

引用:黄锦军,曾燕,严欣,张玲玲,何贤芬. 推拿治疗椎动脉型颈椎病失眠 50 例临床观察[J]. 湖南中医杂志,2020,36(6):62-64.

推拿治疗椎动脉型颈椎病失眠 50 例临床观察

黄锦军¹,曾燕²,严欣²,张玲玲¹,何贤芬¹

(1. 广西中医药大学第一附属医院,广西 南宁,530023;

2. 广西中医药大学,广西 南宁,530001)

[摘要] 目的:观察推拿手法治疗椎动脉型颈椎病(CSA)失眠患者的临床疗效,探讨其作用机制。方法:将 100 例椎动脉型颈椎病失眠患者分为治疗组和对照组,每组各 50 例。治疗组予推拿手法治疗,对照组予颈复康颗粒治疗。观察 2 组中医证候积分及血清 5-羟色胺(5-HT)、下丘脑泌素(Orexin)、血管内皮素(ET)含量,评定综合疗效。结果:总有效率治疗组为 96.00%(48/50),对照组为 88.00%(44/50),2 组比较,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。中医证候积分及血清 5-HT、Orexin、ET 水平治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论:推拿手法治疗 CSA 椎动脉型颈椎病失眠效果显著,能有效促进血清 5-HT 表达及抑制血清 Orexin、ET 水平,此为推拿手法治疗 CSA 失眠的作用机制,现报告如下。

[关键词] 椎动脉型颈椎病;失眠;推拿手法;5-HT;Orexin;ET

[中图分类号] R274.915+.5 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2020.06.025

椎动脉型颈椎病(cervical spondylosis of vertebral artery type, CSA)是颈椎病中的好发类型,失眠是 CSA 的常见伴随症状,对患者生活质量产生了严重困扰。推拿治疗 CSA 具有显著疗效。本研究采用推拿手法治疗 CSA 伴失眠患者 50 例,通过检测治疗前后血清 5-羟色胺(5-HT)、下丘脑泌素(Orexin)、血管内皮素(ET)含量,从体液免疫学水平方面探究推拿手法治疗本病的作用机制,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 100 例均为广西中医药大学第一附属医院推拿科门诊及住院患者,按照 SPSS19.0 软件编程产生的随机号码均等分入 2 组。治疗组 50 例中,男 32 例,女 18 例;年龄 23~61 岁,平均(36.42 ± 6.15)岁;病程 3 个月至 10 年,平均(3.25 ± 0.46)年。对照组 50 例中,男 30 例,女 20 例;年龄 21~64 岁,平均(35.86 ± 6.65)岁;病程 3 个月至 10 年。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 非器质性失眠:参照《中国精神障碍分类与诊断标准》^[1]制定。难以入睡、睡眠不深、

多梦、早醒、或醒后不易再睡,醒后不适感,疲乏,或白天困倦等。CSA:参照《中药新药临床研究指导原则》^[2]制定。1)有发作性或位置性眩晕,甚至恶心、呕吐、猝倒;2)颈项部上段僵硬酸胀疼痛;3)旋颈试验阳性;4)颈椎 X 线可见颈椎曲度改变、增生、不稳等。

1.3 纳入标准 1)符合失眠及 CSA 的诊断标准;2)以失眠为主要症状;3)年龄在 18~65 岁之间;4)签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)妊娠或哺乳期妇女;2)合并有心脑血管、肝、肾、造血系统等严重原发性疾病或合并严重骨质疏松症、骨质破坏、结核、肿瘤等疾病及精神病;3)虽有颈椎病但有其他原因导致的失眠;4)不能配合治疗。

2 治疗方法

2.1 治疗组 采用推拿疗法治疗。参照《推拿治疗学》^[3]中关于 CSA 的治疗方法,以解痉止痛、活血通络、理筋整复为原则进行治疗。

2.1.1 基本步骤 1)揉法施于颈项三线,左右风池←→肩井、风府←→大椎,冈上肌以及背部竖脊肌;2)屈指推颈项部三线,左右风池←→肩井、风府←→大椎;3)大拇指按风池、风府;4)按揉两侧大

基金项目:广西壮族自治区自然科学基金项目(2016GXNSFAA380171)

