

加味羌活汤内服和离子导入治疗风寒湿痹证 神经根型颈椎病 67 例临床分析

符积勤*, 周利民

(海口市中医医院, 海口 570203)

[摘要] **目的:**观察加味羌活汤内服和离子导入治疗神经根型颈椎病(CSR)风寒湿痹证的临床疗效及其对患者血清白介素-1 β (interleukin-1 β , IL-1 β)和肿瘤坏死因子- α (tumor necrosis factor- α , TNF- α)水平的影响。**方法:**将134例CSR患者随机按数字表法分为对照组和治疗组各67例。对照组使用根痛平颗粒口服,8 g/1次,2次/d,同时进行颈椎按摩手法放松、牵引,20 min/次,1次/d;治疗组采用加味羌活汤,1剂/d,水煎煮,分早晚分2次内服,同时将另1剂加味羌活汤研成粗粉,用75%乙醇浸泡1个月,用时取汁液加热10 min,用离子导入治疗,25 min/次,1次/d。两组疗程均为4周。比较两组临床疗效,采用颈椎病临床评价量表(CASCS),评价两组患者主观症状、适应能力和临床体征,疼痛分级指数(PRI)评价两组患者疼痛,分析两组患者治疗前后血清IL-1 β 和TNF- α 含量变化。**结果:**治疗组总有效率为91.04%,优于对照组总有效率的77.61%($P < 0.05$);治疗组治疗后CASCS各项评分和总评分明显高于对照组($P < 0.05$);治疗组治疗后临床症状和PRI评分较对照组均明显下降($P < 0.05$);治疗组治疗后血清IL-1 β ,TNF- α 含量均低于对照组($P < 0.05$)。**结论:**加味羌活汤内服和离子导入治疗CSR风寒湿痹证神经根型颈椎病可改善临床症状、体征和适应能力,减轻疼痛,降低血清IL-1 β 和TNF- α 含量,具有良好的临床疗效。

[关键词] 加减羌活汤;离子导入;神经根型颈椎病;白介素-1 β ;肿瘤坏死因子- α

[中图分类号] R287 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2015)20-0184-04

[doi] 10.13422/j.cnki.sjfx.2015200184

Clinical Effects of Jiawei Qianghuo Decoction Combined with Iontophoresis in Treating Cervical Spondylotic Radiculopathy with Anemofrigid-damp Arthralgia Syndrome FU Ji-qin*, ZHOU Li-min
(Haikou City Hospital of Traditional Chinese Medicine, Haikou 570203, China)

[Abstract] **Objective:** To observe the clinical efficacy of Jiawei Qianghuo decoction combined with iontophoresis in the treatment of cervical spondylotic radiculopathy (CSA) with anemofrigid-damp arthralgia syndrome and its influence on hemorheology and interleukin-1 beta (IL-1 β) and tumor necrosis factor alpha (TNF- α) in serum. **Method:** One hundred and thirty four patients with CSA were randomly divided into control group and treatment group according to number table, with 67 patients in each group. The control group was treated with Gentongping granule (8 g/1 time and 2 times/d) and massage manipulation with relax and traction on cervical vertebra (20 min/1 time and 1 time/d). Treatment group was given with additional Jiawei Qianghuo decoction (1 dose/d and oral, *bid*) and another Jiawei Qianghuo decoction was grinded into coarse powder, soaked in 75% wine for 1 month and heated for 10 min when it is used by iontophoresis (25 min/time, *qd*). The treatment course was 4 weeks for both groups. Clinical effect of both groups was compared. Subjective symptoms, adaptability, and clinical physical signs were assessed by the clinical assessment scale for cervical spondylosis (CASCS). Pain rating index (PRI) was adopted to evaluate the pain in both groups. IL-1 β and TNF- α changes before and after treatment were analyzed in both groups. **Result:** The total effective rate of the treatment group and control group was 91.04% and 77.61% respectively, with significant difference between two groups ($P < 0.05$). Each and total scores for CASCS in treatment group after treatment were higher than those in control group ($P < 0.05$). Clinical

[收稿日期] 20150306(145)

[基金项目] 海南省自然科学基金项目(2013-65)

[通讯作者] *符积勤,主治医师,从事推拿临床工作, Tel:13876683362, E-mail:32799626@qq.com

symptoms and PRI scores in treatment group after treatment were significantly lower than those in control group ($P < 0.05$). After treatment IL-1 β and TNF- α in serum in treatment group were lower than those in control group ($P < 0.05$). **Conclusion:** Oral Jiawei Qianghuo decoction combined with iontophoresis can improve clinical symptoms, physical signs and adaptability, relieve pain and reduce IL-1 β and TNF- α in serum, with a good therapeutic effect.

