

● 中医伤科 ●

颈痛消丸联合针灸 治疗脊髓型颈椎病气滞血瘀证 30 例总结

王 嘯¹, 李无阴²

(1. 湖南中医药大学, 湖南 长沙, 410208;

2. 河南省洛阳正骨医院/河南省骨科医院, 河南 洛阳, 471002)

[摘要] 目的: 观察颈痛消丸联合针灸治疗脊髓型颈椎病气滞血瘀证的临床疗效。方法: 将 72 例脊髓型颈椎病气滞血瘀证患者随机分为治疗组和对照组, 每组各 36 例。对照组予以针灸配合基础治疗, 治疗组在对照组治疗基础上加用颈痛消丸治疗。2 组均治疗 12 周。比较 2 组综合疗效、影像学结果、视觉模拟评分法(VAS)评分、脊髓功能评分及停药时间, 同时记录不良反应发生率及需手术率。结果: 治疗过程中, 治疗组脱落 6 例, 对照组脱落 5 例。总有效率治疗组为 83.33%, 对照组为 61.29%, 2 组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 2 组 VAS 评分、脊髓功能评分治疗前后组内比较及治疗后组间比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$); 2 组停药时间比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 2 组不良反应发生率及需手术率比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论: 颈痛消丸联合针灸治疗脊髓型颈椎病气滞血瘀证疗效优于常规治疗。

[关键词] 脊髓型颈椎病; 中西医结合治疗; 针灸; 颈痛消丸

[中图分类号] R274.915⁺.5 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.07.029

脊髓型颈椎病(cervical spondylotic myelopathy, CSM)是由于椎体骨质增生、椎间盘突出、黄韧带肥厚等退行性原因, 导致椎管狭窄、脊髓或营养脊髓的血管受到压迫而产生的以脊髓功能障碍为主要表现的疾病。该病临床表现为运动、感觉、排便、性功能障, 以及反射、肌力、肌张力异常等。CSM 是颈椎病中较为严重的类型, 约占颈椎病总患者的 5%~10%, 占有所有脊髓相关疾病的 23.6%, 是 55 岁以上人群脊髓病变的最常见原因^[1]。目前该病治疗方案以外科手术为主, 但其手术适应证严格、术后并发症较多^[2], 因此非手术治疗越来越受到重视。中医药治疗该病具有独特的优势, 针灸治疗 CSM 疗效确切^[3]。本研究采用颈痛消丸联合针灸治疗脊髓型颈椎病气滞血瘀证 30 例, 获得满意疗效, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2017 年 6 月至 2017 年 12 月于河南省洛阳市正骨医院脊柱科脊髓型颈椎病气滞血瘀证住院患者 72 例, 采用随机数字表法将其随机分为治疗组和对照组, 每组各 36 例。治疗组中, 男 16 例, 女 20 例; 年龄最小 26 岁, 最大 69 岁, 平均 48.30 岁; 病程最短 1 个月, 最长 72 个月, 平均

32.03 个月; 病情分级(参照脊髓功能状态评分法^[4]): 1 级 0 例, 2 级 1 例, 3 级 18 例, 4 级 17 例。对照组中, 男 15 例, 女 11 例; 年龄最小 31 岁, 最大 67 岁, 平均 49.90 岁; 病程最短 1 个月, 最长 60 个月, 平均 29.19 个月; 病情分级: 1 级 0 例, 2 级 0 例, 3 级 20 例, 4 级 16 例。2 组一般资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 符合《中药新药临床研究指导原则》^[5]中脊髓型颈椎病诊断标准。1) 症状: 颈项部疼痛不适, 双上肢或双下肢麻木, 肢体乏力, 行动困难, 感觉异常, 排便及性功能障, 有踩棉感或有胸口束带感。2) 体征: 生理反射亢进, 巴氏征、霍氏征等病理征阳性。3) 影像学: 颈椎 X 线片提示颈椎间隙狭窄或边缘骨质增生, CT 或 MRI 可见颈椎间盘突出、椎管狭窄等表现。

