

圣愈汤加减结合针刺对气血不足型神经根型颈椎病患者 的临床疗效及对T淋巴细胞亚群的影响

王勤俭, 王燕*

(河南省中医院, 郑州 450002)

[摘要] **目的:**探讨圣愈汤加减结合针刺治疗气血不足型神经根型颈椎病(cervical spondylotic radiculopathy, CSR)的临床疗效及对T淋巴细胞亚群的影响。**方法:**将201例气血不足型CSR患者随机分为3组,每组67例。A组给予圣愈汤加减治疗;B组针刺治疗;C组给予圣愈汤加减结合针刺治疗,观察各组治疗的有效率和中医气血不足证的治疗效果。比较各组患者治疗前后颈部伤残指数评分(neck disability index, NDI),视觉模拟评分法(visual analogue score, VAS),健康调查量表心理部分(SF-36 mental component summary, SF-36MCS),健康调查量表生理部分(SF-36 physical component summary, SF-36PCS);检测各组治疗前后血清白细胞介素-1 β (interleukin-1 β , IL-1 β),白细胞介素-6(interleukin-6)及降钙素相关肽(calcitonin gene-related peptide, CGRP)的含量变化情况;比较各组治疗前后血清T淋巴细胞亚群CD3⁺, CD4⁺, CD8⁺水平及CD4⁺/CD8⁺的变化;观察各组患者的治疗安全性指标。**结果:**与A组,B组治疗后比较,C组临床总有效率明显升高($P < 0.05$);NDI及VAS积分均有明显降低($P < 0.05$),SF-36MCS及SF-36PCS积分均明显升高($P < 0.05$);气血不足证评分明显降低($P < 0.05$);血清炎症因子指标IL-1 β , IL-6及CGRP水平明显降低($P < 0.05$);T淋巴细胞CD3⁺, CD4⁺水平及CD4⁺/CD8⁺均有明显升高($P < 0.05$, $P < 0.01$), CD8⁺水平明显降低($P < 0.05$, $P < 0.01$);各组患者治疗过程中均无明显不良反应发生。**结论:**针刺结合圣愈汤加减对气血不足型CSR临床疗效明显,值得推广。

[关键词] 针刺; 圣愈汤; 神经根型颈椎病; 气血不足证; 炎症因子; T淋巴细胞亚群; 临床观察

[中图分类号] R22;R242;R2-031;R287 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2020)11-0130-06

[doi] 10.13422/j.cnki.syfjx.20200722

[网络出版地址] <http://kns.cnki.net/kcms/detail/11.3495.R.20200102.1430.006.html>

[网络出版日期] 2020-1-2 19:07

Effect of Acupuncture Combined with Modified Shengyutang on Clinical Efficacy and T-lymphocyte Subsets in Patients with Cervical Spondylotic Radiculopathy of Qi-blood Deficiency

WANG Qin-jian, WANG Yan*

(Henan Province Hospital of Traditional Chinese Medicine, Zhengzhou 450002, China)

[Abstract] **Objective:** To investigate the clinical efficacy of acupuncture combined with modified Shengyutang in treatment of cervical spondylotic radiculopathy with Qi-blood deficiency and its effect on T-lymphocyte subsets. **Method:** Totally 201 cases of cervical spondylotic radiculopathy with blood deficiency were randomly divided into 3 groups, with 67 cases in each group. Group A was treated with modified Shengyutang. Group B was treated with acupuncture. Group C was treated with modified Shengyutang combined with acupuncture. The effective rate of each group and the therapeutic effect of deficiency of Qi and blood were observed. Neck disability index (NDI), visual analogue score (VAS), SF-36 mental component

[收稿日期] 20190821 (015)

[基金项目] 河南省中医药科学研究专项(2018ZY2136)

