

● 中医伤科 ●

引用:赵致缘,胡辉煌,谢义松. 人参前胡汤治疗椎动脉型颈椎病痰湿中阻证 30 例临床观察[J]. 湖南中医杂志,2020,36(1):42-44.

# 人参前胡汤治疗 椎动脉型颈椎病痰湿中阻证 30 例临床观察

赵致缘<sup>1</sup>,胡辉煌<sup>1</sup>,谢义松<sup>2</sup>

(1. 湖南中医药大学,湖南 长沙,410208;

2. 湖南中医药大学第二附属医院,湖南 长沙,410005)

**[摘要]** 目的:观察人参前胡汤治疗椎动脉型颈椎病痰湿中阻证的临床疗效。方法:将 60 例椎动脉型颈椎病痰湿中阻证患者随机分为治疗组和对照组,每组各 30 例。治疗组予人参前胡汤治疗,对照组予盐酸氟桂利嗪胶囊治疗,2 组服药后均给予牵引、针刺治疗,均治疗 2 周。治疗结束后观察并比较 2 组患者综合疗效以及症状体征积分、血流动力学改善情况。结果:总有效率治疗组为 90.0% (27/30),对照组为 77.0% (23/30),2 组比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。治疗后 2 组眩晕、头痛、棘突旁压痛、旋颈试验积分均较治疗前提高,且治疗组优于对照组,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。治疗后,2 组的双侧椎动脉最大流速、平均流速以及基底动脉平均流速与治疗前比较均有升高,且治疗组优于对照组,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论:人参前胡汤对椎动脉型颈椎病痰湿中阻证具有较好的临床疗效,能够提高基底动脉及双侧椎动脉的最大流速和平均流速,改善患者的临床症状。

**[关键词]** 椎动脉型颈椎病;痰湿中阻证;中医药疗法;人参前胡汤

**[中图分类号]**R274.915<sup>+</sup>.5 **[文献标识码]**A **DOI:**10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2020.01.017

随着快节奏生活及工作方式的改变,颈椎病已成为影响人们生活质量的常见病,全国颈椎病患病率约为 7% ~ 10%<sup>[1]</sup>。椎动脉型颈椎病(cervical spondylosis of vertebral artery, CSA)主要表现为眩晕、头痛、耳鸣、视物不清、体位性猝倒等症状,其发病率在颈椎病中占 20% ~ 50%,在颈椎病的分型发病率中居第二位<sup>[2]</sup>。CSA 症状较为复杂,治疗后易复发。西医主要采用止痛、改善脑部供血、营养神经、局部封闭等疗法,其治疗效果不甚理想。手术治疗有着风险高、创伤性大及预后差等不足,因而临床上患者更倾向于中医保守治疗。中医学认为椎动脉型颈椎病痰湿中阻证的发病主要是水湿内停,积聚成痰,痰阻中焦,清阳不升,头窍失养,头眩欲仆而发为该病<sup>[3]</sup>。治疗应以行气健脾、化痰祛湿为主。本研究采用人参前胡汤治疗椎动脉型颈椎病痰湿中阻证 30 例,疗效颇佳,现报告如下。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 将 2017 年 10 月至 2018 年 10 月

于湖南中医药大学第二附属医院脊柱科住院的患者 60 例,按照随机数字表法随机分为治疗组和对照组,每组各 30 例。治疗组中,男 16 例,女 14 例;平均年龄(48.5 ± 6.1)岁。对照组中,男 18 例,女 12 例;平均年龄(45.1 ± 5.5)岁。2 组性别、年龄经统计学处理,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《第三届全国颈椎病专题座谈会纪要》<sup>[4]</sup>中有关 CSA 的诊断标准。

1)曾有猝倒发作,并且伴有颈性眩晕;2)旋颈试验阳性:颈部旋转到某一方位时,有头晕、恶心、呕吐,或伴有视物旋转等症状出现,离开该方位时诸症减轻;3)出现视物模糊、耳鸣、听力下降等症;4)颈椎 X 线片显示节段性不稳或钩椎关节增生,颈枕部僵硬或者疼痛;5)经颅多普勒、椎动脉彩超正常俯卧位下提示血流异常,或在俯卧兼旋颈情况下出现血流异常信号。