第一作者:黄锦军,男,医学硕士,主任医师,教授,研究方向:针灸推拿在消化系统疾病康复中的应用研究

通讯作者:何贤芬,女,医学硕士,副主任医师,研究方向:针灸推拿在消化系统疾病康复中的应用研究, E-mail: 530614387@qq.com

筋,由上而下数遍,继而按揉肩井、天髎、天宗;5)拿风池以及颈项部,由上而下数遍,以酸胀为度;6)直擦颈项部项韧带以及两侧肌肉,以透热为度。

2.1.2 根据患者的具体症状辨证施治 1)头晕、头痛者:偏峰一指禅推印堂→神庭、前额至左右太阳;大鱼际揉前额以及左右太阳;大拇指按印堂→百会,分按前额;扫散法施于头部两侧颞部,分、合推前额;颈部拔伸。2)眩晕、耳鸣者,指按揉太阳、攒竹、百会、耳门、听宫、听会、翳风。3)恶心、呕吐者,指按揉内关、脾俞、胃俞、足三里;4)偏头痛者,扫散法施治于头之两侧约率谷处,指按揉风池、风府、合谷;5)侧扳法:颈段棘突有偏歪者,以颈棘突左偏为例。左手拇指抵按住错位偏歪的棘突向右推,另一手五指分开放置于患者头部右侧颞部,并逐渐用力将头扳向左侧。当头扳向左侧约40°时,以左手拇指为支点,方向相反进行被动侧扳复位,此时可听到一清脆“卡咯”声和手下棘突的移动感,证明手法成功,但不可强求此声响。

2.2 对照组 予颈复康颗粒治疗。颈复康颗粒(颈复康药业集团有限公司,批准文号:国药准字Z13022204,规格:5g/袋)每次2袋,每天2次,饭后冲服;安定片(沈阳格林制药有限公司,批准文号:国药准字H21022886,规格:5mg/片)2.5mg,每晚睡前口服。

2组均以7d为1个疗程,连续治疗2个疗程。推拿治疗每天1次,每次30min,每周6次,疗程间休息1d。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1)中医证候积分。参照《中药新药临床研究指导原则》^[2]对主要证候进行计分。中医证候包括睡眠质量、头晕、头痛、眩晕、耳鸣、恶心和呕吐7项,每项按无、轻、中、重4级,分别计0、2、4、6分,总分42分,得分越高病情越重。采用尼莫地平法计算中医证候积分减少率。中医证候积分减少率=[(治疗前积分-治疗后积分)÷治疗前积分]×100%。2)2组在治疗前后分别抽取静脉血10ml,3000r/min,离心5min,取上清,-70℃保存,批量测定。采用ELISA检测5-HT、Orexin、ET含量,按照ELISA试剂盒说明书要求检测其含量。

3.2 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[2]制定。痊愈:中医证候积分减少率≥95%,X线片示正常;显效:中医证候积分减少率≥70%,但

<95%,X线片显示明显好转;有效:中医证候积分减少率≥30%,但<70%,X线片显示有所好转;无效:中医证候积分减少率<30%,X线片显示无改变。

3.3 统计学方法 所有数据采用SPSS 19.0版统计软件处理。计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,在满足参数检验的条件下,组内比较用配对t检验,组间比较用成组t检验;在不满足参数检验的条件下,用非参数检验。计数资料用频数表示,采用U检验或 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

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96.00%,对照组为88.00%,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	痊愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	50	18(36.00)	26(52.00)	4(8.00)	2(4.00)	48(96.00) ^a
对照组	50	8(16.00)	10(20.00)	26(52.00)	6(12.00)	44(88.00)

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

3.4.2 2组治疗前后中医证候积分比较 治疗后,2组中医证候积分均较治疗前降低,且治疗组低于对照组,差异均有统计学意义。(见表2)

表2 2组治疗前后中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	50	35.08±3.84	16.60±8.24 ^{ab}
对照组	50	34.72±4.16	22.74±7.61 ^a

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

3.4.3 2组治疗前后5-HT、Orexin、ET水平比较 治疗后,2组5-HT均较治疗前显著升高,且治疗组高于对照组,Orexin、ET均较治疗前降低,且治疗组低于对照组,差异均有统计学意义。(见表3)

表3 2组治疗前后5-HT、Orexin、ET水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间节点	5-HT(mg/L)	Orexin(pg/ml)	ET(ng/L)
治疗组	50	治疗前	111.30±8.18	64.75±13.45	64.50±11.03
		治疗后	146.32±14.76 ^{ab}	53.94±8.13 ^{ab}	53.69±9.40 ^{ab}
对照组	50	治疗前	108.62±6.66	65.29±9.95	68.36±13.74
		治疗后	122.02±10.75 ^a	61.43±14.92 ^a	65.57±10.22 ^a

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

4 讨论

CSA是因颈椎退行性变影响椎动脉对脑干或迷路的供血而引起以眩晕为突出表现的病症,是颈椎病的常见类型。近年来临床研究表明,颈椎病与失眠存在一定的相关性,被称为“颈源性失眠”^[4]。

觉醒-睡眠中枢在丘脑下部,由椎-基底动脉的终末支发出的丘脑穿通动脉供血。由于椎间盘病退行性改变、关节紊乱等刺激或压迫椎动脉,引起椎动脉收缩或痉挛,导致椎动脉供血不足,造成觉醒-睡眠中枢功能障碍,因此,CSA多伴失眠等症状^[5]。CSA患者普通存在血流动力学改变,从而造成机体内细胞水平失常^[6]。5-HT是机体睡眠-觉醒过程中非常重要的中枢神经递质,其可调节睡眠-觉醒周期,延长非快速眼动睡眠,从而抑制觉醒,增加深度睡眠并缩短入眠期和浅睡期^[7]。Orexin是一种兴奋性神经肽激素,具有强大的促觉醒效果。现代医学认为,脑缺血状态下机体将激活Orexin,通过HPA轴促进单胺类神经递质的合成和分泌,提高大脑皮质的应激性,从而维持觉醒而导致失眠^[8]。ET是一种具有强烈且作用持久的内源性血管收缩效应多肽,主要作用是维持基础血管张力与心血管系统稳态,ET等神经肽类物质在CSA发病时可能起到神经-体液调节作用^[9]。