[Key words] Jiawei Qianghuo decoction; iontophoresis; cervical spondylotic radiculopathy; interleukin-1 β ; tumor necrosis factor- α

神经根型颈椎病(CSR)在颈椎病中最为常见,随着人们生活习惯和工作模式的改变,CSR呈现逐渐增加和低龄化趋势^[1]。现代临床治疗该病疗法多样,但治疗效果尚不令人满意,如单独的消炎、营养神经及颈椎牵引治疗远期疗效较差,容易复发;单一中药口服治疗未能迅速控制病情的发展^[2]。

针对CSR的病症特点和本研究特色,笔者采用加味羌活汤内服和离子导入的方式治疗CSR风寒湿痹证,取得良好临床效果。加味羌活汤是笔者根据独活寄生汤加减,并在长期治疗过程中不断补充完善用于CSR风寒湿痹证治疗的有效方药,具有祛风除湿,通络止痛之功效。离子导入是近年来已被证实的临床治疗颈椎病的有效方法^[3]。本研究采用加味羌活汤口服和离子导入疗法治疗CSR(风寒湿痹证),使药物直达病所,既避免了西医治疗的不良反应,也纠正了中药的起效慢,同时操作简单,值得临床推广。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择符合本研究的病例均为海口市中医医院推拿科2012年7月—2014年11月间收治的138例患者,治疗期间脱落2例,不配合治疗2例,最后实际完成病例数为134例,采用随机按数字表法分为治疗组和对照组各67例。对照组67例,男40例,女27例;年龄27~60岁,平均(48.2 \pm 9.1)岁;病程3~6个月,平均(4.2 \pm 1.7)个月;治疗组67例,男38例,女29例;年龄25~59岁,平均(47.6 \pm 8.8)岁;病程2~5个月,平均(4.4 \pm 1.6)个月;两组间性别、年龄、病程差异无统计学意义,两组具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照《中药新药临床研究指导原则》关于神经根型颈椎病诊断标准制定。①病史多见于中老年人,青年人若颈椎部有损伤史,也可发病;②大多病程较长,且反复发作;③X射线提示颈椎形态、周围关节或韧带、椎管口径等有病理性改变;④具有典型的神经根性症状(麻木、疼痛),

其部位与颈神经根支配的范围一致;⑤臂丛神经牵拉试验呈阳性反应;⑥非颈椎病(如胸廓出口综合征、腕管综合征、网球肘、肩周炎、肘管综合征等)引起的上肢疼痛除外。

1.2.2 风寒湿痹证诊断标准 参照《中药新药临床研究指导原则》(试行)制定。①主证:颈部疼痛,感受风寒湿而发病,肢体酸冷得温则舒;②次证:颈项强痛,活动不利,肢端麻木疼痛,四肢拘急,或者肌肉萎弱,指趾麻木;舌质暗,苔薄白,脉沉弦或沉迟。

1.3 纳入标准 ①符合上述神经根型颈椎病诊断标准及中医辨证者;②年龄25~60岁;③近1个月内未接受与本治疗同类中药或方案者;④患者签署知情同意书。

1.4 排除标准 ①不符合诊断和纳入标准者;②伴有严重心脑血管、肝、肾等严重疾病及精神病患者;③哺乳、妊娠或正准备妊娠的妇女;④过敏体质或对本治疗方案过敏者;⑤不配合治疗者。

