

引用:张瑞桃,罗伦建,陈平国. 腧穴热敏化后雷火灸干预颈椎病痰浊中阻证 33 例临床观察[J]. 湖南中医杂志,2022,38(8):75-77,83.

腧穴热敏化后雷火灸 治疗颈椎病痰浊中阻证 33 例临床观察

张瑞桃,罗伦建,陈平国

(湘潭市第二人民医院,湖南 湘潭,411100)

[摘要] 目的:观察腧穴热敏化后雷火灸治疗椎动脉型颈椎病痰浊中阻证的临床效果。方法:将 66 例颈椎病痰浊中阻证患者随机分为 2 组,每组各 33 例。治疗组探寻出热敏化穴位后予雷火灸艾条悬灸治疗,对照组予雷火灸艾条直接悬灸治疗,比较 2 组治疗前后的颈椎症状与功能、中医证候评分及血液流变学指标的变化,根据中医证候的变化评定证候疗效。结果:总有效率治疗组为 93.94%(31/33),对照组为 72.73%(24/33),2 组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。2 组颈性眩晕症状与功能评估量表评分、中医证候评分治疗后及随访 1 个月均较治疗前改善,且治疗组均优于对照组($P < 0.01$ 或 $P < 0.05$);2 组血液流变学指标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:腧穴热敏化后雷火灸治疗颈椎病痰浊中阻证优于单纯雷火灸,值得临床推广。

[关键词] 颈椎病;痰浊中阻证;腧穴热敏化;雷火灸

[中图分类号]R246.9,R274.915⁺.5 **[文献标识码]**A DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2022.08.018

颈椎病是由于颈椎间盘或椎体退变,压迫局部神经、血管而出现头晕头痛、颈项胀痛、恶心呕吐、耳鸣、心慌胸闷等症状的一种退行性病变,临床上可分为神经根型、颈型、椎动脉型、交感神经型、脊髓型、混合型。中医药治疗颈椎病主要有中药、针刺、推拿、针刀等疗法^[1-3],疗效确切,且毒副作用少。笔者采用腧穴热敏化后雷火灸治疗椎动脉型颈椎病痰浊中阻证 33 例,并与采用雷火灸直接悬灸治疗的 33 例作对照观察,取得满意疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择 2020 年 3 月至 2022 年 3 月在湘潭市第二人民医院中医科住院或门诊就诊的 66 例颈椎病痰浊中阻证患者为研究对象,将其随机分为治疗组与对照组,每组各 33 例。治疗组中,男 17 例,女 16 例;年龄 30~70 岁,平均(50.47±7.74)岁;病程 3 个月至 7 年,平均(4.54±1.09)年。对照组中,男 16 例,女 17 例;年龄 31~67 岁,平均

(51.72±7.54)岁;病程 5 个月至 6 年,平均(4.82±1.24)年。2 组性别、年龄、病程比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。本研究经本院伦理委员会审核批准。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 符合《颈椎病的分型、诊断及非手术治疗专家共识(2018)》^[4]中椎动脉型颈椎病的诊断标准。1)临床表现为眩晕、视物模糊、耳鸣、手部麻木、听力障碍、心动过速、心前区疼痛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 线片可显示节段性不稳定;MR 可表现为颈椎间盘退变。3)除外眼源性、心源性、脑源性及耳源性眩晕等其他系统疾病。

1.2.2 中医辨证标准 符合《针灸治疗学》^[5]中痰浊中阻型眩晕的辨证标准。头重如裹,眩晕,视物旋转,恶心呕吐,胸闷,咳吐痰涎,口黏,纳差,舌淡、苔白腻,脉弦滑。

1.3 纳入标准 1)符合上述西医诊断及中医辨证

基金项目:湖南省湘潭市医学会项目(2020xtyx-41)

第一作者:张瑞桃,女,主管护师,研究方向:中医护理管理和科研教学管理

通信作者:陈平国,女,医学硕士,副主任医师,研究方向:针灸治疗颈肩腰腿痛的临床研究,E-mail:cpg80@163.com

标准;2)年龄30~70岁,性别不限;3)了解研究内容并签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)脊柱有畸形、骨折、肿瘤、结核;2)血压、血糖控制不佳;3)局部皮肤有破损、大面积瘢痕、溃疡;4)发热患者;5)患有精神疾病;6)不能配合完成治疗者。

