

针灸推拿结合黄芪桂枝五物汤治疗 神经根型颈椎病的临床观察

王岚萱¹ 阮和球² 陈丽媚²

(1 海南省人民医院保健中心康复科,海口,570311; 2 海南省人民医院中心实验室,海口,570311)

摘要 目的:探讨针灸和疏经通督推拿结合黄芪桂枝五物汤对神经根型颈椎病患者颈椎功能、生命质量及炎症反应的影响。方法:选取 2017 年 1 月至 2018 年 5 月海南省人民医院收治的神经根型颈椎病患者 104 例作为研究对象,按照随机数字表法分为对照组与观察组,每组 52 例。对照组应用针灸结合普通推拿进行治疗,观察组应用针灸和疏经通督推拿结合黄芪桂枝五物汤治疗。比较 2 组患者临床疗效,治疗前、治疗 40 d 后中医证候积分、颈椎功能评分、视觉模拟评分(VAS)、健康调查简表(SF-36)生命质量量表评分及血清白细胞介素-8(IL-8)、超敏 C 反应蛋白(hs-CRP)和 P 物质水平。结果:观察组总有效率为 94.23% (49/52),对照组总有效率为 76.92% (40/52),观察组总有效率高于对照组($P < 0.05$)。治疗 40 d 后 2 组患者中医证候积分、VAS 较治疗前降低($P < 0.05$),观察组患者中医证候积分、VAS 低于对照组($P < 0.05$)。治疗 40 d 后 2 组患者颈椎功能评分、SF-36 生命质量量表各维度评分均较治疗前升高($P < 0.05$),且观察组患者颈椎功能评分、SF-36 生命质量量表各维度评分高于对照组($P < 0.05$)。治疗 40 d 后 2 组患者血清 IL-8、hs-CRP 和 P 物质水平均较治疗前降低($P < 0.05$),观察组患者 IL-8、hs-CRP 和 P 物质水平低于对照组($P < 0.05$)。结论:针灸和疏经通督推拿结合黄芪桂枝五物汤可以有效改善神经根型颈椎病临床症状,提高患者颈椎功能和生命质量,降低炎症反应,治疗神经根型颈椎病效果较好。

关键词 神经根型颈椎病;颈椎功能;生命质量;炎症反应;疏经通督推拿;针灸;黄芪桂枝五物汤

Effects Observation on Acupuncture and Moxibustion Combined with Huangqi Guizhi Wuwu Decoction in the Treatment of Cervical Spondylotic Radiculopathy

Wang Lanxuan¹, Ruan Heqiu², Chen Limei²

(1 Rehabilitation Department of Health Center, Hainan Provincial People's Hospital, Haikou 570311, China;

2 Central Laboratory, Hainan Provincial People's Hospital, Haikou 570311, China)

Abstract Objective: To explore the effects of acupuncture and moxibustion combined with Shujing Tongdu Massage and Huangqi Guizhi Wuwu Decoction on cervical function, quality of life and inflammatory reaction in patients with cervical spondylotic radiculopathy. **Methods:** A total of 104 patients with cervical spondylotic radiculopathy who were admitted to Hainan provincial people's hospital from January 2017 to May 2018 were selected. They were divided into an observation group (52 cases) and a control group (52 cases) according to random number table method. The control group was treated with acupuncture and moxibustion combined with general massage, and the observation group was treated with acupuncture and moxibustion combined with Shujing Tongdu Massage and Huangqi Guizhi Wuwu Decoction. The clinical effects of the 2 groups were compared, including TCM syndrome score, cervical vertebral function score, visual analogue score (VAS), SF-36 quality of life scale, serum interleukin-8 (IL-8), hypersensitive C-reactive protein (hs-CRP) and substance P levels before and after treatment. **Results:** The total effective rate of the observation group was 94.23% (49/52), and that of the control group was 76.92% (40/52). The total effective rate of the observation group was significantly higher than that of the control group ($P < 0.05$). 40 d after treatment, the TCM syndrome score and VAS of the 2 groups were significantly lower than those before treatment ($P < 0.05$). The TCM syndrome score and VAS of the observation group were significantly lower than those of the control group ($P < 0.05$). 40 d after treatment, the cervical function score and SF-36 quality of life scale of the 2 groups were significantly increased than before treatment ($P < 0.05$). The cervical function score and SF-36 quality of life of the observation group were significantly higher than those of the control group ($P < 0.05$). 40 d after treatment, the serum levels of IL-8, hs-CRP and substance P in both groups were decreased than those before treatment ($P < 0.05$). The levels of IL-8, hs-CRP and substance P in the observation group were significantly lower than those in the control group ($P < 0.05$). **Conclusion:** Acupuncture and moxibustion combined with Shujing Tongdu Massage and Huangqi Guizhi Wuwu Decoc-

