

治疗产后尿潴留的临床效果观察[J]. 临床医药文献电子杂志, 2017, 4(79): 15502, 15504.

- [15] 侯志, 罗开民, 戚天臣, 等. 董氏奇穴配合神阙穴隔盐灸治疗脊髓损伤后尿潴留32例临床观察[J]. 中国民族民间医

药, 2019, 28(3): 95-98.

- [16] 于月. 电针治疗肛肠术后应用镇痛泵患者的尿潴留的临床疗效观察[D]. 沈阳: 辽宁中医药大学, 2020.

(收稿日期 2022-10-08)

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

范海霞 张 宁[△] 王 俊

[山东省青岛市中医医院(市海慈医院), 山东 青岛 266033]

中图分类号: R681.5⁵ 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2023)02-0294-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2023.02.028

【摘要】 目的 观察温针灸大杼、颈百劳、天柱结合补肾祛寒治尪汤治疗神经根型颈椎病(CSR)(寒湿阻络证)的疗效。**方法** 选取CSR(寒湿阻络证)患者66例, 根据随机数字表法分为观察组与对照组各33例。对照组予常规干预措施; 观察组在对照组的基础上采取温针灸大杼、颈百劳、天柱联合补肾祛寒治尪汤干预。两组均治疗2周。比较颈椎病临床评价量表(CASCS)评分、颈功能活动度、治疗效果以及颈动脉血流速度。**结果** 治疗后, 两组CASCS指标评分明显升高, 观察组升高更显著($P < 0.01$); 治疗后, 两组颈功能活动度指标显著升高, 观察组升高更显著($P < 0.01$); 观察组总有效率为96.97%, 明显高于对照组的75.76%($P < 0.05$); 治疗后, 两组颈动脉收缩峰值血流速度(V_p)与平均血流速度(V_m)显著升高, 观察组升高更显著($P < 0.01$)。**结论** 在西医常规治疗基础上温针灸大杼、颈百劳、天柱结合补肾祛寒治尪汤治疗CSR(寒湿阻络证)的疗效更优, 有助于患者症状体征与颈功能活动度的好转, 改善颈部血液循环。

【关键词】 神经根型颈椎病 温针灸 补肾祛寒治尪汤 寒湿阻络证

神经根型颈椎病(CSR)临床主要表现颈部疼痛、活动受限。随着手机的普及、智能化和生活、长期低头伏案工作等, 使该病群体人数随之上升, 并且呈年轻化^[1]。目前西医对于CSR患者主要采取药物干预与手术治疗, CSR手术有严格的手术适应证, 并且手术费昂贵, 术后可能并发感染以及患者的临床预后差等; 药物干预措施如营养神经、脱水、止痛等, 能有效改善患者的症状体征, 但停药后易复发^[2]。近年随着中西医结合治疗CSR不断取得进展, 中药内服、针灸等被应用于CSR的治疗中, 并获得确切效果^[3]。中医学认为CSR的病位以经络、筋骨、颈项为主, 病性主要体现在风、寒、湿、血瘀、劳损等方面, 其中寒湿阻络证为常见证型之一^[4], 临证宜给予散寒除湿、温经止痛。温针灸将针刺与艾灸的作用相结合, 使艾灸燃烧的热力及艾叶的功效直达病所, 疏通后项部经脉, 调理气血阴阳, 发挥镇痛、抗炎、调节免疫等效果, 有助于疾病康复^[5]。补肾祛寒治尪汤为国家级名中医焦树德经验方, 功效为补肾祛寒、化湿疏风、活瘀通络、强筋壮骨。本研究对CSR(寒湿阻络证)患者选取温针灸颈椎局部穴位大杼、颈百劳、天柱联合补肾祛寒治尪汤整体治疗。现将

结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 诊断标准: CSR的诊断参考共识标准^[6]; 寒湿阻络证的诊断参考《中医骨伤科常见病诊疗指南》^[7]。纳入标准: 满足CSR诊断标准, 辨证为寒湿阻络证; 年龄 ≥ 20 岁; 入组前1个月内未进行相关干预措施; 自愿加入研究, 并且签署知情同意书。排除标准: 存在脏腑严重功能障碍者; 既往颈椎手术史者; 妊娠或哺乳期女性; 合并精神疾病或沟通障碍者; 因腕管综合征、肩周炎等所致手臂麻木疼痛者; 不能耐受本次治疗方案者; 椎管内占位性病变者。