第一作者:赵致缘,男,2017 级硕士研究生,研究方向:脊柱脊髓疾病的中医药治疗

通讯作者:谢义松,男,副教授,硕士研究生导师,研究方向:脊柱相关疾病的中西医结合治疗,E-mail:zjh68217@163.com

1.2.2 中医辨证标准 参照《中医内科学》<sup>[5]</sup>中有痰湿中阻证的辨证标准拟定。临床表现为头重昏蒙、恶心、呕吐痰涎、食少、多寐、舌苔白腻, 脉濡滑等。

1.3 排除标准 1) 合并严重心脑血管病变、凝血功能障碍或精神异常患者; 2) 妊娠或哺乳期妇女; 3) 除外颈动脉 V<sub>1</sub>、V<sub>3</sub>、V<sub>4</sub> 段狭窄所致基底动脉供血不全者; 4) 颈椎先天生理结构异常, 如融合椎、半椎体畸形者; 5) 对研究中使用的药物出现过敏反应者; 6) 无法坚持整个治疗过程者; 7) 近 6 个月内曾参与其他临床研究的患者; 8) 排除耳源性、眼源性眩晕者。

## 2 治疗方法

2.1 治疗组 给予人参前胡汤合牵引、针刺治疗。人参前胡汤: 半夏 15g, 木香 15g, 枳壳 15g, 紫苏叶 15g, 茯苓 15g, 胆南星 15g, 炙甘草 15g, 人参 10g, 前胡 15g, 橘红 15g, 生姜 15g。以上药物均由湖南中医药大学第二附属医院代煎。每天 1 剂, 分 2 次(早上 8:30, 晚上 5:00) 温服。服药 30min 后配合牵引、针刺治疗。患者坐位颈部牵引治疗 30min 后予以针刺颈夹脊穴, 针刺得气后通 G6805 型电针治疗仪, 采用连续波, 以颈部轻度跳动为宜, 留针 30min。

2.2 对照组 给予西药合牵引、针刺治疗。盐酸氟桂利嗪胶囊(西安杨森制药有限公司, 批准文号: 国药准字 H20067316, 规格: 5mg/粒), 早晚各 1 粒(早上 8:30, 晚上 5:00), 服药后 30min 同样予以牵引、针刺治疗, 治疗方法同治疗组。

2 组均连续治疗 2 周。

## 3 疗效观察

3.1 观察指标 1) 观察比较 2 组患者的综合疗效。2) 症状体征积分: 采用颈性眩晕症状与功能评估量表制定<sup>[6]</sup>。分为眩晕(0~15 分)、头痛(0~4 分)、棘突旁压痛(0~3 分)、旋颈试验(0~3 分) 4 个项目, 分数越高说明症状越轻。3) 血流动力学变化。经颅多普勒测定治疗组及对照组治疗前后血流动力学的变化。分别探测基底动脉(BA)及双侧椎动脉(VA)的最大流速(V<sub>s</sub>)和平均流速(V<sub>m</sub>)。

3.2 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[7]</sup>中的有关标准拟定。治愈: 临床症状消失, 恢复日常的工作及生活; 显效: 临床症状明显缓解, 不影响日常的工作及生活; 有效: 临床症状减轻, 但对日常的工作及生活有一定的影响; 无效: 临床症状

无明显改善, 甚至加重。

3.3 统计学方法 采用 SPSS 19.0 统计分析软件进行统计分析。总体疗效的组间比较采用  $\chi^2$  检验; 治疗前后的症状体征积分、血流动力学变化采用  $t$  检验。所有检验均采用双侧检验, 以  $\alpha = 0.05$  为检验水准。

## 3.4 治疗结果

3.4.1 2 组综合疗效比较 总有效率治疗组为 90.0%, 对照组为 77.0%, 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	治愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	30	18(60.0)	5(17.0)	4(13.0)	3(10.0)	27(90.0) <sup>a</sup>
对照组	30	12(40.0)	6(20.0)	5(17.0)	7(23.0)	23(77.0)

注: 与对照组比较, <sup>a</sup> $P < 0.05$ 。

3.4.2 2 组症状体征积分比较 治疗后 2 组症状体征积分较治疗前均有升高, 且治疗组优于对照组, 差异均具有统计学意义。(见表 2)