tion can effectively improve the clinical symptoms of cervical spondylotic radiculopathy, improve the function and quality of life of patients with cervical spondylotic radiculopathy, reduce inflammatory reaction, and they have a better effect in treating cervical spondylotic radiculopathy.

Key Words Cervical spondylotic radiculopathy; Cervical vertebral function; Quality of life; Inflammatory response; Shujing Tongdu Massage; Acupuncture and moxibustion; Huangqi Guizhi Wuwu Decoction

中图分类号:R246.9;R274.9 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2019.12.055

近年来,随着手机、电脑等的普及,颈椎病的发病率呈逐年增高的趋势,且发病年龄趋于年轻化,严重影响了人们的健康。神经根型颈椎病是由于颈椎间盘突出或增生导致相应的神经根受压,从而产生神经根性痛及神经根支配的区域麻木、疼痛等,是颈椎病的常见类型,约占颈椎病的50%~60%^[1]。目前临床上对于神经根型颈椎病主要治疗方法包括手术治疗和保守治疗,其中手术治疗对患者创伤较大,仅在少数具有典型手术指征的患者中应用^[2]。保守治疗具有治疗费用低、不良反应小等特点,是目前治疗神经根型颈椎病的主要方法。针灸是中医学中的瑰宝,具有调节阴阳平衡、活血化瘀、舒筋通络的功效^[3]。疏经通督推拿则是结合颈椎解剖特点及经络特点进行的一种治疗手法,对颈椎病具有很好的治疗效果^[4]。黄芪桂枝五物汤具有益气通经、活血通痹、祛风散寒的功效,对各类痹症具有很好的治疗效果^[5]。本研究通过探讨针灸和疏经通督推拿结合黄芪桂枝五物汤对神经根型颈椎病患者颈椎功能、生命质量及炎性反应的影响,旨在为神经根型颈椎病的治疗提供参考依据,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2017年1月至2018年5月海南省人民医院收治的神经根型颈椎病患者104例作为研究对象,按照随机数字表法分为观察组和对照组,每组52例。观察组中男29例,女23例;年龄35~79岁,平均年龄 (48.96 ± 8.42) 岁;病程6个月至8年,平均病程 (3.78 ± 1.02) 年;对照组中男27例,女25例;年龄32~78岁,平均年龄 (47.84 ± 8.64) 岁;病程8个月至7年,平均病程 (3.51 ± 1.12) 年。2组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。本研究经我院伦理委员会批准(伦理批件号:161208J)

1.2 诊断标准 患者符合1993年全国颈椎病专题座谈会制定的神经根型颈椎病诊断标准^[6]:1)患者颈部疼痛伴上肢放射性疼痛、麻木,颈后拉伸时疼痛加重,颈部活动受限,相应神经根支配皮肤感觉减

弱,肌力减弱,腱反射异常,椎间孔挤压试验及臂丛神经拉伸实验呈阳性;2)X线显示患者颈椎椎间孔变小,椎间隙狭窄,椎体增生及钩突关节增生,颈椎CT可见神经根管狭窄及赘生物。同时,患者符合国家中医药管理局《中医病症诊断疗效标准》中痹证(神经根型颈椎病)诊断标准^[7],临床常见证型包括风寒痹阻证、血瘀气滞证、痰湿阻络证、肝肾不足证、气血亏虚证。

1.3 纳入标准 1)所有患者均符合神经根型颈椎病诊断标准及痹证(神经根型颈椎病)诊断标准;2)患者年龄 ≥ 18 周岁;3)患者近半年内未接受其他治疗;4)患者具有针灸、推拿和中医治疗的适应证;5)患者及家属对研究知情同意并签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)对针灸、推拿、中药治疗依从性差者;2)合并严重心、肺、肝、肾功能障碍者;3)颈椎骨折、脱位、结核及皮肤感染者;4)精神疾病患者及意识障碍者;5)不能配合治疗者。

