

● 中医伤科 ●

引用:钟宇霖,周长征. 颈性眩晕方治疗椎动脉型颈椎病气滞血瘀证 31 例临床观察[J]. 湖南中医杂志,2020,36(6):52-54.

颈性眩晕方治疗 椎动脉型颈椎病气滞血瘀证 31 例临床观察

钟宇霖¹,周长征²

(1. 湖南中医药大学,湖南 长沙,410208;

2. 湖南中医药大学第一附属医院,湖南 长沙,410007)

[摘要] 目的:探讨颈性眩晕方对椎动脉型颈椎病气滞血瘀证的临床疗效。方法:将椎动脉型颈椎病气滞血瘀证患者 62 例随机分为治疗组和对照组,每组各 31 例。对照组给予艾瑞昔布片合甲磺酸倍他司汀片治疗,治疗组在对照组治疗的基础上加用颈性眩晕方治疗。治疗 14 d 后观察 2 组综合疗效及头晕、头痛、肢体麻木的改善情况。结果:总有效率治疗组为 90.3% (28/31),对照组为 71.0% (22/31),2 组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗组治疗后头晕、头痛、肢体麻木的总改善率分别为 92.9% (26/28)、83.3% (10/12)、90.0% (18/20),均优于对照组的 66.7% (18/27)、77.0% (10/13)、66.7% (14/21),差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论:颈性眩晕方能缓解椎动脉型颈椎病气滞血瘀证患者的临床症状,值得临床借鉴。

[关键词] 椎动脉型颈椎病;中西医结合疗法;颈性眩晕方

[中图分类号] R275.915⁺.5 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2020.06.021

椎动脉型颈椎病主要症状为眩晕,伴或不伴有头痛、肢体麻木、视力减退、耳鸣、听力下降,故又可称为眩晕型颈椎病。中医学认为颈性眩晕多由骨病所致,病因多为气滞血瘀等。颈性眩晕方为周长征教授治疗颈椎病的常用方,本研究用其治疗眩晕型颈椎病气滞血瘀证 31 例,取得满意效果,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2017 年 12 月至 2018 年 12 月于湖南中医药大学第一附属医院骨伤科门诊就诊的椎动脉型颈椎病气滞血瘀证患者 62 例。根据治疗时间的先后顺序分为治疗组和对照组,每组各 31 例。治疗组中,男 15 例,女 16 例;年龄 45~69 岁,平均(56.29±6.20)岁;病程 7 d 至 1 年,平均(5.05±3.73)个月。对照组中,男 16 例,女 15 例;年龄 46~70 岁,平均(56.48±60.89)岁;病程 10 d 至 1.5 年,平均(5.21±4.38)个月。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 参考《颈椎病的分型、诊断及非手术治疗专家共识(2018)》^[1]中相关标准拟定。1)临床主要表现为眩晕,肩颈部疼痛,可伴或不

伴有视物模糊、耳鸣、手部麻木等一系列交感神经症状。体检可出现旋颈试验阳性。2)影像学表现:X 线片显示椎体节段性不稳定,核磁共振检查表现为颈椎间盘退变。

1.2.2 中医辨证标准 参考《中医病证诊断疗效标准》^[2]及《中医内科学》^[3]中有关颈椎病气滞血瘀证的相关标准拟定。主要症状:眩晕,颈项、肩及手臂疼痛、上肢麻木、疼痛;次要症状:肩颈部、上肢刺痛,痛处固定,头痛,可见健忘,失眠,心悸,耳鸣和耳聋;舌脉象:舌偏暗,有瘀点或瘀斑,脉象涩或弦。

1.3 纳入标准 1)符合以上西医诊断标准和中医辨证标准;2)发病后未进行其他相关治疗;3)病例资料完整;4)能按要求配合治疗。

1.4 排除标准 1)因眼、心、脑及耳等原因导致的眩晕;2)孕期、哺乳期妇女;3)患有恶性肿瘤、精神病等不利于治疗的疾病;4)其他眩晕相关疾病或诊断不明的眩晕;5)对本观察药物过敏;6)存在其他影响本研究结果的相关因素。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予艾瑞昔布片合甲磺酸倍他司汀

第一作者:钟宇霖,男,2017 级硕士研究生,研究方向:脊柱脊髓疾病的临床研究

通讯作者:周长征,男,主任医师,硕士研究生导师,研究方向:脊柱脊髓疾病的临床研究,E-mail: zcc1108@163.com

片治疗。艾瑞昔布片(卫材(中国)药业有限公司, 批准文号: 国药准字 H20110041, 规格: 0.1 g/片)口服, 每次 1 片, 每天 2 次; 甲磺酸倍他司汀片[卫材(中国)药业有限公司, 批准文号: 国药准字 H20040130, 规格: 6mg/片]口服, 每次 6mg, 每天 3 次。