[第一作者] 王勤俭, 硕士, 副主任医师, 从事针灸治疗颈肩腰腿疼的研究, E-mail: wangqinjian123@163.com

[通信作者] *王燕, 从事中医骨科疾病的护理研究, Tel: 0371-69915492, E-mail: wangyan62613@163.com

summary (SF-36MCS) and SF-36 physical component summary (SF-36PCS) were compared before and after treatment. Serum levels of interleukin-1 β (IL-1 β), interleukin-6 (IL-6) and calcitonin related peptide (CGRP) were measured before and after treatment. The levels of CD3 $^+$, CD4 $^+$, CD8 $^+$ and the ratio of CD4 $^+$ /CD8 $^+$ were compared before and after treatment. The therapeutic safety indexes of each group were observed. **Result:** After treatment, the total clinical effective rate of group C was significantly higher than that of group A and B ($P < 0.05$). NDI and VAS scores were significantly reduced ($P < 0.05$). The scores of SF-36MCS and SF-36PCS were significantly increased ($P < 0.05$). The score of Qi-blood deficiency syndrome was significantly lower ($P < 0.05$). Serum levels of IL-1 β , IL-6 and CGRP were significantly lower ($P < 0.05$). The levels of CD3 $^+$, CD4 $^+$ and CD4 $^+$ /CD8 $^+$ were significantly increased ($P < 0.05$, $P < 0.01$), whereas CD8 $^+$ was significantly decreased ($P < 0.05$, $P < 0.01$). No significant adverse reactions occurred in each group during the treatment. **Conclusion:** acupuncture combined with Shengyutang has a significant clinical effect on cervical spondylosis with Qi-blood deficiency, and is worth popularizing.

[Key words] acupuncture; Shengyutang; cervical spondylotic radiculopathy; deficiency of Qi and blood; inflammatory factor; T-lymphocyte subsets; clinical observation

神经根型颈椎病(CSR)是由于颈椎椎间盘退行性病变刺激或压迫神经根引起其支配区域疼痛、麻木、肌力减退、活动受限和反射功能改变等^[1],为临床最常见的颈椎病类型,约占颈椎病总数的50%~70%^[2]。CSR主要临床症状为颈肩臂疼痛或伴有放射性的麻痛,活动受限等,严重影响患者的工作和生活^[3]。近年来,由于手机、计算机等电子产品的影响,人们的生活和工作方式发生了巨大变化,致使颈椎病的发病率有逐年递增和向年轻化发展的趋势^[4]。临床上针对CSR的治疗包括手术和非手术治疗两种方式,目前主要采用的治疗方式为非手术治疗,包括药物、针灸、推拿及理疗等手段^[5]。推拿、理疗疗程长,易反复,针灸治疗具有疗效好,疗程短,副作用少的优点;常用的西药为消炎镇痛类药物,长期使用易导致肝肾损伤、消化道溃疡等毒副作用;圣愈汤载于《医宗金鉴·删补名医方论》,功能补气养血,临床用于治疗气血两虚之证。笔者在临床实践中采用圣愈汤加减结合针刺疗法对气血不足型CSR诸多患者进行治疗,收到了较好的临床效果。本研究旨在探讨圣愈汤加减结合针刺疗法对气血不足型CSR的临床疗效及对气血不足型CSR患者T淋巴细胞亚群的影响,探讨其对临床应用的指导意义。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取于2017年3月至2018年10月在河南省中医院就诊的气血不足型CSR患者共201例,按双盲法随机数字表法分为圣愈汤组(A组,67例),针刺组(B组,67例)和针刺结合圣愈汤组(C组,67例),其中A组男38例,女29例;年龄

33~71岁,平均年龄(52.7 \pm 7.4)岁;病程1.2~14.6年,平均病程(8.7 \pm 2.8)年。B组男37例,女30例;年龄33~70岁,平均年龄(52.2 \pm 6.3)岁;病程1.0~13.4年,平均病程(8.1 \pm 2.4)年。C组男39例,女28例;年龄32~71岁,平均年龄(53.1 \pm 6.8)岁;病程1.4~15.1年,平均病程(8.9 \pm 2.7)年。各组患者一般资料差异无明显统计学意义。本研究通过河南省中医院医学伦理委员会批准(批号2018KY127)。研究过程中3组均无脱落病例。

1.2 临床诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[6]制定,①病史,该病多见于中老年,青壮年若有劳损或者损伤史亦有发病。②病程,CSR一般发病缓慢,颈部有创伤或者劳损则发病较急。CSR病程长,病症时轻时重,常会反复发作。③X射线检查,颈椎弯曲度较正常人改变或有骨赘产生,钩椎骨关节有骨质增生的情况发生。椎管显示为矢状径向狭窄。④实验室检查,基本正常。⑤神经根分型的临床表现,具有麻木、疼痛等典型的神经根性症状,其范围与颈神经支配的区域一致。