1.5 脱落与剔除标准 1)治疗中途主动放弃治疗者;2)治疗中接受其他治疗方案者。

1.6 治疗方法

1.6.1 观察组 应用针灸和疏经通督推拿结合黄芪桂枝五物汤治疗。首先进行疏经通督推拿,患者取仰卧位或坐位,依次进行放松手法、舒筋手法和通督调整手法治疗。放松手法采用棍法松解颈、肩、背部肌肉,然后一手扶住患者下颌,另一手托住患者颈枕部,进行适当的拔伸牵引,共5次,30 s/次。舒筋手法则采取反复揉压风池穴、天柱穴及病变部位的夹脊穴、大椎穴、肩井穴、曲池穴、肩中俞、肩外俞、后溪穴、外关穴等,每个穴位揉压1 min,然后进行夹脊穴的弹拨,持续3 min。通督调整手法:患者呈坐位,医生站立于患者后侧,让患者做颈椎前屈、后伸和旋转等运动,动作逐渐加大,然后将患者头部前屈15°,一手托住患者下颌向棘突偏外歪侧旋转,另一手则向对侧方抵住患者颈椎棘突,当旋转至最大幅度时,可感到旋转力抵达医生拇指指端抵住的患椎处,另一手随机增大幅度,快速旋转扳动,此时可听到颈椎关节调整的响声,随后依次对胸腰椎进行扳法治疗。

治疗后患者俯卧位休息 30 min,进行针灸治疗。针灸取穴:大椎穴、风池穴、风府穴、天宗穴、大抒穴、后溪穴、养老穴、手三里穴、合谷穴、阿是穴。风寒痹阻证加膈俞、血海;血瘀气滞证加内关、三阴交、阳陵泉;痰湿阻络证加脾俞、太溪、合谷;肝肾不足证加肝俞、肾俞、太溪;气血亏虚证加百会穴、足三里、关元、气海、血海。患者呈坐位,选用 30 号针,依次进针,进针后小幅度、快频率提插捻转,直至患者出现酸、麻、胀后留针 30 min 出针。患者服用黄芪桂枝五物汤,组方为:黄芪 30 g、桂枝 10 g、白芍 30 g、生姜 5 片、大枣 6 枚,加水 500 mL 文火煎至 250 mL,每日 1 剂,早晚各服用 1 次,连续服用 2 周后间隔 1 周,再服用 2 周。针灸和疏经通督推拿隔日 1 次,10 次为 1 个疗程,共治疗 2 个疗程,共 40 d。中药均由我院药学部统一购置。

1.6.2 对照组 应用针灸结合普通推拿进行治疗,首先进行普通推拿,患者呈坐位,医生站立于患者后侧,以一手拇指与其余四指对合呈钳形,掌指关节反复屈伸产生拿捏的力量进行治疗,时间 5~10 min,然后用一手拇指指端对患者颈肩部疼痛点进行弹拨治疗,每个疼痛点约 1 min,力度从轻至重,速度由慢至快。医生双手合十位于患者侧后方,用手掌尺侧有节律的弹击颈肩部,治疗 2 min。取患者侧卧位,一手托住患者枕部,一手托患者下颌,用力向后上方进行拔伸牵引 5~10 次,治疗后患者俯卧位休息 30 min,进行针灸治疗,治疗方法同观察组。针灸和普通推拿隔日 1 次,10 次为 1 个疗程,共治疗 2 个疗程,共 40 d。

1.7 观察指标

1.7.1 中医证候积分 参照《中药新药临床研究指导原则》中的标准^[8],分别于治疗前、治疗 40 d 后评估患者的中医证候积分,包括颈肩项背部不适、上肢疼痛麻木、手指疼痛麻木,每项评分 0~3 分,评分越高表明症状越严重。

1.7.2 颈椎功能评分 应用颈椎功能评分量表分别评定治疗前、治疗后 40 d 患者颈椎功能,该量表包括临床检查、临床活动及日常生活功能 3 大项,总

分 27 分,得分越高表明颈椎功能越好^[9]。

1.7.3 疼痛评分 分别于治疗前、治疗 40 d 后应用视觉模拟评分法(Visual Analogue Scale,VAS)评定患者疼痛情况,总分 0 分(无痛)至 10 分(剧烈疼痛),评分越高表明疼痛越严重^[10]。