本研究结果显示,治疗组综合疗效、血清5-HT高于对照组,证候积分、血清Orexin、ET水平均低于对照组,提示与西医治疗相比,推拿手法治疗CSA失眠能明显提高临床有效率,改善中医证候积分,升高血清5-HT水平,降低血清Orexin、ET水平。推拿手法可刺激皮肤感受器,改善椎动脉供血不足状态,保护缺血脑组织,通过HPA轴调节神经

递质,促进血清5-HT合成,抑制血清Orexin、ET分泌,从而调节觉醒-睡眠系统,达到改善CSA和失眠症状的作用。

参考文献

[1] 中华医学会精神分会. 中国精神障碍分类与诊断标准[M]. 3版. 济南:山东科学技术出版社,2001:165-166.

[2] 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.

[3] 周信才. 推拿治疗学[M]. 2版. 上海:上海中医药大学,2009.

[4] LOBBEZOOF, VISSCHER CM, NAEIJE M. Impaired health status, sleep disorders, and pain in the craniomandibular and cervical spinal regions[J]. Eur J Pain, 2004, 8(1): 23-30.

[5] 栗胜勇,符文彬,樊凌. 颈源性失眠的发病机制及针灸治疗进展[J]. 广西中医药大学学报, 2013, 16(4): 69-71.

[6] 南毛球,戴军,黄光辉,等. 椎动脉型颈椎病患者血清神经元特异性烯醇酶、内皮素、肿瘤坏死因子- α 以及血流动力学指标变化[J]. 中国临床医生杂志, 2017, 45(1): 68-71.

[7] 司井夫,刘峰,卜渊,等. 针刺推拿联合疏肝安神汤对失眠患者5-HT、DA水平及睡眠质量的影响[J]. 针灸临床杂志, 2018, 34(12): 21-25.

[8] ZAMORA GONZÁLEZ EO, SANTERRE A, PALOMERA AVAL-OS V, et al. A chronic combinatory stress model that activates the HPA axis and avoids habituation in BALB/C mice[J]. J Neurosci Methods, 2013, 213(1): 70-75.

[9] 杜协彬,张军,齐越峰. 椎动脉型颈椎病患者中缩血管活性肽类物质的变化及意义[J]. 中国骨伤, 2003, 16(5): 262-263.

(收稿日期:2019-06-08)

洋医无奈呕吐症 锡纯自制半夏愈

清朝末年,英国军医患呕吐症,“屡屡呕吐,绝食者久矣”,故邀请日本医师和美国医师治疗,然“呕吐卒不止”。在两位医师都束手无策之后,他选择求治于名医张锡纯。经过详细诊视后,张锡纯说:“余有一策,姑试行之。遂辞归检查汉法医书,制小半夏加茯苓汤……一二服后奇效忽显”。仅数日,顽固呕吐症痊愈了,这让三位洋大夫对张锡纯敬佩不已。

仅用了半夏、生姜、茯苓3味药,为何有如此疗效呢?张锡纯认为:“从来呕吐之证,多因胃气冲气并而上逆。”《金匱要略》治呕吐,有小半夏加茯苓汤。方中半夏作为一味主药,“味辛,性温,有毒,凡味辛之至者,皆禀秋金收降之性,故能下达,为降胃安冲之主药。为其能降胃安冲,所以能止呕吐”。而主药的应用必须符合中药加工炮制增效减毒的双重要求。

古人炮制半夏的方法是“汤洗去滑”,如《金匱玉函经》记载半夏的炮制法:“以汤洗十数度,令水清滑尽,洗不熟有毒也”。白矾制半夏源于宋代,清代医家张寿颐认为“于此物之制造,则百出不穷,于是浸之又浸,捣之又捣,药物本真,久已消失,甚至重用白矾,昏昏悠悠”。

张锡纯认为“相制太过,毫无辛味,转多矾味,令人呕吐”。虽然矾制半夏可消除毒性,但亦消除了半夏止呕的功效。针对这种情况,张锡纯采取了两种方法炮制半夏:“用生半夏数斤,浸以热汤,日换一次,至旬日,将半夏剖为二瓣,再入锅中,多添凉水煮一沸,速连汤取出,盛盆中,候水凉,净晒干备用”,临用时取矾制半夏用微温之水淘洗数次,然后用之,只不过“屡次淘之则力减,故须将分量加重”。

如此辨证准确、选方精当、中药炮制符合辨证用药意图,故能立起沉疴。(http://paper.cntcm.com.cn/html/content/2020-06/04/content_624271.htm)