1.5 脱落及剔除标准 1)因某种原因或意外不能按时完成治疗的受试者;2)因病情变化不能完成治疗者。

2 治疗方法

2.1 治疗组 采用腧穴热敏化后雷火灸艾条悬灸治疗。热敏腧穴的探查:在患者颈项部、背部、肩部区域,用雷火灸艾条进行悬灸,慢慢探寻,找出热敏化腧穴。出现透热、扩热、传热、局部不热或微热但远部热、表面不热或微热但深部热,或产生酸、胀、麻、痛感觉等其中一种及以上灸感可确定该腧穴已发生热敏化,标记热敏腧穴。施灸方法:嘱患者取坐位,暴露颈肩背部,将直径为6mm的雷火灸(湖南小智艾灸有限公司生产)点燃,每次选2~3个热敏化感最强的腧穴,采用回旋灸、雀啄灸、温和灸相结合。施灸时间:以每穴完成热敏态转化为消敏态为准,总时间上限不超过1h,每天治疗1次。

2.2 对照组 采用雷火灸艾条直接悬灸治疗。选穴:双侧风池、大椎、颈夹脊。操作:患者取坐位,暴露颈部,将直径为6mm的雷火灸点燃,采用回旋灸、雀啄灸、温和灸相结合施灸,每天1次,每次30min。

2组均以7d为1个疗程,共治疗2个疗程。治疗前均检查患者局部皮肤是否完整,告知患者注意事项。治疗期间要经常询问患者的温度感觉,防止烫伤,治疗后嘱患者少食用辛辣、刺激食物,禁止饮酒。保持规律的生活习惯,不熬夜不劳累,劳逸结合。忌长时间低头,可适当做放松颈部的“颈椎操”。并对患者解释颈椎病的发病机制与治疗方法,树立战胜疾病的信心,对患者随访1个月。

3 疗效观察

3.1 观察指标

3.1.1 颈椎症状与功能 采用《颈性眩晕症状与功能评估量表》对2组治疗前、治疗后、随访1个月的颈椎症状与功能进行评估。总分为30分,评分越低,则症状越严重^[6]。

3.1.2 中医证候评分 参照《中药新药临床研究

指导原则》^[7]中颈椎病症状分级量化表,对2组治疗前、治疗后、随访1个月中医症状(包括眩晕、视物旋转、恶心呕吐、胸闷4项)进行评分,无症状计0分,症状轻度计1分,症状中度计2分,症状重度计3分,分值越高,表示症状越严重。

3.1.3 血液流变学指标 采用全自动血流变仪检测2组治疗前、治疗后全血低切还原黏度、全血高切还原黏度、血浆黏度、红细胞变形指数、红细胞聚集指数的变化。

3.1.4 不良反应 观察2组治疗期间不良反应发生情况。

3.2 中医证候疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[7]制定。中医证候积分减少率=(治疗前中医证候积分-治疗后中医证候积分)/治疗前中医证候积分×100%。临床治愈:患者眩晕、疼痛、麻木等不适症状全部消失,中医证候积分减少率≥90%;显效:患者眩晕、疼痛、麻木等不适症状大部分消失,中医证候积分减少率≥70%、但<90%;有效:患者眩晕、疼痛、麻木等不适症状有所改善,中医证候积分减少率≥30%、但<70%;无效:患者眩晕、疼痛、麻木等不适症状无任何改善,中医证候积分减少率<30%。

3.3 统计学方法 采用SPSS 20.0软件进行统计处理。计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用t检验;计数资料以率(%)表示,采用 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组中医证候疗效比较 总有效率治疗组为93.94%,对照组为72.73%,2组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。(见表1)

表1 2组中医证候疗效比较[例(%)]

组别	例数	临床治愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	33	11(33.33)	15(45.46)	5(15.15)	2(6.06)	31(93.94)
对照组	33	7(21.22)	11(33.33)	6(18.18)	9(27.27)	24(72.73)
χ^2 值						5.345
P值						0.04

3.4.2 2组治疗前后及随访1个月颈性眩晕症状与功能评估量表评分比较 2组治疗前颈性眩晕症状与功能评估量表评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);2组治疗后及随访1个月的评分均较治疗前提高,且治疗组评分高于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.01$)。(见表2)