1.2.2 气血不足证辨证标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[6]相关内容制定气血不足型CSR患者的气血不足证标准。主证①颈项胀痛沉重;②眩晕;③头痛;④膝软;⑤畏寒肢冷。次证为①耳鸣;②心悸,气短;③夜尿频;④舌淡苔白;⑤脉沉细弱。上述主证须同时具备,次证不必全部具备,结合舌诊及脉诊结果即可诊断为中医气血不足证。

1.3 纳入标准 ①符合西医诊断标准;②符合气血不足证辨证标准;③年龄30~71岁;④患者及其

家属知情,并签署进入研究知情同意书。

1.4 排除及脱落标准 排除标准,①有明显间夹证或合并症者;②哺乳妊娠或准备妊娠的妇女;③过敏体质者;④合并肝、肾、造血或内分泌系统等严重原发性疾病及精神病患者;⑤接受本研究以外的其他药物或物理治疗,可能影响疗效指标判定者;⑥依从性差、资料不全患者。脱落标准,①患者中途退出或失访者;②依从性差、出现并发症、资料不全患者;③未按本研究规定剂量用药,或合并使用本方案禁止使用的中西药物者。

1.5 治疗方法 A组予圣愈汤加减治疗,圣愈汤组成:生地黄20g,熟地黄20g,白芍15g,川芎8g,人参片20g,当归15g,黄芪18g。组方所需饮片均来自河南省中医院中药房,经河南中医药大学药学院生药教研室董诚明教授鉴定均为正品。由河南省中医院制剂室以YY-W3+1型微压三缸全自动煎药包装机(济南永延机械有限公司)煎药机统一煎煮,每剂均煎煮2次,混合药液至400mL,200mL/次,分早、晚饭后温服。

B组针刺治疗^[7],取穴,天柱、双侧风池、完骨、颈夹脊及风府,及患侧天宗、肩贞、手三里、手五里、中渚、臂臑、曲池、后溪、外关。常规消毒后,利用汉医牌一次性使用无菌针灸针(天津华鸿医材有限公司)0.25~40mm(1.5寸)进行针刺,针刺深度为1寸左右,进针后行捻转或提插手手法,针刺程度以患者自身的酸胀度为基准,要求针感尽量传至颈部及肩背部,行平补平泻法,得气后留针30min。1次/d,连续治疗6d,中间休息1d。C组给予圣愈汤加减同时配合针刺治疗。圣愈汤加减的服用方法与A组相同;针刺治疗的方法与B组相同。以上3组均以4周为1个疗程进行观察。治疗期间禁用其他药物或任何其他治疗方法。

1.6 观察指标

1.6.1 疗效评价 参照《中药新药临床研究指导原则》^[6]制定CSR的疗效评价标准如下,痊愈,疼痛、麻木或眩晕等CSR症状及体征积分减少 $\geq 95\%$,X射线检查结果正常。显效,疼痛、麻木或眩晕等CSR症状、体征积分减少 $\geq 70\%$ 且 $< 95\%$,X射线检查结果显示明显好转。有效,疼痛、麻木或眩晕等CSR症状、体征积分减少 $\geq 30\%$, $< 70\%$,X射线检查结果显示有好转。无效,疼痛、麻木或眩晕等CSR症状、体征减少不足30%,X射线检查结果显示与治疗前无差异。疗效指数=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分 $\times 100\%$ 。

1.6.2 临床症状 观察各组患者的颈部伤残指数评分量表(NDI)^[11],视觉模拟评分法(VAS)^[8],健康调查量表心理部分(SF-36MCS)^[11],健康调查量表生理部分(SF-36PCS)^[9]。

1.6.3 气血不足证评分 参照《中药新药临床研究指导原则》^[6]对气血不足型CSR患者的中医气血不足证评分,各证每项0~10分,分值越高,表示该症状越严重。各组受试患者于治疗前后各评价1次。

1.6.4 血清炎症因子 分别于治疗前后抽取患者清晨空腹外周血,采用酶联免疫吸附法检测血清中白细胞介素-1 β (IL-1 β),白细胞介素-6(IL-6),试剂盒购自南京建成生物工程研究所,批号分别为20181013,20180709;采用放射免疫法测定血清降钙素相关肽(CGRP),试剂盒购自南京建成生物工程研究所,批号20180810,按照说明书进行操作。

1.6.5 T淋巴细胞亚群 分别于治疗前后抽取患者清晨空腹外周血,用流式细胞仪检测外周血T淋巴细胞亚群CD3⁺,CD4⁺,CD8⁺水平,CD4⁺/CD8⁺。试剂盒购自南京建成生物工程研究所,批号分别为20180516,20180105,20180317,按照说明书进行操作。

