

- [4] 张伯礼,吴勉华. 中医内科学[M]. 北京:中国中医药出版社,2017.
- [5] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002.
- [6] 林佩琴. 类政治裁[M]. 北京:人民卫生出版社,2005.
- [7] 张璐. 张氏医通[M]. 北京:人民卫生出版社,2007.
- [8] 喻昌. 医门法律[M]. 北京:人民卫生出版社,2006.
- [9] 张秉成. 成方便读[M]. 北京:中国中医药出版社,2002.
- [10] 刘晓梅. 薏苡仁的药理研究与临床新用[J]. 中国医药指南,2010,8(2):36-37.
- [11] 张妍妍,韦建华,卢澄生,等. 桃仁化学成分、药理作用及质量标志物的预测分析[J]. 中华中医药学刊,2022,40(1):234-241.
- [12] 林水玉,魏小杰,罗斌,等. 加味千金苇茎汤联合纤维支气管镜灌洗术治疗重症肺炎患者的临床疗效观察[J]. 中医临床研究,2022,14(20):75-77.
- [13] 郑美梅,刘小虹,江勇. 加味千金苇茎汤治疗慢阻肺合并肺动脉高压的疗效及其对VEGF的影响[J]. 广东药科大学学报,2022,38(3):64-68.
- [14] 田媛,王至婉. 加味苇茎汤治疗支气管扩张症的有效性及安全性的Meta分析[J]. 中医临床研究,2020,12(11):142-146.
- [15] 魏振,袁云侠,张秀芳,等. 加味千金苇茎汤对慢性支气管炎急性发作患者中医症状积分及血清前白蛋白水平的影响[J]. 四川中医,2019,37(7):95-97.
- [16] 邓亚玲,任洪民,叶先文,等. 桔梗的炮制历史沿革、化学成分及药理作用研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志,2020,26(2):190-202.
- [17] 赵学敏. 本草纲目拾遗[M]. 北京:中医古籍出版社,2017.
- [18] 张山雷. 本草正义[M]. 北京:中国中医药出版社,2015.
- [19] 黄秋兰,薛娜丽,范德平,等. 鱼腥草抗炎药理作用的研究进展[J]. 海南医学,2019,30(18):2431-2433.
- [20] 李波,张学武. 支气管扩张症急性加重期患者中医证型分布及疾病进程的影响因素分析[J]. 中国中医急症,2022,31(9):1422-1425.

(收稿日期 2023-05-16)

附子汤加味治疗神经根型颈椎病(寒湿阻络证)急性发作期的疗效观察

欧阳艳菲 黎小霞 廖春容 王校宇

(广州中医药大学第三附属医院,广东 广州 510145)

中图分类号:R681.5*5 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2023)12-2164-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2023.12.026

【摘要】 目的 观察附子汤加味对神经根型颈椎病(CSR)(寒湿阻络证)急性发作期的疗效。方法 86例CSR(寒湿阻络证)患者根据随机数字表法分成两组各43例。对照组病例均参考CSR治疗共识行常规治疗方案;观察组在对照组基础上加服附子汤加味。两组均观察14 d。比较两组CSR病例症状体征与疼痛评分、颈椎活动度、临床疗效以及颈动脉收缩峰值血流速度(Vp)与平均血流速度(Vm)。结果 治疗7、14 d后,两组CSR病例的颈椎病临床评价量表(CASCS)评分显著增加,视觉模拟量表(VAS)评分显著减少,且观察组上述两个指标均改善更优(均 $P<0.05$);治疗7、14 d后,两组CSR病例颈椎活动度明显增加,且观察组增加更加显著(均 $P<0.05$);观察组总有效率为95.35%,高于对照组的76.74%($P<0.05$)。治疗7、14 d后,两组CSR病例颈动脉Vp、Vm显著增加,且观察组增加更显著(均 $P<0.05$)。结论 附子汤加味治疗CSR(寒湿阻络证)急性发作期的疗效明显,可有效减轻疼痛,改善临床症状与颈部活动度,以及改善颈部血液循环。

【关键词】 神经根型颈椎病 附子汤 寒湿阻络证 血流速度 疼痛

随着互联网时代迅猛发展,人们的工作、生活方式正发生改变,使颈椎病的发生率呈现逐年升高趋势,且以神经根型颈椎病(CSR)最常见,占颈椎病的50%~60%^[1-2]。CSR患者的症状主要表现为从颈部向手臂、肩背、胸部的放射痛,甚至可导致肢体感觉功能丧失、肌力减退等,严重影响患者的身心健康^[3]。现阶段,CSR多以非手术治疗为主,且尚无特异性治疗药物或疗法,大多采取非甾体类抗炎药物、镇痛等对症治疗,但停药后易复发,而长期使用可产生较多的不良反应^[4]。CSR属中医学“项痹”范畴,多因患者久劳内虚,风、寒、湿之邪乘虚而入,致使经气不通、经脉痹阻,寒