1.7.4 生命质量评定 分别于治疗前、治疗 40 d 后应用健康调查简表(The 36-item short-form health survey,SF-36)对患者的生命质量进行评定^[11],包含躯体健康、躯体角色、疼痛、情绪角色、活力、心理功能、社会功能、总体健康 8 个维度,每个维度 0~100 分,得分越高表示生命质量越好。

1.7.5 血清学指标的检测 分别于治疗前、治疗 40 d 后采集患者清晨空腹外周静脉血 5 mL,经 3 500 r/min 离心 10 min 分离血清,离心半径为 6 cm,应用双抗体酶联免疫吸附法测定血清白细胞介素-8(Interleukin-8,IL-8)、超敏 C 反应蛋白(High Sensitive C Reactive Protein,hs-CRP)和 P 物质水平,试剂盒购自北京奥维亚生物技术有限公司,严格按照说明书进行操作。

1.8 疗效判定标准 依据《中药新药临床研究指导原则》中的疗效标准^[8],临床治愈:患者临床症状体征完全消失,颈部和上肢活动恢复正常,臂丛神经牵拉试验呈阴性;显效:患者临床症状体征明显改善,颈部和上肢活动基本恢复正常,臂丛神经牵拉试验呈阴性;有效:患者临床症状体征有所改善,颈部和上肢活动有所改善,臂丛神经牵拉试验疑似阳性;无效:治疗后患者临床症状体征、颈部和上肢活动无改善,臂丛神经牵拉试验呈阳性。总有效率=(临床治愈+显效+有效)/总病例数×100%。

1.9 统计学方法 采用 SPSS 16.0 统计软件进行数据分析,计数资料以[例(%)]表示,采用 χ^2 检验;计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 *t* 检验;以 *P* < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组患者临床效果比较 观察组总有效率为 94.23%(49/52),对照组总有效率为 76.92%(40/52),观察组总有效率高于对照组(*P* < 0.05)。见表 1。

表 1 2 组患者临床效果比较[例(%)]

组别	临床治愈	显效	有效	无效	总有效率
观察组(<i>n</i> = 52)	23(44.23)	18(34.62)	8(15.38)	3(5.77)	49(94.23)
对照组(<i>n</i> = 52)	13(25.00)	15(28.85)	12(23.08)	12(23.08)	40(76.92)
χ^2 值					6.310
<i>P</i> 值					0.012

2.2 2 组患者中医证候积分比较 治疗前 2 组患者颈肩项背部不适、上肢疼痛麻木、手指疼痛麻木评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$),治疗 40 d 后 2 组患者肩项背部不适、上肢疼痛麻木、手指疼痛麻木评分均较治疗前降低($P<0.05$),观察组患者肩项背部不适、上肢疼痛麻木、手指疼痛麻木评分低于对照组($P<0.05$)。见表 2。

表 2 治疗前、治疗后 40 d 2 组患者中医证候积分比较($\bar{x}\pm s$,分)			
组别	颈肩项背部不适	上肢疼痛麻木	手指疼痛麻木
对照组($n=52$)			
治疗前	2.35±0.45	2.08±0.37	2.08±0.38
治疗 40 d 后	1.42±0.64 [*]	1.28±0.48 [*]	1.13±0.32 [*]
观察组($n=52$)			
治疗前	2.35±0.4	2.11±0.38	2.06±0.42
治疗 40 d 后	0.61±0.15 ^{*△}	0.54±0.16 ^{*△}	0.52±0.13 ^{*△}

注:与治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与对照组比较,[△] $P<0.05$

2.3 2 组患者颈椎功能评分及 VAS 评分比较 治疗前 2 组患者颈椎功能评分及 VAS 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$),治疗 40 d 后 2 组患者 VAS 均较治疗前降低,颈椎功能评分较治疗前升高($P<0.05$),观察组患者 VAS 低于对照组,颈椎功能评分高于对照组($P<0.05$)。见表 3。