表 2 2 组治疗前后及随访 1 个月颈性眩晕症状与功能评估量表评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	治疗前	治疗后	随访 1 个月
治疗组	33	10.93±0.74	19.01±0.72	26.27±0.98
对照组	33	10.72±0.66	16.15±0.76	19.34±0.67
t 值		-0.261	16.86	30.68
P 值		0.795	0.003	0.001

3.4.3 2 组治疗前后及随访 1 个月中医证候评分比较 2 组治疗前中医证候评分比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$); 2 组治疗后及随访 1 个月中医证候评分均较治疗前降低, 且治疗组评分低于对照组, 差异均有统计学意义 ($P<0.05$)。(见表 3)

表 3 2 组治疗前后及随访 1 个月中医证候评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	时间节点	眩晕	视物旋转	恶心呕吐	胸闷
治疗组	33	治疗前	2.62±0.50	2.40±0.35	2.35±0.40	2.40±0.45
		治疗后	0.80±0.45 ^{ab}	0.56±0.38 ^{ab}	0.85±0.35 ^{ab}	0.70±0.35 ^{ab}
		随访 1 个月	0.55±0.24 ^{ab}	0.45±0.36 ^{ab}	0.50±0.40 ^{ab}	0.25±0.45 ^{ab}
对照组	33	治疗前	2.60±0.48	2.42±0.45	2.35±0.26	2.38±0.50
		治疗后	1.56±0.55 ^a	1.45±0.53 ^a	1.35±0.28 ^a	1.25±0.45 ^a
		随访 1 个月	1.02±0.53 ^a	0.95±0.40 ^a	1.02±0.35 ^a	1.03±0.38 ^a

注: 与本组治疗前比较, ^a $P<0.05$; 与对照组同时间节点比较, ^b $P<0.05$ 。

3.4.4 2 组治疗前后血液流变学指标比较 治疗前, 2 组血液流变学指标比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$); 治疗后, 治疗组全血低切还原黏度、全血高切还原黏度、血浆黏度、红细胞聚集指数均低于对照组, 而红细胞变形指数高于对照组, 差异均有统计学意义 ($P<0.05$)。(见表 4)

表 4 2 组治疗前后血液流变学指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间节点	全血低切还原黏度 (mpa·s)	全血高切还原黏度 (mpa·s)	血浆黏度 (mpa·s)	红细胞变形指数	红细胞聚集指数
治疗组	33	治疗前	50.55±0.51	8.78±0.34	1.70±0.14	0.46±0.50	6.10±0.51
		治疗后	44.77±0.52 ^{ab}	6.56±0.35 ^{ab}	1.43±0.38 ^{ab}	0.89±0.52 ^{ab}	5.01±0.34 ^{ab}
对照组	33	治疗前	50.68±0.48	8.77±0.36	1.71±0.11	0.45±0.46	6.09±0.45
		治疗后	48.45±0.59 ^a	7.02±0.45 ^a	1.65±0.34 ^a	0.55±0.55 ^a	6.05±0.48 ^a

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

3.4.5 不良反应发生情况 2 组治疗期间均未发生严重的不良反应。

4 讨 论

椎动脉型颈椎病主要是因为颈部软组织痉挛、颈椎间盘突出、退变、颈椎骨质增生等因素, 造成颈交感神经受激惹、椎动脉受压, 导致椎-基底动脉血供

不足, 从而出现相关临床症状^[8]。本病归属于中医学“眩晕”范畴, 痰浊中阻证为临床常见分型, 主要症状为头重如裹, 颈胀, 疲乏气短, 伴胸闷恶心, 食少多寐, 苔白腻, 脉濡滑。《医宗必读》载: “脾土虚弱, 清者难升, 浊者难降, 留中滞膈, 凝聚为痰。”《丹溪心法》载: “无痰则不能作眩。”《诸病源候论·虚劳痰饮候》云: “劳倦之人, 脾胃虚弱, 不能克消水浆, 故为痰饮也。”人体脾胃运化失司, 水湿不化, 聚湿成痰, 痰浊蒙蔽清阳, 清阳不升, 则头重如裹; 痰浊中阻, 浊阴不降, 气机不利, 故胸闷呕恶; 脾阳不振, 则纳差、多寐; 苔白腻、脉弦滑均为痰浊内蕴所致。因其病理产物主要为痰浊, 故治疗原则以燥湿祛痰为主。