1.2.2 中医辨证标准 符合《中药新药临床研究指导原则》^[5]中颈椎病气滞血瘀证标准。颈项疼痛, 肢体麻木, 舌质淡红或紫暗、有瘀斑, 脉弦或涩。

1.3 纳入标准 1) 符合以上西医诊断标准及中医辨证标准; 2) 经 CT 或 MRI 检查可明确诊断; 3) 年

龄18~70岁;4)本次发病属平稳型或自限型。

1.4 排除标准 1)MRI显示颈椎管前后径 $<6\text{mm}$,脊髓受压严重或脊髓信号改变;2)肢体完全瘫痪;3)短期内病情进展迅速,或经保守治疗后无效甚至加重;4)合并脊柱结核、肿瘤、骨折等其他严重脊柱疾病;5)合并或未排除脊髓多发性硬化、Guillian-Barre综合征等神经内科运动神经元疾病;6)合并其他呼吸、循环、消化、造血、内分泌等系统严重原发性疾病;7)有妊娠或其他研究药物禁忌证;8)因其他原因不能配合治疗。

2 治疗方案

2.1 基础治疗 2组均予以甲钴胺片(卫材药业有限公司,批准文号:国药准字H20143107,规格:0.5mg/片)口服,0.5mg/次,3次/d,服用4周。同时予以塞来昔布胶囊(辉瑞制药有限公司,批准文号:国药准字J20120063,规格:0.2g/粒)口服,0.2g/次,2次/d,视疼痛情况减量或停用。要求2组患者出院后卧床休息,每天进行康复锻炼,包括仰头、摇头等,动作需轻柔;同时进行四肢肌肉力量及功能锻炼以及手指精细动作训练。

2.2 对照组 予普通针刺治疗。取穴以病变节段局部夹脊穴为主,选用0.30mm $\times$ 25mm(1.5寸)毫针直刺0.7~0.9寸,捻转得气后留针30min。根据患者病情加减配穴,上肢麻木者加肩髃、肩贞、手三里、曲池、合谷;下肢麻木者加环跳、秩边、阳陵泉、委中、昆仑穴;四肢无力者加关元、气海、肾俞、三阴交、太溪穴;二便障碍者加天枢、支沟、上巨虚、下巨虚、阴陵泉、中极穴。1次/d,治疗10d。

2.3 治疗组 在对照组治疗基础上予颈痛消丸治疗。颈痛消丸(河南洛阳正骨医院院内制剂,由羌活、独活、桂枝、细辛、姜黄、延胡索、葛根、木瓜、当归、丹参、秦艽、桑枝、忍冬藤、甘草等14味药制成,河南洛正制药厂生产,批准文号:豫药制字ZD4030005,6g/袋)口服,6g/次,2次/d,治疗8周。

2组均观察12周。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1)影像学指标。主要指标为颈椎曲度,距离测量采用Borden法^[6]测量颈椎生理曲度深度,用弧弦距(ACD)表示;角度测量采用Harrison法^[6]测量颈椎角(CSA),比较患者治疗前后颈椎侧位片ACD及CSA的改变情况。2)疼痛指标。采用视觉模拟评分法(VAS)^[7]评定患者疼痛缓解情况,同时回访记录患者非甾体抗炎药停用时间。3)脊

髓功能评分。采用“中国40分法”^[4]进行评定,包括上肢功能、下肢功能、括约肌功能、四肢感觉、束带感觉等5项,总分40分,根据分数可将患者分为4级,用该法对患者治疗前后进行评分并分级,评定患者治疗前后神经功能。4)不良反应及病情进展。住院期间密切观察病情进展,出现保守治疗无效或病情进展需要手术治疗者,予以脱落处理。出院后每2周随访一次,记录不良反应事件,出现不良反应事件后予以对症支持治疗,处理无效或出院后病情再次进展并需手术者予以脱落处理。5)根据脊髓功能评分判定综合疗效。