表 4 治疗前、治疗 40 d 后 2 组患者 SF-36 量表评分比较($\bar{x}\pm s$,分)				
组别	躯体健康	躯体角色	疼痛	情绪角色
对照组($n=52$)				
治疗前	59.35±6.14	63.45±6.68	52.24±7.53	60.95±6.46
治疗 40 d 后	74.58±10.53 [*]	83.61±10.23 [*]	70.48±10.25 [*]	74.65±9.23 [*]
观察组($n=52$)				
治疗前	58.53±6.55	64.53±7.55	51.23±7.23	60.24±6.76
治疗 40 d 后	85.67±8.57 ^{*△}	90.51±8.63 ^{*△}	82.24±7.65 ^{*△}	88.62±8.64 ^{*△}
组别	活力	心理功能	社会功能	总体健康
对照组($n=52$)				
治疗前	61.33±7.43	56.56±7.86	55.65±7.56	53.96±7.63
治疗 40 d 后	78.53±12.54 [*]	75.26±10.22 [*]	76.83±10.23 [*]	73.76±11.23 [*]
观察组($n=52$)				
治疗前	62.21±7.58	57.45±7.55	54.26±7.25	53.54±7.55
治疗 40 d 后	85.63±9.54 ^{*△}	88.52±6.64 ^{*△}	83.54±8.65 ^{*△}	84.59±8.63 ^{*△}

注:与治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与对照组比较,[△] $P<0.05$

表 5 治疗前、治疗 40 d 后 2 组患者血清 IL-8、hs-CRP 和 P 物质水平比较($\bar{x}\pm s$)			
组别	IL-8 (pg/mL)	hs-CRP (mg/L)	P 物质 (ng/mL)
对照组($n=52$)			
治疗前	61.31±13.69	14.87±5.54	27.65±4.81
治疗 40 d 后	43.22±9.84 [*]	8.27±2.83 [*]	17.24±3.82 [*]
观察组($n=52$)			
治疗前	62.14±14.13	14.23±5.36	28.46±4.95
治疗 40 d 后	33.27±8.53 ^{*△}	5.53±1.23 ^{*△}	13.55±2.44 ^{*△}

注:与治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与对照组比较,[△] $P<0.05$

2.4 2 组患者 SF-36 量表评分比较 治疗前 2 组患者 SF-36 量表各维度评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$),治疗 40 d 后 2 组患者 SF-36 量表各维度评分均较治疗前升高($P<0.05$),且观察组患者 SF-36 量表各维度评分高于对照组($P<0.05$)。见表 4。

2.5 2 组患者血清 IL-8、hs-CRP 和 P 物质水平比较 治疗前 2 组患者血清 IL-8、hs-CRP 和 P 物质水平比较,差异无统计学意义($P>0.05$),治疗 40 d 后 2 组患者血清 IL-8、hs-CRP 和 P 物质水平均较治疗前降低($P<0.05$),观察组患者 IL-8、hs-CRP 和 P 物质水平低于对照组($P<0.05$)。见表 5。

表 3 治疗前、治疗 40 d 后 2 组患者颈椎功能评分及 VAS 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	颈椎功能评分	VAS 评分
对照组($n=52$)		
治疗前	12.92±1.77	6.77±1.85
治疗 40 d 后	19.53±2.78 [*]	3.92±0.78 [*]
观察组($n=52$)		
治疗前	12.58±1.85	2.05±0.64
治疗 40 d 后	23.26±3.55 ^{*△}	0.54±0.16 ^{*△}

注:与治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与对照组比较,[△] $P<0.05$

3 讨论

神经根型颈椎病是临床上较为常见的疾病,患者主要表现为颈肩背部疼痛、不适、上肢和指端麻木、酸胀及放射性疼痛等,给患者带来痛苦。目前,临床上对于神经根型颈椎病尚无特效治疗方法,主要采用保守治疗。常规的保守治疗方法包括牵引、按摩、封闭治疗等,但临床疗效一般。近年来,中医治疗在神经根型颈椎病治疗中展现了广阔的前景,并逐渐得到人们重视。大量文献显示,针灸、推拿及中药制剂在颈椎病治疗中疗效被肯定^[12-13]。中医学将颈椎病纳入“颈肩痛”“痹症”的范畴,认为该病的主要病机在于机体劳顿致使营卫失调,风寒湿三邪侵袭,导致气滞血瘀、经络痹阻、日久所致骨损筋伤,筋骨失和。本研究中观察组应用针灸、疏经通督推拿结合黄芪桂枝五物汤进行治疗,其中针灸、推拿能够有效的松弛脉道、行气活血,起到濡养经脉的作用。而现代医学研究也证实针灸具有刺激神经、舒张血管、改善局部血液循环、缓解肌肉痉挛、促进炎症反应和水肿消退的作用^[14]。本研究选择大椎穴、风池穴、风府穴、天宗穴、大抒穴、后溪穴、养老穴、手三里穴、合谷穴、阿是穴进行针灸,其中大椎穴又称百劳穴,具有益气壮阳的功效,对各类颈项痛具有很好的疗效;风池穴出自《灵枢·热病》,主治头晕目眩、颈项强急等症;风府穴具有通关开窍、息风散风的作用。天宗穴则对颈椎酸痛有很好的疗效;后溪穴、养老穴、手三里穴、合谷穴则对疏通手臂经脉有很好的作用。本研究根据中医辨证施治,对于风寒痹阻证、血瘀气滞证、痰湿阻络证、肝肾不足证、气血亏虚证等患者分别加取其他穴道进行针灸,取得了较好的效果。