湿阻络在临床较为常见^[5]。临证宜散寒除湿、温经止痛。附子汤出自《伤寒论》,其作用为散寒祛湿、通脉除痹,临床主治寒湿内侵之身体骨节疼痛、恶寒肢冷等症^[6]。本次治疗旨在观察附子汤加味对CSR(寒湿阻络证)急性发作期患者的疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 1)诊断标准:CSR诊断根据CSR诊疗共识^[7]拟定;寒湿阻络证辨证根据《中医骨伤科常见病诊疗指南》^[8]制定。2)纳入标准:具备上述西医诊断及中医辨证要求;年龄20~70岁;参与本组治疗前4周内未进行相关治疗措施;不存在精神障碍;签署《知情同

意书》。3)排除标准:存在其他类型颈椎病者;存在严重骨质疏松或其他骨科疾病者;存在严重基础疾病或恶性肿瘤者;正参与其他临床试验的病例者;对附子汤药物组成成分过敏者。

1.2 临床资料 纳入2022年5月至2023年5月间我院接诊的CSR(寒湿阻络证)患者共86例,根据随机数字表法分为两组各43例。观察组男性27例,女性16例;年龄55~69岁,平均(64.93±6.44)岁;病程6~11个月,平均(8.95±1.03)个月;本次急性病程6~14 d,平均(10.44±2.25) d。对照组男性29例,女性14例;年龄57~70岁,平均(65.01±6.46)岁;病程6~12个月,平均(9.03±1.06)个月;本次急性病程5~12 d,平均(9.93±2.22) d。两组CSR(寒湿阻络证)患者的基础资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。本研究经医院伦理委员会批准。

1.3 治疗方法 对照组均参考CSR治疗共识^[7]行常规治疗方案。塞来昔布胶囊(辉瑞制药,批号210010047),每天1次,服用200 mg;给予颈牵引,具体需参考患者的病位、体质量等制定牵引的角度、质量,每天1次约25 min,每周5次。观察组43例病例常规治疗方案同对照组,并服用附子汤加味:制附子6 g,茯苓15 g,人参9 g,白术15 g,白芍9 g,羌活12 g,葛根25 g,威灵仙15 g。每天1剂,均由本院中药制剂室统一代煎,每剂煎制400 mL,分早晚内服。疗程:两组连续观察14 d。

1.4 观察项目 1)两组CSR病例症状体征评分:均根据颈椎病临床评价量表(CASCS)^[9]加以判定。2)两组CSR病例疼痛症状评分:均根据视觉模拟量表(VAS)^[10]加以判定。判定时间为治疗前以及治疗7 d、治疗14 d。3)两组CSR病例颈椎活动度:运用头盔式颈椎活动测量仪检测,具体指标有前屈、后伸、左侧屈、右侧屈,治疗前以及治疗7 d、治疗14 d。4)两组CSR病例实验室指标:使用彩色多普勒超声测定颈动脉收缩峰值血流速度(V_p)与平均血流速度(V_m),时间为治疗前以及治疗7 d、治疗14 d。

1.5 疗效标准 参考《22个专业95个病种中医诊疗方案》^[11]进行拟定。临床控制:治疗后症状体征消失,疗效指数 $\geq 95\%$ 。显效:治疗后症状体征基本消失,疗效指数 $\geq 70\%$, $<95\%$ 。有效:治疗后症状体征有所改善,疗效指数 $\geq 30\%$, $<70\%$ 。无效:症状体征无明显改善,疗效指数 $<30\%$ 。疗效指数=(治疗前CASCS评分-治疗后CASCS评分)÷治疗前CASCS评分 $\times 100\%$ 。总有效=临床控制+显效+有效。

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

2 结果

2.1 两组治疗前后CASCS与VAS评分比较 见表1。治疗7、14 d后,两组CSR病例的CASCS评分显著

增加,VAS评分显著减少,且观察组上述两个指标均改善更优($P<0.05$)。

表1 两组治疗前后CASCS与VAS评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	CASCS	VAS
观察组 ($n=43$)	治疗前	69.93±8.25	6.64±0.81
	治疗7 d	74.73±8.63 ^{*△}	3.41±0.49 ^{*△}
	治疗14 d	79.81±9.04 ^{*△}	2.51±0.37 ^{*△}
对照组 ($n=43$)	治疗前	70.04±8.27	6.72±0.83
	治疗7 d	72.94±8.49 [*]	5.40±0.67 [*]
	治疗14 d	75.83±8.94 [*]	4.31±0.59 [*]

