

内热针针刺颈夹脊穴配合仰卧角度牵引治疗神经根型颈椎病的临床观察*

刘 婷 李明波[△] 余泽芸 付高勇

(四川省宜宾市第一人民医院, 四川 宜宾 644000)

中图分类号: R681.575 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2024)08-1443-04

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2024.08.032

【摘要】 目的 观察内热针针刺颈夹脊穴配合仰卧角度牵引治疗神经根型颈椎病的临床效果。**方法** 90例患者根据随机数字表以1:1:1的比例随机分为3组, A组采用内热针针刺颈夹脊穴配合仰卧角度牵引, B组采用内热针针刺颈夹脊穴, C组采用仰卧角度牵引。各组治疗2周后将治疗前后疼痛调查量表(McGill)、生活质量量表(SF-36)评分和日本骨科协会评估量表(JOA)评分进行对比。**结果** 治疗2周后各组McGill评分、SF-36评分及JOA评分均有显著性改善($P < 0.05$); 治疗2周后A组McGill评分、SF-36评分及JOA评分改善均优于B组和C组($P < 0.05$)。各组患者均未出现不良反应及并发症。**结论** 内热针针刺颈夹脊穴配合仰卧角度牵引治疗神经根型颈椎病, 能够缓解患者症状、改善生活质量, 且治疗方法精准、安全、规范。

【关键词】 神经根型颈椎病 内热针 牵引 针刺 颈夹脊穴 精准治疗

Clinical Study on the Treatment of Nerve Root Cervical Spondylotic Radiculopathy by Acupuncture of Neck Jiaji Acupoint with Internal Heat Acupuncture and Supine Angle Traction Liu Ting, Li Mingbo, Yu Zeyun, Fu Gaoyong. Yibin First People's Hospital, Sichuan, Yibin 644000, China.

【Abstract】 Objective: To study the clinical efficacy of internal heat acupuncture at the neck Jiaji acupoint combined with supine angle traction in the treatment of cervical spondylotic radiculopathy. **Methods:** 90 patients were randomly divided into three groups according to the random number table with the ratio of 1:1:1; group A received internal heat acupuncture at the neck Jiaji acupoint with supine angle traction, group B received internal heat acupuncture at the neck Jiaji acupoint, and group C received supine angle traction. After 2 weeks of treatment, the pre- and post-treatment McGill pain survey scale, SF-36 quality of life score and Japanese Orthopaedic Association assessment treatment score (JOA) were compared and observed in each group. **Results:** The McGill score, SF-36 score and JOA score were significantly improved in each group after 2 weeks of treatment ($P < 0.05$), and the improvement of McGill score, SF-36 score and JOA score in group A was better than that in group B and C after 2 weeks of treatment ($P < 0.05$). There were no adverse reactions or complications in any group. **Conclusion:** Internal heat acupuncture combined with supine angle traction in the treatment of cervical spondylotic radiculopathy can alleviate the symptoms and improve the quality of life of patients, and the treatment method is accurate, safe and standardized.

【Key words】 Cervical spondylotic radiculopathy; Internal heat acupuncture; Traction; Acupuncture; Neck Jiaji acupoint; Precise medicine

颈椎病是颈椎骨、椎间盘及周围组织结构改变而出现相应临床表现的一种疾病, 临床以神经根型颈椎病最为常见, 主要症状为颈、肩、臂、手等部的疼痛、麻木。颈椎病的核心病机是“筋出槽、骨错缝”, 类似于现代生物力学中的颈椎动静力学失衡, 颈椎病的治疗主要是纠正颈椎“筋出槽、骨错缝”的病理状态, 将其恢复到“骨正筋柔、筋骨合和”的平衡状态^[1]。颈椎牵引可增大椎体间和椎间孔间隙, 纠正颈椎的生物力学失衡,

缓解和解除脊髓及神经根受压与刺激, 促进神经根水肿吸收, 减轻颈部肌肉痉挛, 缓解疼痛^[2]。内热针疗法的理论基础可追溯到中医学传统的温针灸疗法, 具有温度可控、热刺激量恒定、针刺刺激量较大、镇痛效果佳等优势, 可缓解颈部肌肉痉挛、消除无菌性炎症, 减轻疼痛, 从而达到治疗目的^[3]。本研究通过内热针配合仰卧角度牵引治疗神经根型颈椎病, 研究其临床效果及安全性, 为系统规范性治疗神经根型颈椎病提供理论依据。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 诊断标准: 西医诊断根据《颈椎病中西医结合诊疗专家共识》^[4]中的神经根型颈椎病的诊

