

引火汤治疗椎动脉型颈椎病 56 例

张学思^{1,2} 高景华^{2△} 王宝剑^{2△} 高春雨² 杨克新² 孙武²
金哲峰² 银河² 尹逊路² 李路广² 杨伟²

【摘要】 目的:在“引火归元”理论指导下,观察清代名方引火汤治疗椎动脉型颈椎病(肝肾不足,虚火上炎证)的临床疗效。**方法:**选择 2018 年 7 月至 2019 年 8 月确诊为椎动脉型颈椎病(肝肾不足,虚火上炎证)患者 65 例,应用引火汤口服治疗,连续服用 14 d,于治疗前、治疗第 7 天、治疗第 14 天、第 28 天随访观察患者颈肩疼痛评分(VAS)、眩晕症状及颈椎活动功能(FS-CSA)及中医证候总积分。**结果:**颈肩疼痛 VAS 评分、FS-CSA 评分、中医证候总积分在治疗第 7 天、治疗第 14 天与第 28 天随访均与治疗前差异有统计学意义($P<0.05$),第 28 天随访 FS-CSA 评分显效率为 39.29%,有效率为 87.50%。**结论:**引火汤治疗椎动脉型颈椎病(肝肾不足,虚火上炎证)疗效确切,能有效缓解颈肩疼痛、头晕目眩等症状,改善颈椎活动功能以及中医证候积分,具有临床应用价值。

【关键词】 椎动脉型颈椎病;引火汤;临床观察

【中图分类号】 R681.5 **【文献标志码】** B **【文章编号】** 1005-0205(2020)04-0041-03

椎动脉型颈椎病(Cervical Spondylosis of Vertebral Artery Type, CSA)是指由于颈椎退行性改变导致椎动脉受压或刺激神经、血管,致使血管痉挛,引起椎-基底动脉供血不足而产生一系列临床症状和体征的综合征^[1]。该病发病率占颈椎病的 15%~20%,且呈低龄化趋势^[2]。临床上除了多见颈肌僵硬、颈背部疼痛不适等颈椎病症状外,同时伴有头晕、头痛等脑供血不足的症状,甚者可猝然昏扑,对患者的正常工作和生活造成严重的不良影响。对于轻中度患者,药物、理疗、手法等保守治疗成为首先考虑的方案^[3],而中医辨证治疗对本病具有独特优势。根据临床经验发现,CSA 患者多为肝肾不足、虚火上浮、上热下寒之证,因此笔者在“引火归元”理论的指导下,以补益肝肾、引火归元立法,采用清代名医陈士铎所立之引火汤治疗肝肾不足、虚火上炎型 CSA,取得了较好的临床疗效,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

于 2018 年 7 月至 2019 年 8 月在中国中医科学院望京医院脊柱二科门诊收集 CSA 患者共 65 例,脱落

或剔除 9 例,最终 56 例完成治疗和随访,其中男 25 例,女 31 例;年龄(51.25 ± 7.58)岁,病程(24.83 ± 25.04)个月。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参考 1993 年全国第二届颈椎病专题座谈会上对 CSA 的共识^[4]:1)有慢性劳损病史,以长期伏案或低头工作者多见;2)有发作性或慢性头痛、眩晕、猝倒、恶心呕吐、视物不清、吞咽困难,以及颈枕部不适、僵硬疼痛等症状,体位改变和头颈部活动可使症状发作或加剧,并伴有不同程度的记忆力减退;3)颈部酸痛不适,颈肌紧张,有结节及条索样改变,按之压痛,以颈部中上段为主;4)颈部活动受限,旋颈试验阳性;5)颈椎 X 线片所见颈椎曲度变直,反张成角,节段性不稳或钩椎关节骨质增生等改变;6)可伴有交感神经症状或神经根刺激表现。

1.2.2 中医证候诊断标准 参照 2002 版《中药新药临床研究指导原则》^[5]以及国家中医药管理局发布的《中医病证诊断疗效标准》^[6]制定肝肾不足、虚火上炎的诊断标准。1)主症:(1)头晕目眩;(2)颈肩疼痛。2)次症:(1)下肢畏寒;(2)腰膝酸软;(3)口干咽痛;(4)面目潮热。3)舌脉:舌红少苔或无苔、脉沉细或细数。以上主症具备,次症具备 3 项,结合舌象、脉象辨证即可确诊。

1.3 纳入标准

1)符合西医椎动脉型颈椎病的诊断标准;2)符合中医肝肾不足、虚火上炎证辨证标准;3)年龄 35~55 周岁;4)接受过其他治疗的患者已经过 7 d 以上的洗脱期。

基金项目:国家自然科学基金面上项目(81473694)

¹ 北京中医药大学(北京,100029)

² 中国中医科学院望京医院

△通信作者 E-mail:gaojinghua64@sina.com(高景华)

wangbaojian1024@hotmail.com(王宝剑)

1.4 排除标准

1)有脑源性、眼源性或耳源性眩晕者;2)妊娠或半年之内准备妊娠,哺乳期妇女;3)合并心、脑、肝、肾、造血系统等严重原发性疾病患者;4)过敏体质或已知对本试验中所用药物及其成分过敏者;5)不适合参加临床研究的特殊人群(盲、聋、哑、智力或精神障碍等);6)3个月内参加其他临床试验的患者。