注:与本组治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与对照组治疗后同时间段比较,[△] $P<0.05$ 。下同。

2.2 两组治疗前后颈椎活动度比较 见表2。治疗7、14 d后,两组CSR病例颈椎活动度明显增加,且观察组增加更加显著($P<0.05$)。

表2 两组治疗前后颈椎活动度比较(°, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	前屈	后伸	左侧屈	右侧屈
观察组 ($n=43$)	治疗前	8.15±0.94	11.30±2.49	7.30±0.90	8.09±0.91
	治疗7 d	12.64±2.55 ^{*△}	14.97±2.89 ^{*△}	10.36±2.41 ^{*△}	10.44±2.43 ^{*△}
	治疗14 d	16.03±3.30 ^{*△}	18.04±3.51 ^{*△}	13.04±2.61 ^{*△}	12.33±2.46 ^{*△}
对照组 ($n=43$)	治疗前	8.23±0.96	11.19±2.46	7.18±0.88	8.03±0.90
	治疗7 d	10.44±2.43 [*]	13.03±2.60 [*]	8.83±0.99 [*]	9.29±1.71 [*]
	治疗14 d	13.09±2.61 [*]	15.01±3.19 [*]	10.03±2.39 [*]	10.34±2.41 [*]

2.3 两组治疗前后颈动脉 V_p 、 V_m 比较 见表3。治疗7、14 d后,两组CSR病例颈动脉 V_p 、 V_m 显著增加,且观察组增加更显著($P<0.05$)。

表3 两组治疗前后颈动脉 V_p 、 V_m 比较(cm/s, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	V_p	V_m
观察组 ($n=43$)	治疗前	39.92±5.11	33.04±4.41
	治疗7 d	46.01±5.98 ^{*△}	36.97±4.90 ^{*△}
	治疗14 d	50.03±6.13 ^{*△}	40.09±5.04 ^{*△}
对照组 ($n=43$)	治疗前	39.79±5.09	33.11±4.44
	治疗7 d	43.81±5.72 [*]	35.03±4.83 [*]
	治疗14 d	46.41±6.03 [*]	37.04±4.94 [*]

2.4 两组临床疗效比较 见表4。治疗14 d后,观察组病例的总有效率显著高于对照组($P<0.05$)。

表4 两组临床疗效比较(n)

组别	n	临床控制	显效	有效	无效	总有效(%)
观察组	43	16	16	9	2	41(95.35) [△]
对照组	43	10	15	8	10	33(76.74)

注:与对照组比较,[△] $P<0.05$ 。

3 讨论

颈椎退行性改变为CSR的发病基础,往往由于椎间盘突出、退变、结节性不稳、骨质增生等刺激椎间孔、神经根所引起,且与风寒湿环境、炎症以及颈椎劳损等联系密切,是多因素作用所致^[12]。现代医学治疗CSR主要采用镇痛药、非甾体抗炎药、扩张血管药等,然而远期疗效欠佳,易产生较大的副作用^[13]。越来越多的研究证实了中医辅助治疗CSR能提高总体治疗效果^[14-15]。中医学认为CSR之病位在筋骨,寒湿阻络为临床常见证型,主要由于患者正气不足,卫外不固,寒湿之邪侵袭机体,客于经络、肌肉、关节,壅塞脉道经络,阻滞气血运行,导致颈项僵硬、上肢疼痛、麻木及屈伸旋转运动受限等^[16-17]。寒为阴邪,易伤阳气,其性凝滞主收引,太阳经循行之所主要位于颈项、背部,当太阳经脉遭受寒邪侵袭,使局部经脉气血凝滞、血脉不通、不通则痛,正所谓“寒搏则筋急”。湿性重着黏滞,易阻气机,湿邪侵犯人体使局部气机不畅,颈项疼痛强直,且病情缠绵反复。如《素问·至真要大论》指出“诸痉项强,皆属于湿”。因此,散寒除湿、温经止痛为中医临证CSR的重要治则之一。