1.2 临床资料 筛选2021年6月至2022年5月于本院门诊收治的CSR(寒湿阻络证)者66例, 按随机数字表法分为观察组与对照组各33例。观察组男性15例, 女性18例; 年龄29~65岁, 平均 (47.14 ± 5.91) 岁; 疼痛视觉模拟量表(VAS)^[8]评分 (7.13 ± 0.88) 分; 急性病程3~8 d, 平均 (5.04 ± 0.66) d。对照组男性13例、女性20例; 年龄26~64岁, 平均 (47.30 ± 5.93) 岁; VAS评分 (7.06 ± 0.86) 分; 急性病程2~8 d, 平均 (4.97 ± 0.65) d。两组CSR(寒湿阻络证)病例的临床资料相比, 无统计学意义($P > 0.05$)。本组研究获得青岛市中医医院伦理委员会同意。

[△]通信作者(电子邮箱: hczn9910@163.com)

1.3 治疗方法 对照组病例行常规干预方案,具体:牵引治疗,根据颈椎病变位置、患者的体质量采取相应的牵引角度、质量,每次25 min,每日1次,连续2周。塞来昔布胶囊(Pfizer Pharmaceuticals LLC,批准文号J20120063),每次200 mg,每日1次。观察组在对照组的基础上给予温针灸大杼、颈百劳、天柱+补肾祛寒治尪汤治疗方案。温针灸疗法:取穴包括大杼(双侧,斜刺0.5~0.8寸)、颈百劳(双侧,直刺0.5~1寸)、天柱(双侧,直刺0.5~1.0寸)。具体操作:对以上3穴局部常规消毒,用一次性无菌毫针,得气后采取平补平泻之法,每分钟频率为60次,具体参考患者的耐受度,留针30 min,20 min时再行针1次;留针中采取艾条插于针柄,点燃施以温灸,燃烧3/4后起针,每穴灸3壮;均隔日1次,每周3次。补肾祛寒治尪汤:伸筋草30 g,透骨草15 g,熟地黄、续断、防风、威灵仙、寻骨风各12 g,骨碎补、羌活、独活均10 g,补骨脂、淫羊藿、桂枝、赤芍、白芍、知母、川牛膝各9 g,制附片、苍术、炙山甲、土鳖虫、松节、自然铜(醋淬,先煎)各6 g,麻黄4 g。每日1剂,在本院制剂室代煎,每剂煎取药汁约350 mL,分早晚内服。两组治疗2周。

1.4 观察指标 1)颈椎病临床评价量表(CASCS)^[10]评分。涉及3个条目,主观症状(6项):头痛、颈臂痛、臂手麻、眩晕、交感神经症状、脊髓受压症状,每项按照四级分别计0、1、2、3分,共18分。临床体征:包括骨关节与软组织体征45分、神经根受压体征12分、脊髓受压体征12分、椎动脉受压体征2分、交感神经麻痹体征2分,共73分。适应能力(3项):生活能力、工作学习能力、心理社会适应能力,共9分。2)颈功能活动度。运用头盔式颈椎活动测量仪检测颈功能活动包括前屈、后伸、左侧屈、右侧屈的变化。3)颈动脉血流速度。采取经颅彩色多普勒超声对患者的颈动脉收缩峰值血流速度(V_p)与平均血流速度(V_m)进行测定。

1.5 疗效标准^[10] 治愈:临床症状及阳性体征消失,肌力正常,颈、肢体功能恢复正常,能参加正常劳动和工作。好转:症状减轻,颈、肩背疼痛减轻,颈、肢体功能改善。未愈:症状无改善。总有效率=(治愈+好转)例数÷总例数×100%。

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,行 t 检验;计数资料以例数(%)表示,行 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后CASCS评分比较 见表1。治疗后,两组CASCS指标评分明显升高,观察组升高更显著($P<0.01$)。

