组下调更显著($P < 0.05$)。结论 温针灸治疗风寒湿型CSR急性发作期的临床效果显著, 能改善患者的症状体征及颈部活动度, 抑制炎症反应。

【关键词】 温针灸 颈椎病 风寒湿证 肿瘤坏死因子- α 白细胞介素-1 β

目前, 颈椎病的患病率呈现逐渐增加, 且年龄日趋年轻化^[1]。神经根型颈椎病(CSR)属于临床颈椎病的最常见种类, 主要源于椎间神经根受压所致, 症状表现为颈椎相应节段的上肢出现疼痛、麻木等, 并从颈部向肩背、胸部放射痛, 严重者出现肢体感觉障碍和肌力减弱^[2]。临床对于CSR患者多采取非手术干预方案, 具体包括药物、牵引以及针灸等, 大多数患者能获得较好效果^[3]。针刺具有祛风散寒、疏通经络等效果, 其操作简便、不良反应少, 患者易于接受^[4]。中医认为CSR主要由于风寒湿等客于颈部经络, 使局部气血痹阻所致^[5]。《素问》述“风寒湿三气杂至, 合而为痹也”, 故中医主张采取祛风散寒、除湿通痹之法治疗。本研究在辨证取穴的基础上运用艾灸, 通过针体将热力传入穴位, 起到温通经脉、行气活血等效果, 对风寒湿型CSR急性发作期患者发挥了较好疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 CSR诊断参考相关诊疗共识^[6], 并经影像学检查证实。风寒湿证辨证参考《中医病证诊断疗效标准》^[7]: 颈、肩、上肢串痛麻木, 头沉重, 颈部僵硬, 活动不利, 恶寒畏风, 舌淡红苔薄白, 脉弦紧。纳入标准: 具备以上诊断和辨证条件; 年龄45~70岁; 加入本组前4周内未予相关干预措施; 无精神障碍; 签署知

情同意书。排除标准: 颈部手术史; 严重骨质疏松者; 存在恶性肿瘤者; 心、肝、脾等脏腑存在严重功能不全者; 合并其他种类颈椎病者; 不能耐受针刺者。

1.2 临床资料 回顾性分析2021年9月至2023年9月于我院就诊的风寒湿型CSR病例88例, 随机分入观察组与对照组各44例。观察组中男性26例, 女性18例; 年龄49~70岁, 平均(68.37 \pm 7.39)岁; CSR急性发作7~15 d, 平均(11.03 \pm 2.37) d。对照组中男性28例, 女性16例; 年龄46~70岁, 平均(68.25 \pm 7.37)岁; CSR急性发作6~14 d, 平均(10.89 \pm 2.34) d。两组风寒湿型CSR病例一般资料差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.3 治疗方法 对照组依据CSR治疗共识^[6]行常规药物方案, 塞来昔布胶囊(Pfizer Pharmaceuticals LLC, 批号X786631)200 mg, 每日1次; 机芯颈牵引, 参考每位患者病位、体质量等设置牵引角度、质量, 每日1次共25 min, 每周共治疗5次。观察组常规用药方案同对照组, 同时予温针灸。取穴: 相应颈夹脊(双)、风池(双)、天柱(双)、大椎、曲池(双)、合谷(双)、肩中俞(双)、天宗(双)、后溪(双)、悬钟(双); 穴位局部皮肤消毒, 采取一次性毫针刺, 颈夹脊直刺0.3~0.5寸, 风池向鼻尖方向斜刺0.8~1.2寸, 天柱直刺0.5~0.8寸, 大椎斜刺0.5~1寸, 曲池直刺1.0~2.5寸, 合谷直刺0.5~1.0寸, 肩

中俞斜刺0.5~0.8寸,天宗直刺0.5~1.0寸,后溪直刺0.5~1.0寸,悬钟直刺约0.5寸。以上穴位得气后施以捻转泻法,以耐受为宜,留针20 min,留针中取艾炷插于针柄,点燃施灸,每穴灸3壮,燃尽取针。隔天1次,每周3次。两组病例予14 d观察。