表 2 2 组症状体征积分比较( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	例数	时间节点	眩晕	头痛	棘突旁压痛	旋颈试验
治疗组	30	治疗前	6.30 ± 2.99	2.23 ± 1.10	1.87 ± 0.97	1.93 ± 0.64
		治疗后	9.63 ± 2.95 <sup>ab</sup>	3.70 ± 0.46 <sup>ab</sup>	2.53 ± 0.57 <sup>ab</sup>	2.56 ± 0.50 <sup>ab</sup>
对照组	30	治疗前	6.13 ± 3.11	2.26 ± 1.11	1.77 ± 1.07	1.93 ± 0.70
		治疗后	8.50 ± 2.58 <sup>a</sup>	3.10 ± 0.74 <sup>a</sup>	2.43 ± 0.73 <sup>a</sup>	2.23 ± 0.67 <sup>a</sup>

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

3.4.3 2 组血流参数比较 治疗后 2 组各项血流参数与治疗前比较均有升高, 且治疗组优于对照组, 差异均有统计学意义。(见表 3)

表 3 2 组血流参数比较( $\bar{x} \pm s$ , cm/s)

组别	例数	时间节点	LVA-V <sub>s</sub>	LVA-V <sub>m</sub>	RVA-V <sub>s</sub>	RVA-V <sub>m</sub>	BA-V <sub>m</sub>
治疗组	30	治疗前	31.8 ± 5.8	21.5 ± 4.5	31.9 ± 5.7	20.5 ± 5.7	25.8 ± 5.3
		治疗后	45.6 ± 6.1 <sup>ab</sup>	33.4 ± 5.1 <sup>ab</sup>	44.9 ± 4.9 <sup>ab</sup>	36.6 ± 4.0 <sup>ab</sup>	36.4 ± 2.8 <sup>ab</sup>
对照组	30	治疗前	30.9 ± 5.8	21.0 ± 4.1	30.8 ± 6.0	19.9 ± 5.1	23.9 ± 5.1
		治疗后	38.8 ± 3.9 <sup>a</sup>	28.7 ± 4.3 <sup>a</sup>	40.3 ± 4.8 <sup>a</sup>	28.1 ± 4.6 <sup>a</sup>	31.8 ± 6.1 <sup>a</sup>

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

## 4 讨论

CSA 是临床常见疾病。本病的病因主要有机械压迫学说、血管自身病变学说、交感神经刺激学说、体液学说及血液流变学说等。其中认为由颈椎失稳、钩椎关节增生、寰枢关节不稳或半脱位导致对椎动脉的机械牵拉和卡压, 使椎动脉产生弯曲或狭窄, 造成脑部供血不足的机械压迫学说及血管原

发畸形、老年性血管病变等导致血管腔狭窄、管壁僵硬、血管弹性减退、神经调节功能紊乱而引起椎动脉血流量减少的血管病变学说得到了较为广泛的认可。目前尚没有治疗 CSA 的特效药物,西医主要采用止痛、改善脑部供血、营养神经、局部封闭等对症疗法,其治疗效果不甚理想。对于颈椎失稳较重、病程过长而保守治疗无效或疗效不明显者,可以选择手术治疗,但是 CSA 手术治疗有着风险高、创伤性大及预后差等不足,因而临床上患者更倾向于中医保守治疗。

CSA 当属于中医学“眩晕”范畴。《黄帝内经》首先提出“因风、因虚致眩”的观点。《金匱要略》提出“心下有痰饮,胸胁支满,目眩”“诸肢节疼痛,身体魁羸,脚肿如脱,头眩,短气”等关于痰饮、水湿导致眩晕的证治。水湿内停,积聚成痰,痰阻中焦,清阳不升,头窍失养,发为眩晕、视物旋转;痰湿阻滞,中焦运化不利,则恶心、呕吐;湿邪阻滞中焦,脾不升清,全身气机不畅,则四肢沉重、头重昏沉。张仲景认为痰饮是眩晕发作的病因,并给予小半夏加茯苓汤治疗痰饮眩晕。《丹溪心法》中有云:“无痰则不作眩”,“头眩,痰挟气虚并火,治痰为主,挟补气药及降火药”。提出了痰饮与眩晕的关系,并指出治疗眩晕以“治痰为先”,兼以补气或者降火。