1.5 治疗方法 对照组给予根痛平颗粒(北京京华铁龙药业,国药准字Z20013049)口服,8g/1次,2次/d;同时采用颈椎按摩手法放松、牵引,20min/次,1次/d。治疗组采用加味羌活汤内服和离子导入治疗,药物组成:威灵仙10g,独活10g,秦艽10g,川草薢10g,川牛膝9g,川芎9g,桂枝6g,细辛6g,葛根10g,当归9g,白芍9g,地龙9g,甘草6g。首先将加味羌活汤常规水煎,1剂/d,分早晚2次服用。同时将另1剂加味羌活汤研成粗粉,用75%乙醇浸泡1个月,用时取汁加热10min,将两块10cm \times 14cm衬垫浸泡于上述药汁中10min,包裹电极,贴敷于患者双侧颈3~7夹脊穴,外加胶带固定,连通NPD-5AS型电脑中频治疗仪,电流强度以患者感觉适宜为度,25min/次,1次/d,治疗6d间隔1d。两组疗程均为4周。

1.6 观察指标 ①临床症状积分参照《中药新药临床研究指导原则》中颈椎病症状分级量化表,包括眩晕、头痛、肢体麻木、肢体瘫痪、心悸、失眠、耳鸣、畏寒肢冷、口干、便秘,每项分4个等级计分,无

(0 分),轻(2 分),中(4 分)和重(6 分);②颈椎病临床评价量表(CASCS)^[4]评分,该量表内容包括主观症状(18 分)、临床体征(73 分)和生活、工作、社会适应能力(9 分)三部分,总分为 100 分;③疼痛分级指数(PRI)疼痛评价^[5]包括 11 个感觉性词和 4 个情绪性词,分 4 级计分,0 分(无),1 分(轻),2 分(中),3 分(重);④检测患者治疗前后血清 IL- β 和肿瘤坏死因子- α (TNF- α)水平采用酶联免疫检测,IL- β 试剂盒(上海静融生物科技有限公司,货号 F2484-A);TNF- α 试剂盒(武汉博士德生物公司,货号 EK0525)。

1.7 疗效标准 按照《中药新药临床研究指导原则》拟定。临床痊愈:疼痛、麻木或眩晕等临床症状、体征积分减少 $\geq 95\%$,X 射线显示正常;显效:疼痛、麻木或眩晕等临床症状、体征积分减少 $\geq 70\%$,但 $< 95\%$,X 射线显示明显好转;有效:疼痛、麻木或眩晕等临床症状、体征积分减少 $\geq 30\%$, $< 70\%$,X 射线显示有好转;无效:疼痛、麻木或眩晕等临床症状、体征积分减少不足 30%,X 射线显示无变化。计算公式(尼莫地平法)为:

$$\text{治疗指数} = (\text{治疗前积分} - \text{治疗后积分}) / \text{治疗前积分} \times 100\%$$

1.8 统计学处理 采用 SPSS 16.0 统计软件分析数据,计量数据用 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验比较结果,采用 χ^2 检验比较计数资料结果,以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 治疗组总有效率为 91.04%,对照组总有效率为 77.61%,组间比较差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

表 1 两组临床疗效比较

Table 1 Comparison of clinical efficacy between both groups

组别	临床痊愈 /例	显效 /例	有效 /例	无效 /例	总有效率 /%
对照	24	18	10	15	77.61
治疗	32	19	10	6	91.04 ¹⁾

注:与对照组比较¹⁾ $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者治疗前后 CASCS 各项评分及总评分比较 两组患者治疗后 CASCS 各项评分和总评分较治疗前均显著提高($P < 0.01$);治疗后治疗组均明显高于对照组($P < 0.05$),见表 2。

表 2 两组治疗前后 CASCS 各项评分和总评分比较($\bar{x} \pm s, n = 67$)

Table 2 Comparison of each and total scores for CASCS between two groups before after treatment ($\bar{x} \pm s, n = 67$)

组别	时间	主观症状	临床体征	适应能力	总分	分 score
对照	治疗前	12.54 \pm 3.22	50.56 \pm 8.33	5.98 \pm 2.01	70.46 \pm 9.54	
	治疗后	16.21 \pm 4.81 ¹⁾	62.27 \pm 8.78 ¹⁾	7.74 \pm 2.55 ¹⁾	85.73 \pm 9.29 ¹⁾	
治疗	治疗前	12.79 \pm 3.40	50.32 \pm 8.25	5.92 \pm 2.13	71.39 \pm 9.27	
	治疗后	17.99 \pm 4.97 ^{1,2)}	65.41 \pm 9.52 ^{1,2)}	8.79 \pm 2.81 ^{1,2)}	89.21 \pm 9.67 ^{1,2)}	