1.4 观察指标 1) CSR相关症状体征评分:参考颈椎病临床评价量表(CASCS)^[8],分别对每位患者的主观症状表现(共计18分),生活、工作以及社会适应能力(共计9分),相关临床体征(共计73分),总共3个方面,满分为100分,得分越高颈椎功能康复更好,判定时间治疗前、治疗7 d、治疗14 d。2) 颈椎活动度改善情况:采取颈椎活动测量仪对每位患者的颈部运动相关指标包括前屈、后伸、左侧屈、右侧屈进行测定,具体时间在治疗前、治疗7 d、治疗14 d。3) 血清肿瘤坏死因子- α (TNF- α)和白细胞介素-1 β (IL-1 β)水平:分别在治疗前、治疗7 d、治疗14 d采集空腹静脉血3 mL,离心提取血清,以酶联免疫吸附测定法对血清TNF- α 和IL-1 β 水平进行测定。

1.5 疗效标准 临床控制:症状体征消除,疗效指数 $\geq 95\%$ 。显效:症状体征基本消除,疗效指数 $\geq 70\%$, $< 95\%$ 。改善:症状体征有一定好转,疗效指数 $\geq 30\%$, $< 70\%$ 。未愈:症状体征未见改善,疗效指数 $< 30\%$ 以下^[9]。疗效指数=(治疗后CASCS评分-治疗前CASCS评分) \div 治疗前CASCS评分 $\times 100\%$ 。总有效为临床控制+显效+改善。

1.6 统计学处理 应用SPSS22.0统计分析。计量数据以($\bar{x}\pm s$)表示,比较行 t 检验;计数资料均以“ n 、 $\%$ ”表示,比较行 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组CASCS评分比较 见表1。治疗7、14 d后,两组CASCS评分显著增加,且观察组在治疗后同时点增加更显著($P < 0.05$)。

表1 两组CASCS评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	n	治疗前	治疗7 d	治疗14 d
观察组	44	65.44 \pm 7.49	74.03 \pm 8.81 ^{*Δ}	80.04 \pm 9.25 ^{*Δ}
对照组	44	65.63 \pm 7.52	69.41 \pm 8.29 [*]	75.93 \pm 9.04 [*]

注:与本组治疗前比较, $P < 0.05$;与对照组治疗后同时点比较, ^{Δ} $P < 0.05$ 。下同。

2.2 两组颈椎活动度比较 见表2。7、14 d疗程后,两组CSR病例的颈椎活动度相关指标显著增加,且观察组在治疗后同时点增加更显著($P < 0.05$)。

2.3 两组血清TNF- α 和IL-1 β 水平比较 见表3。治疗7、14 d后,两组血清TNF- α 和IL-1 β 水平显著下调,且观察组在治疗后同时点下调更显著($P < 0.05$)。

2.4 两组临床疗效比较 见表4。疗程结束后,观察

表2 两组颈椎活动度比较($^{\circ}$, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	前屈	后伸	左侧屈	右侧屈
观察组	治疗前	8.39 \pm 0.98	11.27 \pm 2.36	7.22 \pm 0.87	8.11 \pm 0.94
($n=44$)	治疗7 d	12.51 \pm 2.49 ^{*Δ}	15.40 \pm 3.01 ^{*Δ}	10.44 \pm 2.33 ^{*Δ}	10.63 \pm 2.21 ^{*Δ}
	治疗14 d	16.18 \pm 3.14 ^{*Δ}	18.04 \pm 3.51 ^{*Δ}	13.12 \pm 2.59 ^{*Δ}	12.41 \pm 2.39 ^{*Δ}
对照组	治疗前	8.44 \pm 1.01	11.34 \pm 2.39	7.31 \pm 0.89	8.15 \pm 0.96
($n=44$)	治疗7 d	10.36 \pm 2.29 [*]	13.27 \pm 2.72 [*]	8.94 \pm 1.11 [*]	9.34 \pm 1.15 [*]
	治疗14 d	14.41 \pm 2.71 [*]	15.33 \pm 2.93 [*]	10.14 \pm 2.41 [*]	10.51 \pm 2.57 [*]