疏经通督推拿是结合颈椎解剖特点及经络特点进行的一种手法治疗,该治疗手法遵循中医治病必求于本的原则。中医认为神经根型颈椎病的本在督脉,标在四末^[15]。督脉是人体质量要的脉络,手足六阳经会与督脉大椎穴,督脉之气损耗可以导致肢体失用、骨髓生变、脑腑扰动。通过疏经和通督可以对神经根型颈椎病起到很好的治疗作用^[16]。《素问·骨空论》指出“督脉生病治督脉,治在骨上”,指的是通过治疗督脉可以起到调整督脉气血,祛除疾病的作用。疏经通督推拿包括放松手法、舒筋手法和通督调整手法,其是指在放松颈、肩、背部肌肉的同时,对风池穴、天柱穴、夹脊穴、大椎穴、肩井穴、曲池穴、肩中俞、肩外俞、后溪穴、外关穴等进行反复的揉按,对夹脊穴进行弹拨,最后通过脊柱调整手法纠

正还纳颈椎关节的位置异常,使经络气血恢复运行,恢复颈椎生理功能。黄芪桂枝五物汤源自《金匱要略》,是由黄芪、桂枝、白芍、生姜、大枣组方而成,其中黄芪味甘、微温,具有补气固表的作用^[17];桂枝味辛,具有温经通阳、镇静镇痛、解痉下气的作用;白芍具有养血益气,疏通经络的作用。生姜与桂枝为伍具有能和营卫,祛风解表的作用^[18];大枣则具有益气养血的作用。诸药合用,公奏祛风散寒、和血通痹、调养英卫之功效。

本研究结果显示,观察组总有效率高于对照组,表明针灸和疏经通督推拿结合黄芪桂枝五物汤治疗神经根型颈椎病效果优于针灸结合普通推拿进行治疗。蒋志伟等^[19]报道显示,针灸与推拿结合中药离子透入可以有效提高神经根型颈椎病治疗效果,降低复发率。卜岗等^[20]报道显示,中医推拿配合中药熏蒸对于神经根型颈椎病有很好的治疗效果。本研究中观察组患者经过治疗后肩项背部不适、上肢疼痛麻木、手指疼痛麻木评分、VAS 低于对照组,SF-36 量表各维度评分高于对照组,表明针灸和疏经通督推拿结合黄芪桂枝五物汤治疗神经根型颈椎病可以改善患者临床症状,提高患者生命质量,效果优于针灸结合普通推拿进行治疗。

IL-8 是趋化家族的一种重要细胞因子,对中心粒细胞具有很强的趋化作用,也是导致机体炎症反应的重要细胞因子^[21]。hs-CRP 则是一种急性反应蛋白,是反映机体炎症反应程度的重要血清学指标^[22]。P 物质则是一种广泛分布于神经纤维的神经肽^[23]。研究发现,当神经受到刺激后,可以迅速释放 P 物质,其水平与痛觉传递有密切关系^[24]。本研究结果显示,观察组患者治疗后炎症反应程度和神经纤维释放 P 物质水平低于对照组,提示针灸和疏经通督推拿结合黄芪桂枝五物汤治疗可以有效降低患者炎症反应,从而提高治疗效果。笔者推测通过疏经通督推拿刺激经络,可以起到调整督脉气血,祛除疾病的作用,同时也降低了患者炎症反应。而现代医学研究表明黄芪桂枝五物汤的主要成分黄芪、桂枝和生姜也具有降低炎症反应的作用,因此通过上述治疗降低了患者的炎症反应,有助于提高治疗效果,促进神经根型颈椎病患者康复。本研究优点在于结合目前中医关于神经根型颈椎病病机的认识,辨证施治,对于疗效有较完善的分析和解读,但同时存在病例数较少,没有进行相关影像学分析的缺点,有待于今后进一步研究丰富。