* 基金项目: 宜宾市科技计划项目(2021ZYSF011); 四川省中医药管理局科学技术研究专项课题(2020LC0238); 宜宾市科技局科技计划项目(2021SF006)

△通信作者

断标准;中医诊断标准根据《中医康复临床实践指南·项痹(颈椎病)》^[5]中的中医诊断标准。纳入标准:符合上述中西医诊断标准;年龄40~65岁;意识清晰,能配合采集临床资料;可自主自愿签署知情同意书,能按医生指令完成治疗;参加该试验前2周末针对颈椎病进行任何干预措施。排除标准:其他型颈椎病及其他能够引起颈肩部或上肢疼痛麻木不适的疾病者;颈椎影像学改变但无临床症状者;有手术指征者;结核、肿瘤者;妊娠或哺乳期妇女;合并有严重内科系统疾病者;合并严重颈椎管狭窄和颈椎失稳、后纵韧带骨化者;不能按本观察要求治疗者,无法判断疗效者及资料不全者。病例剔除和中止标准:依从性差者;针刺后出现严重不良反应或并发症者;无法按时按次完成治疗者;椎管狭窄、脊髓信号改变者;突发其他严重疾病或意外身故者。

1.2 临床资料 选取2022年1月至2023年6月宜宾市第一人民医院康复科就诊的神经根型颈椎病患者90例,采用随机数字表法分为3组各30例。A组男性13例,女性17例;平均年龄(50.77±8.60)岁;平均病程(7.49±1.92)年。B组男性12例,女性18例;平均年龄(50.47±8.73)岁;平均病程(7.52±2.27)年。C组男性13例,女性17例;平均年龄(54.13±8.93)岁;平均病程(6.99±1.76)年。各组患者性别、年龄、病程等临床资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。本研究已通过医院伦理审查委员会审查通过,所有患者均签署知情同意书。

1.3 治疗方法 所有患者均采用常规保守治疗,包括口服非甾体消炎药物、营养神经药物。告知患者日常生活中注意颈部保暖、避免长时间低头及选择高低硬度适宜的枕头等注意事项。1)A组采用内热针针刺颈夹脊穴配合仰卧角度牵引,先行牵引治疗,患者休息1~2 h后,再行内热针治疗。2)B组采用内热针针刺颈夹脊穴。体位:患者俯卧于治疗床,嘱其头颈前屈、下颌内收,以舒适、不影响呼吸为佳,双上肢置于床边,自然下垂。治疗部位:颈夹脊穴(C_3 、 C_4 、 C_5 、 C_6 、 C_7 棘突下旁开0.5寸)。内热针操作:术区常规消毒后,用复方利多卡因乳膏(同方药业集团)外涂于皮肤表面行皮层局部麻醉。选择针体直径大小为0.7 mm,针柄直径为1 mm,针长度在4~8 cm,刺入皮下,进针深度4~8 cm,然后与内热针治疗仪(济宁市佳科医疗科技有限公司,仪器型号KF型)相连,调整体针温度为40~50℃,由40℃开始逐渐升温,以患者耐受程度为上限,维持治疗时间在20 min,出针后压迫针口至无肿胀及出血,即予创可贴贴针口。治疗点24 h内不宜沾水。7 d 1次,共治疗2周。3)C组采用仰卧角度牵引。采用仰卧位枕颌带牵引,治疗前要求患者全身放松,采用颈椎病牵引^[2]。 $C_{2/3}$ 、 $C_{3/4}$ 病变时采取后伸5~20°进行牵引, $C_{4/5}$ 节

段病变时采取颈椎前屈0~5°牵引,随着颈椎病变节段下移,颈椎牵引的前屈角度逐渐增大($C_{5/6}$ 前屈5~10°、 $C_{6/7}$ 前屈10~20°、 C_7/T_1 前屈20~30°)。牵引质量在体质量的10%~20%之间,以患者舒适为度,牵引时间15~30 min,每天1次,共治疗2周。

1.4 观察指标 1)疼痛评分法:在治疗前及治疗2周后进行疼痛的量化评分,运用疼痛调查量表(McGill)进行评分。包括疼痛分级指数(PRI)、视觉模拟量表(VAS)和现有痛强度评分(PPI)。2)生活质量评分:在治疗前及治疗2周后运用生活质量量表(SF-36)进行评分,包括生理功能、躯体疼痛、社会功能、健康状况进行评分。3)日本骨科协会评估量表(JOA):治疗前及治疗2周后运用颈椎JOA进行评分,分数越低表示患者症状越严重。4)不良反应评定及随访:治疗中记载有无晕针、滞针、断针、血肿等不良反应。结束后可通过门诊、电话等形式随访了解治疗的远期疗效(1个月左右随访1次,随访时间不少于3个月)。