2.2 治疗组 在对照组治疗的基础上加用颈性眩晕方治疗。方药组成: 葛根 15 g, 川芎 6 g, 炒僵蚕 10 g, 天麻 10 g, 钩藤 10 g, 郁金 10 g, 藁本 10 g, 石菖蒲 6 g, 三七粉 3 g, 北柴胡 6 g, 地龙 10 g, 石决明 20 g, 丹参 10 g, 白芍 10 g, 茯苓 10 g, 醋龟甲 10 g, 甘草 6 g。上述中药均由湖南中医药大学第一附属医院药剂科熬制, 200 ml/袋, 早晚各 1 袋。

2 组均治疗 14 d 后观察疗效。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1) 综合疗效。2) 中医证候改善情况。参照《中药新药临床研究指导原则》^[4] 中有关证候评分标准, 依据症状轻重分别计 0、1、2、3 分, 对比治疗前后的积分值。显著改善: 中医证候积分下降程度 $\geq 2/3$; 部分改善: 中医证候积分下降程度 $\geq 1/3$ 、

但 $< 2/3$; 无改善: 中医证候积分下降程度 $< 1/3$ 。

3.2 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[2] 中有关标准制定。治愈: 眩晕、头痛、肢体麻木消失, 能够正常学习生活; 有效: 眩晕、头痛、肢体麻木改善; 无效: 上述症状无改善。

3.3 统计学方法 采用 SPSS 21.0 统计软件进行数据处理。计数资料以率(%)表示, 采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

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 90.3%, 高于对照组的 71.0%, 2 组比较, 差异具有统计学意义。(见表 1)

表 1 2 组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	治愈	有效	无效	总有效
治疗组	31	15(48.4)	13(41.9)	3(9.7)	28(90.3) ^a
对照组	31	10(32.3)	12(38.7)	9(29.0)	22(71.0)

注: 与对照组比较, ^a $P < 0.05$ 。

3.4.2 2 组中医证候改善情况比较 治疗后治疗组头晕、头痛、肢体麻木总改善率均优于对照组, 差异均有统计学意义。(见表 2)

表 2 2 组中医证候改善情况比较[例(%)]

组别	头晕					头痛					肢体麻木				
	例数	显著改善	部分改善	无改善	总改善	例数	显著改善	部分改善	无改善	总改善	例数	显著改善	部分改善	无改善	总改善
治疗组	28	19(67.9)	7(25.0)	2(7.1)	26(92.9) ^a	12	7(58.3)	3(25.0)	2(16.7)	10(83.3) ^a	20	15(75.0)	3(15.0)	2(10.0)	18(90.0) ^a
对照组	27	12(44.5)	6(22.2)	9(33.3)	18(66.7)	13	5(38.5)	5(38.5)	3(23.0)	10(77.0)	21	10(47.6)	4(19.1)	7(33.3)	14(66.7)

注: 与对照组比较, ^a $P < 0.05$ 。

4 讨论

中医学多将椎动脉型颈椎病归属为“眩晕”“项痹”等范畴。《灵枢·大惑论》有言:“邪中于项, 因逢其身之虚, 其入深, ……目系急则目眩以转矣”“脑为髓之海, 髓海不足则脑转耳鸣, 目无所视”。张景岳认为“眩晕一证, 虚者居其八九”, 强调无虚不作眩, 而“兼火兼痰者不过一二”。针对眩晕又有“诸风掉眩, 皆属于肝”的说法, 说明肝风内动是眩晕的重要原因。风动则上冲于脑, 阻碍清窍, 故见头晕目眩。《丹溪心法》中则强调无痰不作眩, 痰因火动, 有湿痰, 有火痰。杨仁斋在《直指方》中指出:“痰滞不行, 皆能眩晕”, 提出了无痰不作眩, 强调眩晕的发生与痰有直接关系。《医灯续焰》提出:“眩晕者多属诸风, 又不独一风也。有因于火者, 有因于痰者, 有因于死血者, 有因于虚者。”

周教授认为, 眩晕病机多为风痰瘀虚四者, 其中瘀血既是病因, 又是病理产物, 是导致眩晕发生的直接原因。肝郁化火, 引动内风, 故发眩晕。因

肝主藏血, 又为一身气机之枢纽, 肝气郁结则血瘀停滞, 肝火内灼, 则炼血成瘀。津血同源, 痰湿内生与瘀血关系密切, 同为病理产物, 阻滞气机; 肝肾亏虚、脾虚、血虚、气虚均导致精微不能上荣于脑, 髓海失养, 则发目眩头昏。虚则不能推动血液流动^[5], 周教授认为不论是哪一种“虚”均可导致血瘀。因此, 治疗当从瘀而治, 兼以平肝息风、豁痰开窍、补益肝肾。颈性眩晕方中运用川芎、丹参、地龙、炒僵蚕、三七粉、郁金多味活血药物, 起活血祛瘀、通络止痛之用, 意在治瘀; 因久病多虚, 骨病又多以肝肾亏虚为主, 故佐以龟甲补肾强骨; 肝为一身气机之枢纽, 气机不畅, 则肝失条达, 或因内外因素, 引风上于脑, 故加用天麻、钩藤、石决明息风定眩, 北柴胡、郁金疏肝解郁; 脾为后天之本, 脾虚则五脏俱虚, 故加入茯苓、白芍及石菖蒲化痰开窍、健脾祛湿; 再配合如藁本、葛根引经于头; 甘草调和诸药。全方具有活血祛瘀、息风定眩之效, 兼补益肝肾、健脾化痰之功。

引用:吴海斌,张昊天. 舒筋汤结合推拿、针刀疗法治疗瘀滞型肩周炎 64 例临床观察[J]. 湖南中医杂志,2020,36(6):54-56.