人参前胡汤是具有益气健脾、化痰祛湿功效的中医经典方,出自《仁斋直指方》卷十一。其原方组成:前胡半两,橘红半两,半夏曲半两,木香半两,枳壳(制)半两,紫苏叶半两,赤茯苓半两,南星(炮)半两,甘草(炙)半两,人参三钱。每服三钱,水一盞半,加生姜七厚片,慢火熟煎服。方中半夏燥湿化痰、降逆止呕,为治风痰眩晕头痛之要药,李东垣在《脾胃论》中说:“足太阴痰厥头痛,非半夏不能疗。”前胡降气化痰,《本草经解》中记载其主痰满、胸胁中痞、心腹结气、风头痛。两药合用,具有健脾燥湿化痰、理气宽中止呕之功效,共为君药。臣以木香健脾行气化痰,枳壳、橘红理气宽中、燥湿化痰,进一步加强君药健脾化痰祛湿之功效。佐以紫苏叶行气和胃,茯苓利水渗湿、健脾宁心,人参健脾益气,胆南星清热化痰,佐制诸药温热之性,寒热平调;甘草调和诸药,兼以健脾益气,为佐使之用;煎药时加姜调和脾胃,且生姜兼制半夏之毒。诸药合用,风痰并治,标本兼顾,行气健脾、化痰祛湿。

现代研究表明,牵引通过其纵向力的作用,能够恢复椎间隙的高度,缓解突出的椎间盘对于神经根的压迫,恢复颈椎正常的生理曲度,有利于减少因颈椎失稳、椎间盘的突出、韧带及骨质的增生对椎动脉的压迫,改善椎动脉的血液流变学,促进组织水肿消退,减少炎症因子的释放<sup>[8]</sup>。针刺颈夹脊穴可调节 CSA 患者椎动脉血流动力学紊乱状态,缓解椎动脉痉挛,增加大脑供血,改善临床症状<sup>[9]</sup>。

本研究结果显示,人参前胡汤内服配合牵引、针刺治疗 CSA 痰湿中阻证能够显著改善患者椎动脉血流动力学,明显缓解患者临床症状,治疗效果满意,值得临床推广运用。

参考文献

[1] 吴佳倩,陆一涵,张成钢. 颈椎病的研究进展[J]. 健康教育与健康促进,2018,13(1):58-61.  
 [2] 汪凯,张艳平,刘光锋. 项针八宫穴治疗椎动脉型颈椎病的随机对照研究[J]. 颈腰痛杂志,2017,38(3):231-234.  
 [3] 侯佩新,李晓明,韩广普,等. 椎动脉型颈椎病辨证分型及子午捣臼刺法穴位分析[J]. 中医临床研究,2018,10(32):7-9.  
 [4] 李增春,秦德玉,吴德升,等. 第三届全国颈椎病专题座谈会纪要[J]. 中华外科杂志,2008,34(23):1796-1799.  
 [5] 周仲瑛. 中医内科学[M]. 2版. 北京:中国中医药出版社,2007:297-304.  
 [6] 陈扬声. 半夏白术天麻汤结合热敏灸治疗椎动脉型颈椎病的疗效分析[J]. 中医药导报,2014,20(5):100-101.  
 [7] 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,2002:346-348.  
 [8] 向武,汪俊宇,李敏,等. 牵引治疗神经根型颈椎病研究概况[J]. 世界最新医学信息文摘,2017,17(45):69-70.  
 [9] 唐波,单佳靖,鲍淑红,等. 针刺颈夹脊穴对椎动脉型颈椎病患者血流动力学的影响[J]. 云南中医学院学报,2018,41(1):87-89.

(收稿日期:2019-04-16)

麻黄白果治小儿支气管哮喘

【处方组成】炙麻黄(发热者用生麻黄)、杏仁、白果、半夏、地龙、甘草各3g,射干、五味子各2g,茶叶1g,生姜1g,葱白半支。

【用法用量】每天1剂,水煎,代茶饮。此为3~5岁用量,可随年龄增减剂量。

【功效主治】小儿支气管哮喘。(http://paper.cntcm.com.cn/html/content/2019-11/27/content\_620334.htm)