表3 两组血清TNF- α 和IL-1 β 水平比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	TNF- α (ng/L)	IL-1 β (mg/L)
观察组	治疗前	29.41 \pm 4.33	7.03 \pm 0.85
($n=44$)	治疗7 d	19.31 \pm 3.49 ^{*Δ}	4.34 \pm 0.58 ^{*Δ}
	治疗14 d	10.44 \pm 2.41 ^{*Δ}	2.27 \pm 0.36 ^{*Δ}
对照组	治疗前	29.26 \pm 4.30	6.93 \pm 0.82
($n=44$)	治疗7 d	22.93 \pm 3.61 [*]	5.04 \pm 0.64 [*]
	治疗14 d	13.93 \pm 2.72 [*]	3.63 \pm 0.51 [*]

组总有效率为93.18%,对比对照组75.00%显著上调($P < 0.05$)。

表4 两组临床疗效比较(n)

组别	n	临床控制	显效	改善	未愈	总有效($\%$)
观察组	44	15	17	9	3	41(93.18) ^{*Δ}
对照组	44	9	16	8	11	33(75.00)

注:与对照组比较, ^{Δ} $P < 0.05$ 。

3 讨论

CSR是由于颈椎间盘突出、韧带钙化、骨质增生等退行性病变引起颈神经根遭受压迫而产生的一种临床综合征,其病机复杂,目前主要存在机械压迫、化学性神经根炎、自身免疫学说,临床缺乏特效药物或疗法^[10-11]。CSR属于中医学“项痹”范畴,病位在颈部筋骨经脉,主要因风寒湿侵袭所致,《杂病源流犀烛》记载“颈项强痛……三经感受风寒湿邪”,风、寒、湿邪长期侵入,客于颈部、肩颈等处的经络、骨节,继而使这些局部气血失畅,脉道经络壅塞,痹阻经脉诱发疼痛^[12-13]。故中医建议予祛风除湿散寒、宣痹止痛为主的治则。

温针灸治疗CSR患者可综合针刺与艾灸温热的协同效应,热量循针体作用可有效驱除机体深层组织的寒邪,刺激局部穴位能疏通经络,改善微循环,促进无菌炎症物被吸收,缓解颈肌痉挛,起到抗炎、增强免疫功能以及止痛等作用^[14-15]。后项处循行有督脉、足太阳膀胱经等,易遭受风寒侵袭,于该处颈夹脊施以温针灸,可疏通其经脉,调理气血阴阳,祛邪外出。风池是机体风邪侵袭的门户,为祛风散寒的要穴,可以祛风除湿、散寒解表、通经活络。天柱穴属足太阳膀胱经穴,“为诸阳主气”,能祛邪通瘀、通畅膀胱经之气。大椎穴

在人体属于“诸阳之会”，刺激该处穴位可振奋一身阳气，发挥通阳解表、祛风除湿等作用。曲池穴属于手阳明经合穴，刺激能够通经活血、祛风除湿以及通利关节。合谷穴在人体属于手阳明大肠经，中医认为阳明经气血丰盛，故刺激该穴发挥调气血、疏风解表等作用。肩中俞属手太阳小肠经脉，可疏风解表。天宗在人体属于手太阳小肠经腧穴，中医认为其主“肩重，肘臂痛”，刺激可缓解 CSR 患者的肩臂痛。后溪属于八脉交会穴之一，且与督脉相通，刺激该穴能够疏调太阳、督脉经气以及活络止痛。悬钟是八会穴中的髓会，刺激能缓解疼痛，疏通经络气血。因此，温针灸作用于以上穴位能发挥温经散寒、祛风除湿、疏络止痛等效果。本组治疗显示，治疗 7、14 d 后两组 CASCS 评分显著增加，且观察组在治疗后同时点增加更显著 ($P < 0.05$)；治疗 7、14 d 后，两组颈椎活动度相关指标显著增加，且观察组在治疗后同时点增加更显著 ($P < 0.05$)；观察组总有效率为 93.18%，对比对照组 75.00% 显著上调 ($P < 0.05$)。以上结果表明温针灸治疗风寒湿型 CSR 急性发作期的临床效果显著，能改善患者的症状体征和颈椎活动。