1.5 统计学处理 应用SPSS25.0统计软件。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,组内比较采用配对样本 t 检验,计数资料以“ n 、 $\%$ ”表示,采用 χ^2 检验。组间比较采用单因素方差分析比较。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 各组治疗前后 McGill 评分比较 见表1。与治疗前相比,各治疗后PPI、VAS、PRI评分明显降低($P<0.05$),且A组明显低于B组和C组($P<0.05$)。

表1 各组治疗前后 McGill 评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	PPI	VAS	PRI
A组 ($n=30$)	治疗前	3.67±0.82	6.27±1.20	14.60±1.58
	治疗后	1.60±0.49 [*]	2.23±0.81 [*]	4.63±0.89 [*]
B组 ($n=30$)	治疗前	3.57±1.00	5.90±1.21	14.33±1.60
	治疗后	2.13±0.86 ^{*△}	3.20±0.88 ^{*△}	6.43±0.93 ^{*△}
C组 ($n=30$)	治疗前	3.63±0.92	5.97±0.76	14.70±1.60
	治疗后	2.17±0.69 ^{*△}	3.30±0.96 ^{*△}	6.20±0.88 ^{*△}

注:与本组治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与A组治疗后比较,[△] $P<0.05$ 。下同。

2.2 各组治疗前后 SF-36 评分比较 见表2。与治疗前比较,各组SF-36评分均明显提高($P<0.05$),且A组的SF-36评分明显高于另外两组($P<0.05$),而B组和C组的SF-36评分进行组间对比,差异无统计学意义($P>0.05$)。

2.3 各组治疗前后 JOA 评分比较 见表3。治疗后各组患者JOA评分均较治疗前明显提高($P<0.05$),且A组的JOA评分明显高于另外两组($P<0.05$),而B组和C组的JOA评分进行组间对比,差异无统计学意义($P>0.05$)。

2.4 随访及不良反应 治疗期间无中途退出及失访

表2 各组治疗前后SF-36评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	生理	躯体	社会	健康
A组 (n=30)	治疗前	51.13±4.68	58.47±4.15	53.07±5.32	52.77±5.77
	治疗后	72.20±3.54 [*]	78.07±6.39 [*]	78.83±4.21 [*]	80.07±6.39 [*]
B组 (n=30)	治疗前	55.13±4.36	57.60±3.68	54.37±4.68	53.80±5.88
	治疗后	60.20±4.17 ^{*△}	68.13±2.37 [△]	65.77±4.91 ^{*△}	63.90±6.61 ^{*△}
C组 (n=30)	治疗前	53.67±4.52	59.40±4.04	55.27±5.21	51.13±4.75
	治疗后	58.40±3.65 ^{*△}	68.80±2.51 ^{*△}	67.47±3.61 ^{*△}	61.47±6.19 ^{*△}

表3 各组治疗前后JOA评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后
A组	30	11.63±1.52	16.00±0.94 [*]
B组	30	11.67±1.44	15.03±1.09 ^{*△}
C组	30	11.63±1.42	14.70±1.14 ^{*△}

病例。治疗时及治疗后所有患者生命体征平稳,均未出现晕针、滞针、断针、血肿等不良反应。

3 讨论

神经根型颈椎病属中医学“项痹”“颈筋急”等范畴,其病机多为风寒湿邪入侵,导致太阳经脉不利、营卫不和、气滞血瘀、经脉失养而引起的疼痛麻木。中医骨科理论认为静态系统(韧带、关节囊等)和动态系统(肌肉、椎间盘、小关节)能够保持颈椎正常的结构和功能,静态和动态力的不平衡可能会导致脊柱稳定性缺失,最终导致颈椎间盘迅速退变、脱水、突出^[6]。神经根型颈椎病的治疗在于“形神兼顾、动静结合”,重建颈椎的力学平衡,进而以达筋柔骨正的目的^[7]。包括手术治疗和非手术治疗,手术治疗只针对少数后期如脊髓型颈椎病的重度患者。非手术治疗为常用方法^[8],包括口服药物、牵引、物理治疗、针灸推拿、功能锻炼等。