本研究使用的附子汤加味方虽主治少阴病方,然少阴为底,太阳为表,两组互为表里关系;先天之阳,藏于肾,人之卫气,根于肾,卫气属阳,又称卫阳,由肾中阳气气化与后天水谷之气,合而生之,可温分肉、肥腠理、充皮肤,司开阖,再由太阳与三焦经向周身输散,以达到御邪、温表、调开阖之作用^[18]。制附子辛甘大热,具有回阳救逆、补火助阳、散寒止痛的功效,“为回阳救逆第一品药”;茯苓、白术健脾化湿,且白术可增强附子去寒湿之邪的功效;威灵仙性温通利,能通十二经,有祛风湿、通经络、止痹痛、治骨鲠之效,为治风湿痹痛及瘫痪麻木等症的要药;羌活祛风散寒、除湿止痛、通利关节;人参补益元气,复脉固脱;白芍药和营止痛,以监制附子之悍。葛根可解经气之壅遏,善治机体上部寒邪郁阻、经气不通不利、筋脉失养之证,以起到通阳散寒、柔筋通络之效,且葛根能引导诸药直达颈部,有引经报使的特殊功能。诸药合用,共奏散寒除湿、温经止痛之功。

本组治疗数据显示,治疗7、14 d后,两组CSR病例的CASCs评分显著增加,VAS评分显著减少,且观察组上述两个指标均改善更优;治疗7、14 d后,两组CSR病例颈椎活动度明显增加,且观察组增加更加显著;治疗14 d后,观察组病例的总有效率95.35%,较对照组76.74%显著增加。表明附子汤加味对CSR(寒湿阻络证)急性发作期的疗效显著,能减轻疼痛,改善患者的临床症状与颈部活动度。CSR患者颈椎退变、失稳,使颈部气机被遏制,导致气停血瘀,发生颈肩痛^[19]。本组治疗数据显示,治疗7、14 d后,两组CSR病例颈动脉Vp、Vm显著增加,且观察组增加更显著。表明附子汤加味能有效改善CSR急性发作期患者颈部血液循环,从而使颈局部气血通调,达到相依的治疗效果。

综上所述,附子汤加味治疗CSR(寒湿阻络证)急性发作期的疗效明显,可有效减轻疼痛,改善临床症状与颈部活动度,以及改善颈部血液循环,有较好的临床推广意义。

参考文献

- [1] 张明才,石印玉,陈东煜,等.神经根型颈椎病患者颈神经根压迫性刺激因素的研究[J].上海中医药杂志,2021,55(1):52-56.
- [2] 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.
- [3] 孟佳珩,周宏政,任树军,等.冲击波配合颈舒颗粒治疗神经根型颈椎病(气滞血瘀证)的临床研究[J].中国中医急症,2021,30(9):1590-1592,1601.
- [4] 许小霞,郑瑶洁,吴彩兰.杵针疗法在气滞血瘀证神经根型颈椎病患者中的应用效果[J].中国医药导报,2023,20(3):139-142.
- [5] 关识言,陈述祥.翁凤泉治疗颈椎病经验[J].河北中医,2021,43(7):1076-1078,1082.
- [6] 尚炳娟,戴子琦,高丰,等.经典名方附子汤的处方考证[J].西北药学杂志,2022,37(2):1-5.
- [7] 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.
- [8] 中华中医药学会.中医骨伤科常见病诊疗指南[M].北京:中国中医药出版社,2012:134-138.
- [9] 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.
- [10] 严广斌.视觉模拟评分法[J].中华关节外科杂志:电子版,2014,8(2):273.
- [11] 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.
- [12] 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.
- [13] 王勤俭,王燕,董良杰,等.防风汤加减结合项三针治疗神经根型颈椎病的临床研究[J].南京中医药大学学报,2019,35(3):270-274.
- [14] 丁晓燕,陈建秋,刘薛峰,等.中药口服联合穴位注射治疗神经根型颈椎病临床研究[J].中国中医药信息杂志,2019,26(9):38-42.
- [15] 林纯瑾,邹丽芬,骆雍阳,等.独活寄生汤加减联合塞来昔布对急性期神经根型颈椎病患者临床疗效[J].中成药,2021,43(12):3552-3555.
- [16] 黄立师,何天翔,金富锐,等.腕踝针联合三步推拿法对颈型颈椎病功能恢复及实验室指标的影响[J].重庆医学,2022,51(2):267-270.
- [17] 陈紫恒,伍广锐,黄勇.温针灸治疗寒湿痹阻证神经根型颈椎病急性期的疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2021,30(1):84-88.
- [18] 袁思成,芮庆林.浅析《伤寒论》太阳少阴合、并病及其临床运用[J].现代中西医结合杂志,2019,28(30):3402-3405,3408.
- [19] 唐萌芽,夏晓斌,张沂,等.豨莶狗脊仙灵脾汤治疗寒湿型神经根型颈椎病临床随机对照试验[J].中国中医骨伤科杂志,2020,28(9):48-51,55.

(收稿日期 2023-07-25)