1.6.6 安全性评价 通过检测血、尿常规、胃肠反应(腹泻、腹痛、便秘、恶心、呕吐等)、皮疹、肝功能和肾功能等,观察治疗过程中3组患者出现的不良反应发生情况。

1.7 统计学方法 利用SPSS 17.0软件对3组患者的气血不足型CSR临床治疗数据进行处理分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组内比较采用F检验,组间同期比较采用t检验;计数资料采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有明显的统计学意义。

2 结果

2.1 各组患者临床疗效比较 与A组及B组相比,C组总有效率明显较高($P < 0.05$)。见表1。

表1 各组患者临床疗效比较

组别	痊愈	显效	有效	无效	总有效
A	9(13.43)	14(20.90)	26(38.81)	18(26.87)	49(73.13)
B	8(11.94)	16(23.88)	24(35.82)	19(28.36)	48(71.64)
C	17(25.37)	27(40.30)	18(26.87)	5(7.46)	62(92.54) ^{1,2)}

注:与A组比较¹⁾ $P < 0.05$;与B组比较²⁾ $P < 0.05$ 。

2.2 各组患者临床症状比较 与本组治疗前比较,治疗后各组患者的NDI及VAS积分均有明显降

低($P<0.05, P<0.01$), SF-36MCS及SF-36PCS积分均有明显升高($P<0.05$);治疗后C组患者的NDI及

VAS积分明显低于A,B组, SF-36MCS, SF-36PCS积分明显高于A,B组。见表2。

表2 各组患者临床症状比较($\bar{x} \pm s, n=67$)

Table 2 Comparison of clinical symptoms of three groups ($\bar{x} \pm s, n=67$)

分

组别	时间	NDI	VAS	SF-36MCS	SF-36PCS
A	治疗前	57.64±5.83	7.81±1.69	31.38±5.61	29.53±4.76
	治疗后	25.27±4.62 ¹⁾	3.55±0.93 ¹⁾	41.37±6.13 ¹⁾	40.56±6.29 ¹⁾
B	治疗前	57.31±6.12	7.86±1.74	31.25±5.32	29.85±4.96
	治疗后	26.02±4.29 ¹⁾	3.62±0.97 ¹⁾	41.83±6.37 ¹⁾	40.97±6.38 ¹⁾
C	治疗前	58.39±5.96	7.86±1.74	31.09±5.14	29.77±4.58
	治疗后	16.22±2.38 ^{2,3,4)}	1.64±0.78 ^{2,3,4)}	55.62±7.15 ^{2,3,4)}	49.82±6.63 ^{2,3,4)}

注:与本组治疗前比较¹⁾ $P<0.05$,²⁾ $P<0.01$;与A组治疗后比较³⁾ $P<0.05$;与B组治疗后比较⁴⁾ $P<0.05$ (表3~5同)。

2.3 各组患者气血不足证评分比较 治疗后各组患者气血不足证评分较本组治疗前下降($P<$

$0.05, P<0.01$),治疗后C组气血不足证评分明显低于A,B组($P<0.05$)。见表3。

表3 各组患者气血不足证评分比较($\bar{x} \pm s, n=67$)

Table 3 Comparison of Qi and blood deficiency syndrome scores of three groups ($\bar{x} \pm s, n=67$)

分

组别	时间	颈项胀痛沉重	眩晕	头痛	膝软	畏寒肢冷	其他次证	气血不足证评分
A	治疗前	5.14±0.85	3.26±0.58	4.28±0.81	4.84±0.93	5.02±0.95	24.63±4.57	47.17±8.69
	治疗后	3.37±0.34 ¹⁾	1.91±0.42 ¹⁾	2.79±0.66 ¹⁾	3.42±0.81 ¹⁾	3.94±0.83 ¹⁾	16.29±3.38 ¹⁾	31.72±6.44 ¹⁾
B	治疗前	5.26±0.88	3.29±0.56	4.32±0.83	4.82±0.89	5.05±0.98	24.75±4.62	47.49±8.76
	治疗后	3.41±0.31 ¹⁾	1.93±0.46 ¹⁾	2.82±0.71 ¹⁾	3.45±0.83 ¹⁾	3.89±0.84 ¹⁾	16.74±3.56 ¹⁾	32.24±6.71 ¹⁾
C	治疗前	5.29±0.92	3.31±0.61	4.31±0.76	4.87±0.92	5.04±0.97	25.15±4.55	47.97±8.73
	治疗后	1.67±0.32 ^{2,3,4)}	1.09±0.35 ^{2,3,4)}	1.51±0.46 ^{2,3,4)}	2.57±0.64 ^{2,3,4)}	2.27±0.68 ^{2,3,4)}	11.54±3.22 ^{2,3,4)}	20.65±5.67 ^{2,3,4)}