目前灸法治疗颈椎病多选穴后直接灸或隔物灸, 但因人体腧穴存在静息态与敏化态两种状态, 而研究表明, 在敏化状态下的腧穴上进行治疗可以大幅度提高临床疗效^[9]。热敏化是腧穴敏化的一种类型。热敏灸疗法是以经络理论为指导, 采用点燃的艾材悬灸热敏穴位, 激发热敏灸感和经气传导, 并施以个体化的饱和消敏灸量, 从而提高艾灸疗效的一种新疗法。临床研究表明, 采用热敏灸治疗颈椎病优于普通艾灸^[10]。如周小平等^[11]研究显示消敏饱和灸量艾灸治疗椎动脉型颈椎病近期及远期疗效均优于传统灸量艾灸治疗者; 欧阳昕等^[12]研究发现热敏灸能改善实验小鼠缺血缺氧状态, 减少细胞凋亡。但在临床中发现, 腧穴热敏化后用普通艾条悬灸仍存在灸量小、起效慢等缺点, 因此有必要寻找温通作用更强的灸材行热敏灸, 以达到更好的疗效。雷火灸在古代雷火神针基础上发展而来, 集针、灸、药、外治法于一体, 主要通过生物传热、红外热辐射效应等机制产生作用。雷火灸燃烧时温度相较于普通的艾灸条更高, 产生的辐射更强、渗透力更大^[13]。但单独用雷火灸亦存在不少问题, 如未选择敏化状态的穴位, 虽有极佳的灸材, 但未找到最佳的灸位等^[14]。

本研究将腧穴热敏化与雷火灸相结合, 首先寻找出人体敏化状态穴位, 有助于更好的施灸, 施灸时使用更好的灸材, 有助于发挥更好的疗效。研究结果显示, 腧穴热敏化后雷火灸治疗椎动脉型颈椎病痰浊中阻证的中医证候疗效总有效率优于单纯雷火灸; 治疗组颈椎症状与功能、中医证候评分、血液流变学指标的改善程度均优于对照组, 表明腧穴热敏化后雷火灸治疗椎动脉型颈椎病痰浊中阻证疗效更佳, 值得临床推广。 (下转第 83 页)

患者的临床症状及脉证,可将其归属于“肠覃”“泄泻”“便血”“便秘”“肠澼”等范畴。《黄帝内经》最早论述泄泻,将与之相类似病症命名为“鹜溏”“飧泄”“注下”等。后世医家薛辉等^[2]认为六淫均可以导致泄泻。国医大师熊继柏教授认为泄泻的主要病变部位在脾胃,湿邪是其主要病因^[3]。李东垣以天地四时的气机升降效象水谷代谢、营卫生化的过程。饮食入胃,产生的水谷精微通过脾上输于肺,滋养全身,此过程效法春夏阳气之升浮,即《素问·阴阳应象大论》言“清阳为天”,上升之后下输膀胱,转为糟粕,排出体外,此过程效法秋冬气机之沉降,即“浊阴为地”。且东垣强调脾胃阳气之升浮,重视春夏生长之气,认为清阳不升,浊气下溜,且脾气不运,常为湿困,则发为泄泻,正如《脾胃论》载:“损伤脾胃,真气下溜,或下泄而久不能升,是有秋冬而无春夏。”《素问·阴阳应象大论》载:“清气在下,则生飧泄”“湿胜则濡泄”,故应以辛甘发散之药物使脾胃之清阳上升、外浮。

本案患者以泄泻为主要症状,内镜检查发现乙状结肠数处囊性隆起,符合 CCP 的发病特点。该患者以贩鱼为业,常居潮湿阴冷之地,风寒湿浊内侵,常食肥甘厚味之品,外加天生禀赋不足,致使中焦运转不利,升降失司,湿浊下袭而致本病。其结肠囊肿的内镜下表现并不严重,且未出现肠梗阻、出血等症状,故采用内科保守治疗,以改善腹泻症状为主。升阳除湿汤为李东垣治疗脾虚湿盛泄泻之常用方,方中升麻、柴胡、苍术、白芷行风药之辛开善行之特性,升麻、白芷、苍术入阳明经以引胃中清