3.2 疗效标准 参照“中国40分法”^[4]拟定。治疗前后对2组患者脊髓功能进行评分,并计算改善率。改善率=改善分数/损失分数 $\times 100\%$ (改善分数=治疗后分数-治疗前分数,损失分数=40-治疗前分数)。临床缓解:症状完全消失,改善率 $\geq 60\%$;显效:症状基本消失,改善率 $\geq 40\%$ 、但 $<60\%$;有效:症状有所改善,改善率 $\geq 20\%$ 、但 $<40\%$;无效:症状无明显改善甚至加重,改善率 $<20\%$ 。

3.3 统计学方法 采用SPSS 17.0统计软件进行统计分析,计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料以百分比(%)表示,采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 病例脱落情况 治疗过程中治疗组脱落6例,对照组脱落5例。因病情进展需改用手术治疗者,治疗组4例,对照组5例;未按要求服药者,治疗组1例;失访者,治疗组1例。最终治疗组30例、对照组31例完成观察疗程。

3.4.2 2组综合疗效比较 总有效率治疗组为83.33%,对照组为61.29%,2组比较,差异有统计学意义。(见表1)

表1 2组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	临床缓解	显效	有效	无效	总有效
治疗组	30	5(16.67)	6(20.00)	14(46.66)	5(16.67)	25(83.33) ^a
对照组	31	1(3.23)	2(6.45)	16(51.61)	12(38.71)	19(61.29)

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

3.4.3 2组影像学结果比较 2组ACD、CSA治疗前后组内比较,差异均有统计学意义;2组治疗后组间比较,差异无统计学意义。(见表2)

3.4.4 2组VAS评分及脊髓功能评分比较 2组VAS评分及脊髓功能评分治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义。(见表3)

表 2 2 组影像学结果比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间节点	ACD(cm)	CSA(°)
治疗组	30	治疗前	0.15 ± 0.50	5.84 ± 9.76
		治疗后	0.47 ± 0.41 ^{ab}	12.22 ± 7.55 ^{ab}
对照组	31	治疗前	0.22 ± 0.46	6.80 ± 9.77
		治疗后	0.35 ± 0.48 ^a	9.87 ± 5.92 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P > 0.05$ 。

表 3 2 组治疗前后 VAS 评分及脊髓功能评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	时间节点	VAS 评分	脊髓功能评分
治疗组	30	治疗前	5.03 ± 1.73	29.27 ± 4.18
		治疗后	3.27 ± 1.36 ^{ab}	33.43 ± 3.82 ^{ab}
对照组	31	治疗前	4.80 ± 2.14	29.42 ± 4.25
		治疗后	3.87 ± 1.57 ^a	30.96 ± 3.82 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P < 0.05$ 。

3.4.5 2 组停药时间比较 在治疗过程中,对照组 5 例、治疗组 2 例因出现不良反应导致未服药物或提前停用药物,排除该 7 例患者后,2 组停药时间比较,差异有统计学意义。(见表 4)

表 4 2 组停药时间比较($\bar{x} \pm s$,d)

组别	例数	停药时间
治疗组	28	16.87 ± 7.74 ^a
对照组	26	22.13 ± 6.96

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

3.5 不良反应 治疗过程中,治疗组 4 例脊髓损伤需要手术治疗,需手术率为 11.11%;1 例食欲减退,1 例月经量多,不良反应发生率为 8.00%。对照组 5 例脊髓损伤需手术治疗,需手术率为 13.89%;食欲减退 2 例,应激性溃疡 1 例,恶心呕吐 2 例,不良反应发生率为 26.32%。2 组需手术率、不良反应发生率比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