综上所述,针灸和疏经通督推拿结合黄芪桂枝

五物汤可以有效改善神经根型颈椎病的临床症状,提高患者颈椎功能和生命质量,降低炎性反应,治疗神经根型颈椎病效果较好。该种疗法操作简单、安全性高,利于患者接受,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] Jovicic MD, Konstantinovic LM, Grgurevic AD, et al. Validation of the Neck Disability Index in Serbian Patients With Cervical Radiculopathy [J]. J Manipulative Physiol Ther, 2018, 41(6):496-502.
- [2] Okazaki T, Nakagawa H, Mure H, et al. Microdiscectomy and Foraminotomy in Cervical Spondylotic Myelopathy and Radiculopathy [J]. Neurol Med Chir (Tokyo), 2018, 58(11):468-476.
- [3] 马涛, 黄璐, 赵阳, 等. 针灸对肝郁化火型失眠患者 NE 及 PKC, BDNF 表达水平的影响 [J]. 现代生物医学进展, 2016, 16(21):4071-4074.
- [4] 丁勇. 复方葛根汤加减联合疏经通督推拿手法治疗糖尿病合并椎动脉型颈椎病 [J]. 中医学报, 2018, 33(7):1220-1225.
- [5] 丁勇. 黄芪桂枝五物汤配合推拿治疗神经根型颈椎病 47 例 [J]. 河南中医, 2017, 37(1):41-43.
- [6] 潘宇. 中医辨证分型论治颈椎病 76 例 [J]. 实用中医内科杂志, 2007, 21(2):32-33.
- [7] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准 [S]. 南京: 南京大学出版社 1994:189-190.
- [8] 国家食品药品监督管理局. 中药新药临床研究指导原则 (试行) [S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002:156-162, 233-237.
- [9] 王晓红, 丁明甫, 何成奇, 等. 颈椎病颈椎功能评定表 [J]. 华西医学, 2003, 18(1):35-36.
- [10] Voutilainen A, Pitkääho T, Kvist T, et al. How to ask about patient satisfaction? The visual analogue scale is less vulnerable to confounding factors and ceiling effect than a symmetric Likert scale [J]. J Adv Nurs, 2016, 72(4):946-957.
- [11] Kim PJ, Kumar A, Elmarsafi T, et al. Comparison of Completion Rates for SF-36 Compared With SF-12 Quality of Life Surveys at a Tertiary Urban Wound Center [J]. J Foot Ankle Surg, 2017, 56(5):1031-1035.

- [12] 李银太, 卫穗转. 传统针灸推拿基础上联用 McKenzie 疗法对神经根型颈椎病患者颈椎功能及电生理指标的影响 [J]. 颈腰痛杂志, 2017, 38(5):420-423.
- [13] 刘建敏. 针灸配合颈椎牵引治疗神经根型颈椎病的临床效果 [J]. 临床医学研究与实践, 2018, 3(16):141-142.
- [14] 王佳, 翟炎冰, 赵世同, 等. 针灸治疗创伤性脊髓损伤诊疗特点分析 [J]. 世界中医药, 2016, 11(2):343-347.
- [15] 徐林莉. 神经根型颈椎病患者联合应用针灸与推拿的效果观察 [J]. 饮食保健, 2018, 5(11):101.
- [16] 黄伟, 焦杨, 齐凤军, 等. 调脊通督针法治疗神经根型颈椎病临床研究 [J]. 中医学报, 2017, 32(3):470-472.
- [17] 张强, 张艺, 张凡鲜. 加味黄芪桂枝五物汤治疗神经根型颈椎病临床观察 [J]. 实用中医药杂志, 2016, 32(6):535-535, 536.
- [18] 胡劲松. 疏经通督法推拿治疗腰椎间盘突出症 23 例临床观察 [J]. 中国民族民间医药, 2018, 27(15):120-121.
- [19] 蒋志伟. 穴位注射联合针灸推拿治疗神经根型颈椎病的临床效果分析 [J]. 中医临床研究, 2015, 6(20):32-33.
- [20] 卜岗, 孙欣, 杨娜, 等. 中医颈椎牵引联合内服、外敷对神经根型颈椎病患者的临床分析 [J]. 世界中医药, 2018, 13(4):885-888.
- [21] Glass O, Henao R, Patel K, et al. Serum Interleukin-8, Osteopontin, and Monocyte Chemoattractant Protein 1 Are Associated With Hepatic Fibrosis in Patients With Nonalcoholic Fatty Liver Disease [J]. Hepatol Commun, 2018, 2(11):1344-1355.
- [22] Tanemoto M. High-sensitive C-reactive protein in primary aldosteronism [J]. J Hypertens, 2017, 35(1):200-201.
- [23] Simavli S, Thompson IR, Maguire CA, et al. Substance p regulates puberty onset and fertility in the female mouse [J]. Endocrinology, 2015, 156(6):2313-2322.
- [24] Lee C, Lee S, Woo C, et al. Differential regulation of neuronal excitability by nicotine and substance P in subdivisions of the medial habenula [J]. Anim Cells Syst (Seoul), 2018, 22(3):165-171.