2.4 各组患者血清炎症因子比较 治疗后各组患者血清炎症因子指标IL-1 β , IL-6及CGRP水平与本组治疗前比较均有明显下降($P<0.05, P<0.01$);治疗后C组血清炎症因子指标IL-1 β , IL-6及CGRP水平均明显低于治疗后的A,B组($P<0.05$)。见表4。

水平及CD4⁺/CD8⁺较A,B组明显升高($P<0.05$), CD8⁺水平明显降低($P<0.05$)。见表5。

表4 各组患者治疗前后IL-1 β , IL-6, CGRP水平比较($\bar{x} \pm s, n=67$)

Table 4 Comparison of IL-1 β , IL-6, CGRP of three groups

($\bar{x} \pm s, n=67$)

组别	时间	IL-1 β / $\mu\text{g}\cdot\text{L}^{-1}$	IL-6/ $\mu\text{g}\cdot\text{L}^{-1}$	CGRP/ $\mu\text{mol}\cdot\text{L}^{-1}$
A	治疗前	1.81±0.52	251.35±79.28	81.02±5.93
	治疗后	1.26±0.31 ¹⁾	148.76±59.52 ¹⁾	52.26±3.95 ¹⁾
B	治疗前	1.84±0.56	253.73±74.64	81.16±5.85
	治疗后	1.25±0.27 ¹⁾	149.21±56.39 ¹⁾	51.58±4.14 ¹⁾
C	治疗前	1.83±0.46	252.39±71.84	81.33±6.12
	治疗后	0.71±0.22 ^{2,3,4)}	109.34±42.57 ^{2,3,4)}	25.31±3.28 ^{2,3,4)}

2.5 各组患者T淋巴细胞亚群比较 治疗后各组患者CD3⁺, CD4⁺水平及CD4⁺/CD8⁺与本组治疗前比较均有明显升高($P<0.05, P<0.01$), CD8⁺水平明显降低($P<0.05, P<0.01$), 治疗后C组CD3⁺, CD4⁺

2.6 安全性评价 各组患者治疗过程中均未见有明显的不良反应发生,表明用药、针刺及针药结合治疗安全可靠。

3 讨论

随着科学技术的进步,手机、电脑等电子产品盛行使人们的工作和生活发生了巨大变化,由于长期面对电脑以及伏案工作,加速了颈部以及椎间盘的退变,直接或间接压迫脊髓、神经根而引发颈椎病,导致近年来颈椎病尤其是CSR的发病率呈逐年升高的趋势^[10]。CSR的发病机制与神经刺激压迫,体液炎症因子刺激等因素有关,炎症因子刺激因素被认为是诱发CSR的重要机制^[11]。中医学上将颈椎病归属于“痹证”“痿证”“头痛”“眩晕”等范畴,气血不足型颈椎病多是由于长期劳损退变性疾病,该证多是由久坐等慢性损伤引起气血运行不畅、气血不足而不能濡养颈部筋骨而发病,因此,该病多见于久坐或长期从事颈部过曲工作者^[12]。《黄帝内经·

表5 各组患者治疗前后T淋巴细胞亚群比较($\bar{x} \pm s, n=67$)

Table 5 Comparison of T lymphocyte subsets before and after treatment of three groups($\bar{x} \pm s, n=67$)

组别	时间	CD3 ⁺ /%	CD4 ⁺ /%	CD8 ⁺ /%	CD4 ⁺ /CD8 ⁺
A	治疗前	59.35±7.86	35.13±6.07	26.67±5.39	1.32±0.69
	治疗后	67.54±7.15 ¹⁾	40.23±5.88 ¹⁾	23.17±5.08 ¹⁾	1.74±0.76 ¹⁾
B	治疗前	59.72±7.59	35.37±6.24	26.74±5.24	1.31±0.71
	治疗后	68.21±7.38 ¹⁾	40.76±5.94 ¹⁾	23.26±4.91 ¹⁾	1.75±0.73 ¹⁾
C	治疗前	59.16±7.38	34.89±5.92	26.35±5.33	1.33±0.68
	治疗后	75.57±6.24 ^{2,3,4)}	47.61±4.86 ^{2,3,4)}	20.53±4.76 ^{2,3,4)}	2.32±0.84 ^{2,3,4)}