4 讨 论

中医学中并无“脊髓型颈椎病”病名,结合颈项疼痛,四肢麻木、乏力,行动困难,感觉异常等症状,可将本病归属于“项痹”“痿证”范畴,辨证多从瘀、虚论治。中医学认为,本病病位在脊髓,多因余邪未净、气滞血瘀导致经络受阻,则不通而痛;同时气血瘀阻,气机不畅,新血不生,髓海失养,脑失神明发为痿证。故治以活血化瘀、养血止痛为法。有相关临床研究表明,中药能够从促进局部血液循环、减轻炎症反应、减少神经细胞的凋亡、清除自由基等方面发挥对于 CSM 的治疗作用^[8]。针灸治疗能够振奋阳气、活血通络,改善局部血液循环、缓解肌

紧张^[9]。颈痛消丸是河南省洛阳市正骨医院的经验方,是根据平乐郭氏正骨针对项痹邪聚、气滞、血瘀的特点制成,在医院长期的临床应用中表现出可靠的疗效^[10]。方中羌活、独活为君,取其辛温之性,散上部之邪止痹痛;姜黄苦辛而温,外散诸邪,内破瘀血,配合桂枝、细辛之辛温,能温通血脉,使太阳经脉通利,气血流畅;延胡索苦辛而温,善治寒瘀夹杂,活血利气,通经止痛;桑枝味苦性平,长于治疗经络瘀滞所致的四肢麻木等症;丹参苦寒,有清热凉血、祛瘀通经之功,同时苦寒之性可制约羌活、独活之燥烈,防止伤阴动血;当归味甘,补血活血,行气止痛;葛根甘辛而凉,防诸药过温而伤阴;木瓜解痉、缓急止痛;秦艽清湿热、止痹痛;忍冬藤利关节、除痹痛;甘草调和诸药,缓急止痛。诸药合用,共奏祛外邪、破瘀血,通经络、止痹痛之功。

本研究结果表明,针灸配合颈痛消丸口服治疗 CSM,可促进患者神经功能恢复,改善患者生活质量;同时可以减少非甾体抗炎药物的使用剂量和使用周期,减少不良反应的发生风险,提高患者医从性,是一种可靠的治疗方案,值得在临床推广应用。但在本研究过程中,保守治疗方案仍存在个体与病情的差异,随访时间控制不完全一致,其作用机制及对疾病预后及转归的影响仍有待进一步研究。

参考文献

[1] 章仁杰,申才良,张秀军,等. 脊髓型颈椎病患者特征的流行病学调查[J]. 安徽医科大学学报,2011,46(9):973-976.
[2] 刘维祥. 脊髓型颈椎病治疗探讨[J]. 中国实用医药,2010,5(5):85-86.
[3] 蒋亚文. 针灸治疗 22 例脊髓型颈椎病的临床观察[J]. 长春中医药大学学报,2011,27(1):105-106.
[4] 王立舜,党耕町,刘忠军,等. 关于颈脊髓损害功能评定标准的讨论[J]. 中国脊柱脊髓杂志,1991(2):52-54.
[5] 郑筱萸. 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] 王涛,周理乾,孙孟锟,等. 6 种颈椎曲度测量方法的可信度及可重复性比较[J]. 中国脊柱脊髓杂志,2015,25(4):323-327.
[7] Gould D, Kelly D, Goldstone L, et al. Examining the validity of pressure ulcer risk assessment scales: developing and using illustrated patient simulations to collect the data[J]. Journal of Clinical Nursing, 2010,10(5):706.
[8] 高军伟,周临东. 中医药治疗脊髓型颈椎病临床研究[J]. 吉林中医药,2013,33(3):239-240.
[9] 王雷,周震,王遵来,等. 针灸治疗颈椎病的临床研究进展[J]. 针灸临床杂志,2010,26(5):69-73.
[10] 张虹. 我院 2013—2015 年平乐郭氏正骨传统制剂使用分析[J]. 中国药房,2016,27(14):1888-1890.

(收稿日期:2018-10-16)