(2018-11-26 收稿 责任编辑:王明)

(上接第 3342 页)

- [7] 苏敏. 表面肌电生物反馈治疗脑卒中后吞咽功能障碍患者的效果探讨 [J]. 社区医学杂志, 2017, 15(3):64-65.
- [8] 张程. 针药结合治疗脑梗死后吞咽障碍的效果及临床意义探究 [J]. 北方药学, 2016, 13(11):105-106.
- [9] 黄金媚. 自拟清热化痰方合长春西汀治疗缺血性脑卒中后真性球麻痹的临床研究 [D]. 南宁: 广西中医药大学, 2016.
- [10] 李丽娜. 涤痰汤合通窍活血汤联合吞咽功能训练对脑梗死后吞咽障碍的疗效观察 [J]. 陕西中医, 2016, 37(5):526-528.
- [11] 曾国勇, 曾祥俊. 中西医结合治疗脑梗死吞咽障碍 19 例 [J]. 中国中医药现代远程教育, 2015, 13(24):77-78.
- [12] 朱慧敏, 杨永超, 饶江, 等. 表面肌电生物反馈治疗对卒中后吞咽功能障碍患者咽期活动的影响 [J]. 中国脑血管病杂志, 2015, 12(11):572-576.
- [13] 张建斌, 李晓慧, 刘旭峰, 等. 肌电生物反馈联合电针治疗脑梗死后吞咽障碍的疗效 [J]. 中国老年学杂志, 2015, 35(18):5141-5142.
- [14] 李俊, 刘群会. 吞咽功能训练联合药物治疗急性脑梗死后咽

- 障碍的疗效观察 [J]. 中国康复, 2015, 30(4):279.
- [15] 赵晓芸, 陈冬琴. 发病部位对脑梗死患者吞咽功能的影响 [J]. 中国实用神经疾病杂志, 2015, 18(14):59-60.
- [16] 郜旭娜. “咽部四针”对痰湿瘀阻型脑梗死后假性球麻痹患者的血液流变学和 TCD 的干预研究 [D]. 洛阳: 河南中医学院, 2015.
- [17] 廖喜琳, 钟美容, 蔡超群. 标准吞咽功能评估及预见性护理对老年脑卒中吞咽障碍患者康复的影响 [J]. 中国老年学杂志, 2015, 35(8):2036-2038.
- [18] 邓红琼, 李宁. 脑卒中后吞咽障碍的发生机制研究进展 [J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2014, 16(9):1000-1001.
- [19] 兰月, 王茜媛, 徐光青, 等. 表面肌电生物反馈及神经肌肉电刺激对脑干损伤后吞咽障碍患者吞咽功能的即时效应 [J]. 中国康复医学杂志, 2014, 29(5):405-409.
- [20] 孟凤珠, 温凯, 高华, 等. 肌电生物反馈联合康复训练治疗脑梗死后吞咽障碍疗效分析 [J]. 神经损伤与功能重建, 2017, 12(5):445-446.

(2018-11-30 收稿 责任编辑:芮莉莉)