灵枢·大惑论》对颈椎病的发病机制解释为气血不足不能上营脑髓,髓海不足,可致“眩晕”,气血不足则脉管收缩狭窄,相应血管如脑血管、椎一基底动脉则发生痉挛,致血流量减少而发为本病^[13]。所以,对气血不足型CSR的治疗应当益气补血,从而缓解颈椎病气血不足证的症状,以使颈椎病得以治愈。

圣愈汤由生地黄、熟地黄、白芍、川芎、人参片、当归、黄芪等组成,本方主治气血两虚之证。方中人参、黄芪补气,当归身、生熟地黄、川芎补血滋阴,配合成方,有补气养血之功。气旺则血自生,血旺则气有所附。喻嘉言论本方说“按失血过多,久疮溃脓不止,虽曰阴虚,实未有不兼阳虚者,合用人参,黄芪,允为良法。凡阴虚证大率宜仿此。”临床常用于出血过多,血虚而气亦虚,以烦热,烦渴,睡卧不宁,心慌气促,倦怠无力,舌质淡,苔薄润,脉细软等为辨证要点。因而对CSR的气血不足证具有明显的治疗效果。

白细胞介素家族的炎症因子可以使椎间盘组织细胞中的炎性反应加重,从而加重CSR患者的临床症状^[14],机体CGRP的释放增加会引起炎症反应发生,从而加剧机体炎症和疼痛的发生^[1,15],基于此,本研究选取IL-1 β ,IL-6及CGRP为气血不足型CSR患者的炎症考察因子。

针灸属于中医疗法,中医临床上具有调和脏腑阴阳,调节机体气血循环、疏通经络的作用^[16]。《黄帝内经·素问·调经论》中记载:“病在肉,调之分肉;病在筋,调之筋;病在骨,调之骨;燔针劫刺其下及与急者。”意即针刺患者与病变部位相应的腧穴可治疗疾病,针灸刺激穴位通过经络的传导作用而激发机体精气,调动人体内在的抗病能力,达到治疗疾病的目的^[17]。

现代医学研究亦表明,针灸可以调节机体的炎症因子,T淋巴细胞水平及机体免疫力等,促进患者

机体的恢复^[18-21]。本研究以颈部疼痛、麻木及眩晕等症状评价临床疗效,以对中医气血不足证积分的改善评价对中医气血不足证的治疗效果,针刺结合圣愈汤组的临床疗效及对中医气血不足证的治疗效果明显优于圣愈汤组及针刺治疗组;以NDI, VAS, SF-36MCS及SF-36PCS量表评价患者的颈部生理及心理功能指标,针刺结合圣愈汤组的各临床症状改善程度明显优于圣愈汤组及针刺治疗组;以血清炎症因子IL-1 β ,IL-6及CGRP水平评价患者的炎症情况,针刺结合圣愈汤组对各炎症因子的改善情况明显优于圣愈汤组及针刺治疗组,即针刺结合圣愈汤对气血不足型CSR患者炎症改善情况明显优于单用圣愈汤或单独针刺治疗;以T淋巴细胞亚群CD3⁺,CD4⁺,CD8⁺水平及CD4⁺/CD8⁺评价患者的机体免疫力情况,针刺结合圣愈汤组对T淋巴细胞亚群CD3⁺,CD4⁺,CD8⁺水平及CD4⁺/CD8⁺的改善情况明显优于圣愈汤组及针刺治疗组,即针刺结合圣愈汤对气血不足型CSR患者机体免疫力的改善情况明显优于单用圣愈汤或单独针刺治疗。从病理学角度来看,神经根型颈椎病受压损伤而产生炎症,久之可成气血不足之证。本研究所用的针刺疗法能够消除受损组织的炎症,缓解局部肿胀,改善血液循环,和补益气血的中药汤剂圣愈汤联合应用,可以优势互补,多角度、多靶点治疗气血不足型神经根型颈椎病。