气上升至阳位,柴胡引少阳胆气上升,使阳气从阴分(阴位,下焦)而升发上行,皆为“风升生”之品,从而使闭塞下乘的阳气得以舒展。同时风药可祛风胜湿,配合茯苓、泽泻利水渗湿,薏苡仁、豆蔻、白扁豆化湿和胃,使体内湿气燥化渗利。白术、党参、山药健脾益气,脾气健运则不为湿困,白术尚能燥湿利水。清阳得升,湿浊得除,则泄泻自止,同时“清阳实四肢”,水谷精气上输于肺,滋养四肢,躯体四肢不为湿邪所裹困,则乏力、下肢沉重感亦解。砂仁辛散温通,化湿行气,为醒脾和胃之良药,以增除湿之效,并行消食之功。同时正值酷暑,暑湿正行其令,故佐以藿香、佩兰化湿解暑。整体以升阳为主,渗湿、健脾、理气为次,共奏升阳祛湿止泻之功。二诊时患者症状缓解,汗出增多,故加黄芪以益气固表,正如《脾胃论·脾胃胜衰论》所言“假令表虚自汗,春夏加黄芪,秋冬加桂”,且黄芪亦具升阳举陷之功,与诸风药共奏上举清阳之效。三诊时患者症状大解,守方不变。四诊因情志不畅时有头晕,夜寐欠安,故加厚朴、珍珠母以平肝潜阳、行气宽中。守方半个月余,诸症渐消而愈。

参考文献

- [1] INAN N,ARSLAN AS,AKANSEL G, et al. Colitis cystica profunda: MRI appearance[J]. Abdom Imaging,2007,32(2):239-242.
- [2] 薛辉,王庆其. 结合运气学说辨治泄泻证及医案剖析[J]. 中国中医基础医学杂志,2010,16(2):103-104.
- [3] 罗成宇,李点,姚欣艳,等. 熊继柏教授辨治泄泻经验[J]. 中华中医药杂志,2014,29(9):2850-2853.

(收稿日期:2021-11-04)

(上接第77页)

参考文献

- [1] 夏圆元,赵继. 中医治疗椎动脉型颈椎病研究进展[J]. 河南中医,2020,40(2):317-320.
- [2] 王嫦娥,倪璐,郭庆军,等. 项六针对椎动脉型颈椎病功能康复及血流动力学的影响[J]. 中华中医药学刊,2021,39(8):139-142.
- [3] 郑涵,张建国,吴辛甜,等. “通脱法”理论指导浮针治疗椎动脉型颈椎病疗效观察[J]. 中国针灸,2021,41(12):1313-1316.
- [4] 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.
- [5] 高树中. 针灸治疗学[M]. 北京:中国中医药出版社,2012:45-46.
- [6] 王文春,张安仁,卢家春,等. 改良《颈性眩晕症状与功能评估量表》在椎动脉型颈椎病中医临床中的应用及评价[J]. 西南军医,2007,9(4):145-146.
- [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.

- [8] 徐寰,芮仞,张先姚,等. 眩晕方配合艾灸治疗椎动脉型颈椎病的临床观察[J]. 中医临床杂志,2018,30(9):1667-1670.
- [9] 陈日新. 热敏灸——灸疗学的传承与创新[J]. 中国针灸,2018,38(8):890.
- [10] 谢秀俊,姜伟强,陈日新. 热敏灸疗法研究现状及展望[J]. 浙江中西医结合杂志,2021,31(8):785-788.
- [11] 周小平,林华,付勇,等. 热敏灸不同灸量治疗椎动脉型颈椎病:随机对照研究[J]. 中国针灸,2014,34(5):461-464.
- [12] 欧阳昕,宋渺渺,肖爱娇,等. 热敏灸对新生小鼠缺氧缺血性脑损伤抗凋亡作用的研究[J]. 中医药学报,2021,49(9):13-18.
- [13] 赵时碧. 中国雷火灸疗法[M]. 上海:上海远东出版社,2008:46.
- [14] 王华,陈林伟,袁成业,等. 雷火灸的研究现状及展望[J]. 中华中医药杂志,2019,34(9):4204-4206.

(收稿日期:2022-04-20)