舒筋汤结合推拿、针刀疗法 治疗瘀滞型肩周炎 64 例临床观察

吴海斌,张昊天

(开平市中心医院,广东 开平,529300)

[摘要] 目的:观察中药舒筋汤结合推拿、针刀疗法治疗瘀滞型肩周炎的临床疗效。方法:将瘀滞型肩周炎患者 128 例随机分成治疗组与对照组,每组各 64 例。对照组采用推拿联合针刀治疗,治疗组在对照组的基础上加用舒筋汤治疗,均以 1 周为 1 个疗程,共治疗 4 个疗程。观察 2 组的综合疗效及治疗 2、4 个疗程后的美国加州大学肩关节(UCLA)评分。结果:总有效率治疗组为 95.31% (61/64),对照组为 82.81% (53/64),2 组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗 2、4 个疗程后 2 组 UCLA 评分治疗前后组内比较及治疗后同时间节点组间比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论:对瘀滞型肩周炎应用舒筋汤联合推拿、针刀疗法治疗可取得显著的治疗效果,能提高患者肩关节功能,值得临床推广应用。

[关键词] 瘀滞型肩周炎;舒筋汤;推拿疗法;针刀疗法

[中图分类号] R274.31 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2020.06.022

肩周炎是一种因关节周围软组织病变导致疼痛及功能受限的炎症性疾病,其基础病理表现为肩关节囊、周围韧带挛缩等,严重影响患者的生活质量^[1]。中医学将肩周炎归为“痹证”范畴,认为其病机有正气亏虚、气血两虚、风寒侵扰等,具体分型有瘀滞型、风寒湿型与气血两虚型,其中以瘀滞型最为常见^[2]。对于瘀滞型肩周炎的治疗,中医提倡活血化瘀、祛风止痛的治疗法则,采用中药汤剂配合中医理疗的联合治疗方式,效果显著^[3]。本研究采用舒筋汤联合推拿与针刀治疗瘀滞型肩周炎 64 例,取得了满意疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取本院 2017 年 1 月至 2018 年 10 月收治的 128 例肩周炎患者为研究对象,按照随机数字表法将其随机分为 2 组,每组各 64 例。治疗组中,男 40 例,女 24 例;年龄 29 ~ 61 岁;平均

(42.1 ± 2.6) 岁;病程 2 ~ 28 个月,平均 (17.2 ± 2.4) 个月。对照组中,男 37 例,女 27 例;年龄 31 ~ 60 岁,平均 (41.8 ± 2.5) 岁;病程 1 ~ 26 个月,平均 (16.8 ± 2.5) 个月。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《肩周炎的分类诊断和治疗》^[3] 中的诊断标准。1) 常有风湿寒邪侵袭史或外伤史的中老年患者;2) 肩部疼痛及活动时疼痛,夜间加重,可放射至手部;3) 肩关节活动受限尤其是上举、外展、内旋受限;4) 肩周压痛,尤其是肱二头肌长头腱沟处。

1.2.2 中医辨证标准 参照《中医内科病证诊断疗效标准(三)》^[4] 中关于瘀滞型肩周炎的标准制定。1) 肩部肿胀;2) 持续疼痛且在夜间加重;3) 舌质暗淡或有瘀斑。

第一作者: 吴海斌,男,副主任中医师,研究方向:中医骨伤科学

本观察结果显示,颈性眩晕方联合西药治疗椎动脉型颈椎病气滞血瘀证的总有效率为 90.3%,优于单纯西药治疗的 71.0% ($P < 0.05$);头晕、头痛、麻体麻木的总改善率均优于对照组 ($P < 0.05$),说明该方法能够有效地缓解患者眩晕、肩颈痛等临床症状,值得临床借鉴。

参考文献

[1] 中华外科杂志编辑部. 颈椎病的分型、诊断及非手术治疗专

家共识(2018)[J]. 中华外科杂志,2018,56(6):401-402.

[2] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京:南京大学出版社,1994:186.

[3] 田德禄,蔡淦. 中医内科学[M]. 上海:上海科学技术出版社,2006.

[4] 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.

[5] 王兵. 无瘀不作眩再识[J]. 中国中医药现代远程教育,2008,6(9):1075. (收稿日期:2019-07-11)