总之,在中医整体观念和辨证论治指导下,补益气血的圣愈汤联合可消除炎症的针刺疗法可提高气血不足型神经根型颈椎病的治疗效果,改善日常活动能力,减轻疼痛,下调炎性细胞因子水平,可见,中医治疗该病具有多途径、多角度、多靶点的特点,值得临床推广应用。

[参考文献]

[1] 段小素,屈涛. 蠲痹汤加减联合神经阻滞治疗神经根型颈椎病的疗效观察[J]. 中药材,2019,42(1):

- 219-221.
- [2] 赵冀伟. 痹祺胶囊配合针刺治疗神经根型颈椎病临床观察[J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(1): 350-352.
- [3] 李妮娜. 基于“温阳调气法”针灸治疗风寒阻络证神经根型颈椎病的临床观察[D]. 南宁: 广西中医药大学, 2018.
- [4] 黄外军, 姜爱平. 合谷刺配合输刺阳性反应点治疗颈型颈椎病疗效观察[J]. 中国针灸, 2018, 38(11): 1157-1160.
- [5] 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.
- [6] 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: 人民卫生出版社, 2002: 346-349.
- [7] 吴绪兴. 针灸治疗神经根型颈椎病现代取穴规律研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2012.
- [8] 赵明新, 董亚静, 齐立卿, 等. 活血通络汤内服联合活络术治疗气虚血瘀证神经根型颈椎病99例[J]. 中国实验方剂学杂志, 2015, 21(17): 181-185.
- [9] 张一龙, 陈仲强, 孙宇, 等. 脊髓型颈椎病患者术后神经功能与生活质量的変化及其之间的相关性分析[J]. 中国脊柱脊髓杂志, 2016, 26(9): 782-790.
- [10] 周博文. 自拟活血定痛汤治疗神经根型颈椎病(气滞血瘀型)的临床观察[D]. 长春: 长春中医药大学, 2017.
- [11] 顾丽丽, 曹新添, 廖云华, 等. 超声引导下选择性颈神经根阻滞治疗神经根型颈椎病的临床观察[J]. 中国疼痛医学杂志, 2018, 24(4): 311-313.
- [12] 郭旭. “颈三针”为主与颈夹脊为主治疗气血不足颈型颈椎病的疗效对照观察[D]. 成都: 成都中医药大学, 2011.
- [13] 黄海燕, 王希琳. 温灸对气血不足型椎动脉型颈椎病血液流变学的影响[J]. 上海针灸杂志, 2016, 35(8): 983-985.
- [14] 童秀冰. 腧针点按法对颈椎病模型大鼠椎间盘软骨细胞NF- κ Bp50、NF- κ B p65及炎症因子影响的实验研究[D]. 福州: 福建中医药大学, 2017.
- [15] 王清清, 沈岚, 张俊, 等. 大川芎方效应组分对偏头痛大鼠降钙素基因相关肽及其受体表达的影响[J]. 中成药, 2018, 40(1): 14-20.
- [16] 高翔, 白瑞, 景蓉, 等. 补元聪脑汤联合针灸对老年痴呆(肾虚痰瘀型)患者疗效及MMSE、Hcy、A β 的影响[J]. 世界中医药, 2019, 14(1): 144-148.
- [17] 王明明, 蔡圣朝, 魏宝强, 等. 针刺“项七针”治疗椎动脉型颈椎病临床疗效观察[J]. 中国针灸, 2018, 38(9): 925-929.
- [18] 张其镇, 苗雨, 王大力, 等. 温针灸配合独活寄生汤治疗风寒湿痹型膝关节炎患者的临床随机对照研究及体液中ASF1a、SIRT1水平变化[J]. 辽宁中医杂志, 2018, 45(12): 2624-2628.
- [19] 张凝远, 吴小炼, 孙永兴, 等. 针灸联合神经肌肉电刺激对颅脑损伤吞咽障碍患者吞咽功能及相关指标的影响[J]. 中华中医药学刊, 2019, 37(3): 695-698.
- [20] 鲁士友, 宿艳. 龙胆泻肝汤加减联合针灸治疗肝火炽盛证单纯疱疹病毒性角膜炎[J]. 中国实验方剂学杂志, 2018, 24(15): 216-221.
- [21] 倪光夏, 石学敏, 韩景献, 等. 针灸对头臂动脉型大动脉炎患者免疫功能的影响[J]. 针刺研究, 2018, 43(12): 777-780.

[责任编辑 张丰丰]