当机体受到刺激，Th1 细胞会通过合成释放 TNF- α 、IL-1 β 等介导免疫应答，诱发炎症反应，在 CSR 病情中起到重要作用^[16]。TNF- α 属于炎症产生始动因子，能释放多种炎症因子、介导疼痛介质分泌、诱导炎症反应以及增加血管通透性，产生氧自由基、内皮素等，损伤局部组织^[17]。IL-1 β 可诱导基质金属蛋白酶的产生，增加炎症因子表达，诱发产生炎症和关节破坏，促进软骨基质降解^[18]。本组治疗显示，治疗 7、14 d 后两组血清 TNF- α 和 IL-1 β 水平显著下调，且观察组在治疗后同时点下调更显著 ($P < 0.05$)。以上结果表明温针灸治疗风寒湿型 CSR 急性发作期患者能显著抑制炎症反应。

综上，温针灸对风寒湿型 CSR 急性期患者的临床效果显著，可以改善患者的症状体征及颈部活动度，抑制炎症反应，建议在临床应用。

参 考 文 献

- [1] 王雷,杨锋,陈坤. 微创治疗神经根型颈椎病的中西医研究进展[J]. 中国中医急症, 2020, 29(11): 2050-2053.
- [2] 张桐,周英杰,柴旭斌,等. 古代治疗神经根型颈椎病的穴位规律研究[J]. 世界中西医结合杂志, 2020, 15(11): 1987-1991.
- [3] 张林子,吴立群,陈睿哲,等. 基于数据挖掘的针刺治疗神经根型颈椎病选穴规律分析[J]. 中国针灸, 2020, 40(11): 1259-1262.
- [4] 侍昊,黄谦,姚文平,等. 针刺联合雷火灸治疗风寒湿型神经根型颈椎病的随机对照研究[J]. 针刺研究, 2021, 46(12): 1036-1042.
- [5] 杨艺. 王庆甫分期论治神经根型颈椎病经验[J]. 北京中医药, 2023, 42(2): 180-184.
- [6] 中华外科杂志编辑部. 颈椎病的分型、诊断及非手术治疗专家共识(2018)[J]. 中华外科杂志, 2018, 56(6): 401-402.
- [7] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准: ZY/Y001.1-94[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 189-190.
- [8] 张鸣生,许伟成,林仲民,等. 颈椎病临床评价量表的信度与效度研究[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2003, 25(3): 151-154.
- [9] 国家中医药管理局医政司. 22个专业95个病种中医诊疗方案[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2010: 88-91.
- [10] 闫康,黄汝芹,李爽,等. 加味二仙汤联合电针刺刺激治疗神经根型颈椎病的临床疗效及机制[J]. 中华中医药杂志, 2023, 38(8): 3935-3939.
- [11] 何宇峰,胡飞,陈姚飞. 薏苡仁汤加味联合推拿治疗神经根型颈椎病(寒湿阻络证)的疗效观察[J]. 中国中医急症, 2022, 31(4): 654-656.
- [12] 肖勇,刘王皓,孙伟,等. 薏苡仁汤加味治疗神经根型颈椎病(风寒湿证)急性发作期的疗效观察[J]. 中国中医急症, 2023, 32(1): 111-113.
- [13] 王兴正,张建华. 温肾通督汤配合颈部斜扳法治疗风寒湿痹型神经根型颈椎病[J]. 中医药临床杂志, 2019, 31(12): 2319-2322.
- [14] 曾亮,赵冉,潘国良,等. 温针灸治疗神经根型颈椎病随机对照研究的Meta分析[J]. 按摩与康复医学, 2021, 12(21): 60-64.
- [15] 范海霞,张宁,王俊. 温针灸结合补肾祛寒治尪汤治疗神经根型颈椎病(寒湿阻络证)的临床观察[J]. 中国中医急症, 2023, 32(2): 294-296.
- [16] 张攀,王勤俭,徐冬康,等. 羌活胜湿汤加减联合臭氧注射、射频热凝靶点穿刺术治疗神经根型颈椎病风寒痹阻型临床观察[J]. 中国实验方剂学杂志, 2023, 29(1): 91-96.
- [17] 潘胜莲,郑士立,周夏慧,等. 针刺联合颈痛颗粒治疗神经根型颈椎病及对患者IL-6、TNF- α 、IL-1 β 和血液流变学指标的影响[J]. 中国针灸, 2019, 39(12): 1274-1278.
- [18] 廖集海,李锋. 骨伤手法联合腹针治疗颈型颈椎病的效果及对患者IL-6、TNF- α 和IL-1 β 的影响[J]. 河北医药, 2019, 41(8): 1165-1168.

(收稿日期 2023-12-25)