注:与本组治疗前比较¹⁾ $P < 0.01$;与对照组治疗后比较²⁾ $P < 0.05$ (表 3,4 同)。

2.3 两组患者治疗前后临床症状和 PRI 评分比较 两组治疗后临床症状和 PRI 评分均明显下降($P < 0.01$);治疗组治疗后临床症状和 PRI 评分均比对照组下降更为显著($P < 0.05$),见表 3。

表 3 两组患者临床症状和 PRI 评分比较($\bar{x} \pm s, n = 67$)

Table 3 Comparison of scores of clinical symptom and VAS between both groups ($\bar{x} \pm s, n = 67$)

组别	时间	临床症状	PRI	分 score
对照	治疗前	52.13 \pm 10.25	14.12 \pm 3.33	
	治疗后	38.93 \pm 8.81 ¹⁾	5.74 \pm 1.67 ¹⁾	
治疗	治疗前	51.82 \pm 10.18	14.07 \pm 3.52	
	治疗后	35.34 \pm 8.73 ^{1,2)}	5.12 \pm 1.35 ^{1,2)}	

2.4 两组治疗前后血清 IL-1 β , TNF- α 水平比较 两组患者治疗后血清 IL-1 β 和 TNF- α 含量比治疗前

均显著降低($P < 0.01$);治疗组治疗后 IL-1 β 和 TNF- α 含量均低于对照组($P < 0.05$),见表 4。

表 4 两组患者 IL-1 β 和 TNF- α 平比较($\bar{x} \pm s, n = 67$)

Table 4 Comparison of serum levels of IL-1 β and TNF- α between both groups ($\bar{x} \pm s, n = 67$)

组别	时间	IL-1 β	TNF- α	ng·L ⁻¹
对照	治疗前	11.29 \pm 3.15	29.25 \pm 4.72	
	治疗后	6.24 \pm 2.14 ¹⁾	9.79 \pm 2.55 ¹⁾	
治疗	治疗前	11.71 \pm 3.41	28.92 \pm 4.93	
	治疗后	5.56 \pm 1.97 ^{1,2)}	8.69 \pm 2.78 ^{1,2)}	

3 讨论

CSR 是因颈肩背部的急慢性损伤导致的颈椎退行性改变,以椎间盘及附件的损害以及肌肉、神经根等受到压迫或炎性刺激而引起一系列临床症状、

体征。CSR属于中医学“痹证”、“颈肩痛”等范畴。认为颈椎病属中医“痹病”范畴,认为风、寒、湿等外邪侵犯机体,引起痹阻经络、气血运行失畅,导致关节、肌肉、筋骨发生酸楚、麻木、疼痛、重着,甚至关节活动不利、僵硬、畸形^[6]。《素问·痹证论篇》曰:“风寒湿三气杂至,合而为痹也”。据此,治宜祛风除湿、活血通脉。

本组研究采用加味羌活汤,方中威灵仙祛风湿、通经络、止痹痛,取其理伏风,善于祛筋骨间之风寒湿邪;独活、秦艽、川草薢协助祛风除湿,川牛膝、川芎、当归、白芍活血养血,寓有“治风先治血、血行风自灭”之意,同时祛风而不伤津;桂枝温阳通脉而止痹痛;细辛发散风寒,兼搜剔筋骨风湿而止痹痛;葛根为阳明经药,善走督脉,解肌和营,与桂枝、白芍合用可祛风止痛;地龙通经活络;甘草调和全方。诸药合用,力专效宏,使风寒散、湿邪祛、经脉通。

中药离子导入疗法能将药物直接作用于局部组织,具有药物效高、操作简单及易于接受的优点^[3]。本组研究将药物贴敷于患者双侧颈夹脊穴,颈夹脊穴位于脊神经通路位置;采用离子导入疗法,刺激了相应的脊神经根能调节神经功能,使受压迫相应节段的脊神经根松弛,消除患处神经根局部组织水肿,减轻或祛除患者临床症状^[7];中药颈夹脊穴的贴敷联合离子导入能扩张局部组织皮肤血管,加速患处血液循环,缓解缺血缺氧,消除炎症,解痉镇痛,使其恢复正常功能,体现中医学直达病所的理论^[8]。此外,采用热酒制剂可活血通脉,引药入经,提高药物的渗透作用^[9]。因此,多法合用,共同发挥治疗CSR的作用。本研究结果显示,加味羌活汤联合离子导入对CSR治疗,可明显改善患者临床症状、体征,减轻疼痛,其临床疗效较对照组治疗更佳。