颈椎牵引可增大椎体间和椎间孔间隙,改善颈椎生理曲度,缓解和解除脊髓及神经根受压与刺激,促进神经根水肿吸收,松解粘连的关节囊,恢复颈椎动静态平衡^[2],能有效改善神经根型颈椎病患者的疼痛和功能障碍^[9]。目前主要牵引方式有:坐位牵引、卧位牵引、成角牵引。其中仰卧位牵引时肌肉、组织处于较为放松状态,且患者姿势容易保持,能够更好地耐受长时间地牵引。胡海等^[10]研究发现仰卧间歇角度牵引可有效改善神经根型颈椎病的临床症状,且安全性相当。研究发现,牵引角度较多为颈椎前屈10~20°^[10-11];但从数据分析,部分医者根据病损位置的不同,采取不同的角度进行牵引^[2],符合生物力学,更有利于减轻神经根压迫,促进水肿吸收,减轻炎症反应。

内热针疗法是结合了中医传统的温针灸疗法和现代工艺技术的一种新型疗法,是针刺开导与艾灸温通的优势相结合,以达舒经通络、行气活血、散寒除湿的作用,对辨证为风寒湿痹证或气滞血瘀证之神经根型

颈椎病疗效显著。温针灸是在针刺留针的过程中,将艾绒裹于针尾,点燃加热以治疗疾病的针法,可温经散寒、活血化瘀、疏通经络、调和营卫。但温针灸存在不能持续加热、容易烫伤、温度难控等不足。而内热针使用的是特殊的针芯材料,通过针芯恒温调控,将热量送达深层肌肉组织,使其具备均匀加热软组织、针身温度随时间波动小及针尖温度可控制等优点^[12]。从中医理论角度上看,神经根型颈椎病病位主要在颈项部,与督脉和足太阳膀胱经密切相关,督脉为“阳脉之海”,总督一身之阳,与膀胱经并行向上络入脑,内热针治疗该病时主要选取颈夹脊穴,能精准直接地刺激病变经脉,从而达到通调一身之阳、行气活血、舒经散寒的作用。龚辉等^[13]研究发现采用内热针治疗神经根型颈椎病,可明显改善患者临床症状,提高日常生活能力。孙卓奎等^[14]发现三痹汤联合内热针及针刀可提高神经根型颈椎病患者治疗效果,迅速缓解患者疼痛,有效改善患者颈椎功能。於兆颖等^[15]研究认为,星状神经节阻滞联合内热式电针灸较单纯内热式电针灸治疗神经根型颈椎病的临床疗效更好,尤其是远期疗效。

本研究前期已对针刺下颈夹脊穴治疗神经根型颈椎进行了一定的临床研究^[16]。在此基础上,发现运用内热针针刺颈夹脊穴配合仰卧角度牵引治疗神经根型颈椎病,能够明显缓解神经根型颈椎病患者的临床症状,改善生活质量,且在改善McGill评分、SF-36评分及JOA评分上均优于单纯运用内热针疗法及仰卧角度牵引,差异有统计学意义。在临床操作中未出现晕针、烫伤等不良反应。

总之,内热针针刺颈夹脊穴配合仰卧角度牵引治疗神经根型颈椎病具有较好的疗效,充分把传统及现代中医药技术相结合,传承创新,治疗方法精准、安全、规范。

参考文献

[1] 王逸松,王辉昊. 颈椎手法的生物力学研究进展[J]. 中医正骨,2023,35(5):41-43, 48.

[2] 贺石生,方凡夫. 颈椎病牵引治疗专家共识[J]. 中国脊柱脊髓杂志,2020,30(12):1136-1143.

[3] 孙博文,勾帆馨,许建峰,等. 浅析内热针与温针灸的异同[J]. 按摩与康复医学,2021,12(19):55-57.

[4] 世界中医药学会联合会骨质疏松专业委员会,上海中医药大学附属龙华医院,中日友好医院,教育部筋骨理论与治法重点实验室. 颈椎病中西医结合诊疗专家共识[J]. 世界中医药,2023,18(7):918-922.

[5] 章薇,李金香,娄必丹,等. 中医康复临床实践指南·项痹(颈椎病)[J]. 康复学报,2020,30(5):337-342.