2.2 两组治疗前后颈椎活动度比较 见表2。治疗后,两组颈功能活动度指标显著升高,观察组升高更显著

表1 两组治疗前后CASCS评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	主观症状	临床体征	适应能力
观察组 (n=33)	治疗前	12.33±2.76	51.44±6.68	5.71±0.74
	治疗后	17.85±3.31 [△]	65.78±8.01 [△]	8.79±1.03 [△]
对照组 (n=33)	治疗前	12.40±2.78	51.31±6.65	5.63±0.73
	治疗后	15.68±3.06 [*]	60.37±7.59 [*]	7.39±0.88 [*]

注:与本组治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与对照组同时点比较,[△] $P<0.05$ 。下同。

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=33)	治疗前	8.03±0.94	11.11±2.64	7.21±0.87	8.11±0.96
	治疗后	15.69±3.04 [△]	17.81±3.33 [△]	12.47±2.78 [△]	12.39±2.77 [△]
对照组 (n=33)	治疗前	8.09±0.95	11.25±2.66	7.29±0.88	8.15±0.97
	治疗后	12.30±2.73 [*]	14.88±2.98 [*]	9.69±1.22 [*]	10.13±2.52 [*]

著($P<0.01$)。

2.3 两组治疗前后颈动脉血流速度 见表3。治疗后,两组颈动脉血流速度指标V_p与V_m显著升高,观察组升高更显著($P<0.01$)。

表3 两组治疗前后颈动脉血流速度比较(cm/s, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	V _p	V _m
观察组 (n=33)	治疗前	41.22±5.63	33.27±4.86
	治疗后	49.83±6.46 [△]	39.81±5.36 [△]
对照组 (n=33)	治疗前	41.29±5.65	33.34±4.87
	治疗后	44.71±5.97 [*]	36.88±5.11 [*]

2.4 两组临床疗效比较 见表4。观察组的总有效率明显高于对照组($P<0.05$)。

表4 两组临床疗效比较(n)

组别	n	治愈	好转	未愈	总有效(%)
观察组	33	23	9	1	32(96.97) [△]
对照组	33	17	8	8	25(75.76)

注:与对照组比较,[△] $P<0.05$ 。

3 讨论

CSR主要是指单侧或两侧脊神经根受刺激或受压,引起与脊神经纤维支配区基本相似的感觉/运动功能障碍,降低了患者的生活质量。CSR的病因病机纷繁复杂,多因素综合作用的结果,然而总体发病机制主要与机械性压迫、炎性刺激以及自身免疫应答等有关^[11]。目前,临床仍缺乏根治CSR的治疗药物或者方案,多进行对症治疗,比如扩张颈部血管、改善神经代谢等,远期效果欠佳,以及病情易复发^[12]。

中医临证CSR等同于“颈肩痛”,认为其病机呈现虚实之分、病邪之偏重等特点,但在诸多致病邪气中,

寒、湿尤为重要^[13]。寒为阴邪,易伤阳气,其性凝滞主收引;太阳经循行部位主要在颈项和背部,当人体太阳经脉受到寒邪侵袭,被侵袭的经脉部位气血凝滞,进而血脉不通,不通则痛,从而发为疼痛,正所谓“寒搏则筋急”。湿性重着黏滞,易阻气机;《素问·至真要大论》载“诸痉项强,皆属于湿”,当湿邪侵犯颈部,引起该处气机运行不畅,颈项疼痛强直,活动不利^[14]。故寒湿淫邪侵袭颈部,使局部经络不畅,气血凝滞而发病。中医治疗CSR(寒湿阻络证)患者引采取散寒除湿、温经止痛之治法。

温针灸将针刺与艾灸相结合,可针刺疏通经气,同时热量循针体传导至穴位,有助于无菌炎症物的吸收,消除神经根受刺激的诱因,扩张血管,改善微循环,达到温经通络的效应;缓解颈肌痉挛,松解局部软组织粘连,纠正椎间关系紊乱等作用^[15]。选取的穴位中大杼为骨之大会,也是督脉别络于手足太阳之会,能通调督脉,督脉为“阳脉之海”,督脉统一身之阳气,温针灸大杼穴可激发全身阳气,起到通阳散寒、调和营卫的作用。颈百劳是经外奇穴,针刺该穴能治疗颈肌痉挛、项部扭伤不能回顾以及落枕等病症,以及缓解颈部一切劳损。天柱穴属足太阳膀胱经穴,《灵枢·筋脉》记载“膀胱主筋所生病”,膀胱经所过部位筋肉分布较广,且能“为诸阳主气”,温针灸该穴能够祛邪通痹、通畅膀胱经之气;天柱穴位于枕后,与枕动脉分、枕大神经干密切相关,针灸该穴将热量与针感传导至其枕部,并在局部产生烘热感,减轻椎基底动脉的压迫、痉挛,改善脑组织缺血缺氧。