IL-1 β , TNF- α 作为机体重要的炎症相关细胞因子,在机体的免疫反应、应激反应和炎症调节中发挥重要作用^[10]。研究发现,神经根型颈椎病组织中IL-1 β , TNF- α 水平均明显高于对照组^[11-12]。而IL-1 β 能够诱导IL-1 α 和TNF等的合成、释放,从而介导机体炎症反应,是颈椎病椎间盘退行性变的始动因素^[13]。因此,炎症细胞因子IL-1 β 和TNF- α 可能在神经根型颈椎病的病理发展和发病机制中发挥重要作用。本研究结果显示,加味羌活汤联合离子导入可以降低CSR风寒湿痹证患者血清IL-1 β 和TNF- α 的含量,且显著优于对照组治疗。其作用机制可能为:加味羌活汤联合离子导入治疗可以直接

刺激局部脊神经根,并扩张局部血管,改善血液循环,消除局部缺血缺氧和水肿,从而抑制炎症因子渗出。

综上,加味羌活汤内服联合离子导入可明显改善CSR患者颈部的异常临床症状及体征,减轻疼痛,临床疗效较对照组治疗更好,其作用机制可能与其降低患者血清IL-1 β 和TNF- α 含量相关,这为临床治疗CSR风寒湿痹证提供了一条有效实用的途径。

[参考文献]

- [1] 薛平武. 颈痛穴治疗神经根型颈椎病32例临床观察[J]. 中医杂志, 2010, 51(增刊2): 177-178.
- [2] 王天仪, 艾尔肯·萨德尔. 神经根型颈椎病的诊断与治疗[J]. 新疆医科大学学报, 2013, 33(4): 150-151.
- [3] 吴杰, 虞坚尔, 闵伟福, 等. 中药敷贴联合离子导入技术治疗小儿哮喘400例临床疗效观察[J]. 中国中西医结合杂志, 2014, 31(7): 996-997.
- [4] 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.
- [5] 缪鸿石. 康复医学理论与实践[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2000: 1167-1168.
- [6] 王智勇, 宋永伟, 李志强, 等. 综合疗法治疗神经根型颈椎病风寒湿证115例临床观察[J]. 中医杂志, 2013, 54(4): 311-314.
- [7] 郭浩山, 关涛. 项痹膏穴位贴敷配合颈椎保健操治疗神经根型颈椎病[J]. 中医正骨, 2013, 25(10): 14-16.
- [8] 高峰, 白允建, 张华平, 等. 温针灸配合穴位贴敷治疗神经根型颈椎病30例临床观察[J]. 浙江中医杂志, 2014, 49(11): 835.
- [9] 谭吉勇, 孔慧. 酒制中药离子导入配合体外冲击波治疗膝关节骨性关节炎53例[J]. 实用中医药杂志, 2014, 30(5): 449-450.
- [10] 万碧江, 黄伟, 张压西, 等. 透刺电针治疗神经根型颈椎病临床观察及对患者血浆TNF- α 和IL-1 β 的影响[J]. 中华中医药学刊, 2013, 31(2): 373-375.
- [11] 娄宏君, 高曦, 张燕丽, 等. 脊痛消胶囊对神经根型颈椎病模型大鼠脊髓组织白细胞介素-1 β , 白细胞介素-6及组胺的影响[J]. 中国临床保健杂志, 2014, 17(6): 619-621.
- [12] 陈凯, 朱干, 江泽平. TNF- α , IL-6在颈椎固定牵引器治疗神经根型颈椎病疗效评价中的价值[J]. 海南医学院学报, 2014, 20(1): 106-109.
- [13] Solovieva S, Kouhia S, Leino-Arjas P, et al. Intervertebral disc degeneration in relation to the COL9A3 and the IL-1 as gene polymorphisms[J]. Eur Spine, 2006, 15(5): 613-619.

[责任编辑 何希荣]