[6] KAGAWA E, NIMURA A, NASU H, et al. Connection between cervical nerve and zygapophysial joint and implication of the cervical spondylotic radiculopathy: an anatomic cadaveric study[J]. Spine (Phila Pa 1976), 2021,46(13):E704-

- E709.
- [7] 郭凤红,范鹏,刘冬银,等.基于“形神兼顾,动静结合”理论防治颈椎病刍议[J].中华全科医学,2023,21(5):861-863.
- [8] PLENER J, CSIERNIK B, TO D, et al. Conservative management of cervical radiculopathy: a systematic review[J]. Clin J Pain, 2023, 39(3): 138-146.
- [9] KULIGOWSKI T, SKRZEK A, CIESLIK B. Manual therapy in cervical and lumbar radiculopathy: a systematic review of the literature[J]. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2021, 18(11): 6176.
- [10] 胡海,贾维中,刘沛然,等.仰卧间歇角度牵引治疗神经根型颈椎病的临床疗效分析[J].广西医科大学学报,2019, 36(12): 1942-1945.
- [11] 邹汉玉,陈翔,赵莉娟,等.牵引治疗神经根型颈椎病机制及应用进展[J].实用医学杂志,2023,39(7): 793-797.
- [12] 张运玉,倪李鑫,符维艳,等.内热针的现状与趋势分析[J].中国疗养医学,2022,31(10): 1025-1028.
- [13] 龚辉,欧阳丽萍.内热针改善神经根型颈椎病患者临床症状及生活能力的作用分析[J].中医外治杂志,2019, 28(6): 22-23.
- [14] 孙卓垒,黄曼丽,黄惠萍,等.三痹汤联合内热针及针刀改善神经根型颈椎病患者根性疼痛及功能康复的临床研究[J].中国医学创新,2019, 16(2): 74-77.
- [15] 於兆颖,罗慧君.星状神经节阻滞联合内热式电针灸治疗神经根型颈椎病的临床疗效[J].岭南急诊医学杂志, 2023, 28(4): 361-363.
- [16] 陈晓英,何艳,刘婷,等.毫火针与普通针对比针刺“下颈夹脊穴”治疗神经根型颈椎病的临床研究[J].特别健康, 2020, 16(22): 45.

(收稿日期 2024-01-09)

清热除湿方治疗急性湿疹(湿热蕴结证)的疗效观察*

赵娜 翟霞 刘晴

(河北省皮肤病防治院,河北 保定 071000)

中图分类号:R758.23 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2024)08-1446-04

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2024.08.033

【摘要】 目的 观察清热除湿方治疗急性湿疹(湿热蕴结证)的效果,初步探寻其作用机制。方法 选择急性湿疹患者96例,按照随机数字表法分为观察组与对照组各48例。对照组予以3%硼酸洗液外用联合可氯雷他定胶囊口服,观察组以3%硼酸洗液外用联合清热除湿方口服,两组疗程均为2周。比较两组治疗前后症状评分(湿疹面积、瘙痒程度、湿疹形态、皮疹颜色)、湿疹面积和严重指数(EASI)评分、瘙痒视觉模拟量表(VAS)评分,并比较两组外周血嗜酸粒细胞(EOS)、白细胞介素-4(IL-4)、免疫球蛋白E(IgE)含量和白细胞介素-22(IL-22)mRNA、芳香烃受体(AhR)mRNA相对表达量,并比较两组治疗总有效率。结果 治疗后观察组症状评分、EASI评分、瘙痒VAS评分均低于对照组($P < 0.05$),外周血EOS、IL-4、IgE含量及IL-22 mRNA、AhR mRNA相对表达量均低于对照组($P < 0.05$);观察组总有效率为93.75%,显著高于对照组的77.08%($P < 0.05$)。结论 清热除湿方可有效缓解病情,减轻临床治疗症状,降低治疗外周血EOS、IL-4、IgE含量,治疗急性湿疹(湿热蕴结证)效果显著,其机制可能与降低IL-22 mRNA、AhR mRNA表达有关。

【关键词】 急性湿疹 湿热蕴结 中药 清热除湿方 白细胞介素-22 芳香烃受体

Efficacy Observation on Qingre Chushi Decoction in Treating Acute Eczema (Syndrome of Accumulated Dampness-heat) Zhao Na, Zhai Xia, Liu Qing. Hebei Provincial Institute of Dermatology, Hebei, Baoding 071000, China.

【Abstract】 **Objective:** To observe the efficacy of Qingre Chushi Decoction in treating Acute eczema (syndrome of accumulated dampness-heat) and to preliminarily analysis the related mechanism. **Methods:** Totally 96 patients with acute eczema were selected and divided into an observation group and a control group according to random number table method, with 48 patients in each group. The control group were treated with 3% boric acid lotion for external use and coloratadine capsules orally, while the observation group were treated with traditional Chinese medicine Qingre Chushi Decoction orally on this basis. The treatment courses for both groups were 2 weeks. The symptom scores (eczema area, itching degree, eczema morphology, rash color), eczema area and severity index (EASI score), itching visual analogue scale (VAS) score before and after treatment, and the content of peripheral

* 基金项目:河北省卫生健康委医学科学研究课题计划(20211751)