补肾祛寒治尪汤中以补骨脂、续断、制附片、熟地黄,配以麻黄补肾祛寒;桂枝、赤芍、白芍和营卫,通阳气;祛骨风、淫羊藿、独活、威灵仙助阳气,祛风湿;骨碎补壮筋骨;炙山甲、伸筋草、松节活血通络,舒筋利节;苍术健脾、化湿、升阳;川牛膝活血通络;防风散风;透骨草、寻骨风、自然铜祛风壮骨;土鳖虫活瘀壮筋骨;赤芍、知母、土鳖虫具反佐之用,以防温药化热;以上药物共用,起到助阳祛寒、散风祛湿、化瘀通络的效果。本研究显示,治疗后,两组CASCs指标评分明显升高,观察组升高更显著;治疗后,两组颈功能活动度指标显著升高,观察组升高更显著。表明温针灸大杼、颈百劳、天柱联合补肾祛寒治尪汤治疗CSR(寒湿阻络证)的疗效明显,能有效改善患者的症状体征与颈功能活动度。文献报道了针刺颈部穴位可有效解除该处肌肉痉挛,减轻颈椎小关节对血管、神经的压迫,从而改善椎动脉痉挛、扭曲,达到疏通气血及改善脑循环的效果^[16]。本研究取得数据显示,治疗后,两组颈动脉Vp与Vm显著上调,观察组上调更显著;表明温针灸大

杼、颈百劳、天柱联合补肾祛寒治尪汤可有效改善CSR(寒湿阻络证)患者,有助于改善颈动脉血流速度。

综上,在西医常规干预基础上温针灸大杼、颈百劳、天柱联合补肾祛寒治尪汤治疗CSR(寒湿阻络证)的疗效更优,有助于患者症状体征与颈功能活动度的好转,改善颈部血液循环。

参 考 文 献

- [1] 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.
- [2] 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.
- [3] 项瑜,吴星,郭震浪,等.中西医结合治疗神经根型颈椎病Meta分析[J].辽宁中医药大学学报,2017,19(3):128-132.
- [4] 魏戊,方圣杰,孙凯,等.神经根型颈椎病中医证候研究进展[J].南京中医药大学学报,2021,37(4):632-636.
- [5] 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.
- [6] 神经根型颈椎病诊疗规范化研究专家组.神经根型颈椎病诊疗规范化的专家共识[J].中华外科杂志,2015,53(11):812-814.
- [7] 中华中医药学会.中医骨伤科常见病诊疗指南[S].北京:中国中医药出版社,2012:134-138.
- [8] 郝双林,田宝斌,王玲,等.VAS测痛法的临床初步评估[J].中国医学科学院学报,1994,16(5):397-399.
- [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):25-28.
- [10] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994:189-190.
- [11] 谢瑞,于杰,尹逊路,等.神经根型颈椎病的现代中医治疗研究进展[J].海南医学院学报,2019,25(17):1356-1360.
- [12] 王立华,马静,王爱丽.针灸疗法联合推拿治疗神经根型颈椎病的临床疗效观察[J].中国全科医学,2018,21(Z2):184-186.
- [13] 何宇峰,胡飞,陈姚飞.薏仁苓术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.
- [14] 刘彦汶,郑仲华.葛根、松节、威灵仙治疗颈椎病经验—全小林三味小方撷萃[J].吉林中医药,2020,40(10):1264-1266.
- [15] 罗树雄,阮波,徐力康.温针灸配合超激光治疗神经根型颈椎病35例疗效观察[J].新中医,2016,48(3):95-96.
- [16] 姜春元.针灸联合推拿治疗椎动脉型颈椎病疗效观察[J].中国处方药,2019,17(2):114-115.

(收稿日期2022-07-15)