1.5 脱落标准

1)受试者依从性差,不能按时参加治疗者;2)由于各种原因受试者失访;3)受试者不愿意继续进行临床试验,向主管医生提出退出者。

1.6 剔除标准

1)患者不符合纳入标准和/或符合排除标准者;2)患者入组后无一次治疗或无任何记录者;3)观察期间患者接受方案以外的方法治疗。

2 方法

2.1 治疗方法

引火汤颗粒(四川新绿色药业科技发展股份有限公司):熟地黄 40 g,巴戟天 20 g,麦冬 15 g,五味子 6 g,牛膝 12 g,茯苓 30 g,肉桂 3 g,制附片 3 g。开水冲服,1 次 1 袋,2 次/d,早晚饭前 30 min 服用,疗程为 2 周。

2.2 观察指标

1)主要疗效指标:(1)颈肩疼痛 VAS 评分。(2)眩晕症状及颈椎活动功能:使用椎动脉型颈椎病功能评定量表(Functional Scale for CSA,FS-CSA)进行观察测量^[7]。2)次要疗效指标:中医证候总积分。

参照《中药新药临床研究指导原则》^[5]《中医病证诊断疗效标准》^[6]以及专家经验拟定肝肾不足、虚火上炎证的中医证候积分,具体如下。1)主症:(1)头晕目眩,无=0 分,偶尔发生=2 分,经常发生=4 分,反复发作,不易缓解=6 分。(2)颈肩疼痛:无=0 分;轻度疼痛,不影响睡眠=2 分;中度疼痛,轻度影响睡眠=4 分;重度疼痛,导致不能睡眠或睡中痛醒=6 分。

2)次症:(1)下肢畏寒:无=0 分;轻微畏寒,偶尔发作=2 分;中度畏寒,经常发作=3 分;重度畏寒,持续发作=4 分。(2)腰膝酸软:无=0 分;偶尔发生=2 分;经常发生=3 分;持续发生 4 分。(3)口干咽痛:无=0 分;轻度,经常发作=1 分;中度,经常发作=2 分;重度,持续发作=3 分。(4)面目潮热:无=0 分;轻度,经常发作=1 分;中度,经常发作=2 分;重度,持续发作=3 分。3)舌象、脉象不计分。

2.3 疗效评定标准

FS-CSA 评分疗效标准^[8]:1)临床控制:症状体征消失或基本消失,疗效指数 $\geq 90\%$ 。2)显效:症状体征明显改善,疗效指数 $\geq 70\%$ 且 $<90\%$ 。3)有效:症状体征均有好转,疗效指数达 $\geq 30\%$ 且 $<70\%$ 。4)无效:症状体征无明显改善,疗效指数在 30%以下。ODI 疗效指数= $[(\text{原始积分}-\text{访视积分})/\text{原始积分}\times 100\%]$ 。

2.4 统计学方法

所有统计计算用 SPSS 22.0 软件进行分析。定量数据以 $\bar{x}\pm s$ 描述,不同时间点对比用单因素重复测量方差分析, $P<0.05$ 差异有统计学意义。

3 结果

3.1 观察指标比较

如表 1 所示,经单因素重复测量方差分析,患者的颈肩疼痛 VAS 评分、FS-CSA 评分、中医证候总积分在治疗前、治疗第 7 天、治疗第 14 天、第 28 天随访时比较显示,时间效应统计学差异显著($P<0.000\ 1$),说明各项指标有随时间变化的趋势。LSD 法多重比较显示,患者的颈肩疼痛 VAS 评分、FS-CSA 评分、中医证候总积分在治疗第 7 天、治疗第 14 天与第 28 天随访均与治疗前差异有统计学意义($P<0.05$),治疗第 14 天、第 28 天随访与治疗第 7 天差异也有统计学意义($P<0.05$)。中医证候总积分在治疗第 14 天与第 28 天随访间差异有统计学意义($P<0.05$),而颈肩疼痛 VAS 评分和 FS-CSA 评分差异无统计学意义($P>0.05$)。

表 1 不同时点各观察指标比较($\bar{x}\pm s$)

时间/d	颈肩疼痛 VAS 评分	FS-CSA 评分	中医证候总积分
0(治疗前)	6.92 \pm 1.33	13.72 \pm 4.82	16.07 \pm 2.87
7(治疗中)	4.61 \pm 1.84 ¹⁾	11.64 \pm 3.54 ¹⁾	12.05 \pm 3.79 ¹⁾
14(治疗中)	2.86 \pm 1.57 ¹⁾²⁾	5.16 \pm 2.54 ¹⁾²⁾	7.36 \pm 2.88 ¹⁾²⁾
28(随访)	2.09 \pm 1.20 ¹⁾²⁾	1.41 \pm 0.63 ¹⁾²⁾	5.14 \pm 3.39 ¹⁾²⁾³⁾
F	97.79	87.24	95.46
P	0.000 1	0.000 1	0.000 1

注:1)与治疗前比较, $P<0.05$;2)与治疗第 7 天比较, $P<0.05$;3)与治疗第 14 天比较, $P<0.05$ 。

3.2 临床疗效比较

如表 2 所示,56 例患者治疗第 28 天随访,FS-CSA 评分显效率为 39.29%,有效率为 87.50%。其

中,无效患者 7 例考虑主要为颈椎小关节紊乱,椎动脉及其神经丛受到压迫和刺激,后行旋提手法、牵引、理疗等其他方法治疗。

表 2 第 28 天随访疗效评定比较[例(%)]

指标	痊愈	显效	有效	无效	显效率	有效率
FS-CSA 评分	4(7.14%)	18(32.14%)	27(48.21%)	7(12.50%)	39.29%	87.50%

4 讨论

4.1 椎动脉型颈椎病的辨证与分型

目前 CSA 的中医证型大可分为肝阳上亢、瘀血阻络、湿浊中阻、气血亏虚、肾精不足^[9]。基于临床经验认为,大部分病人症状并不符合这 5 个证型,该类病人表现为头晕目眩、面目潮热、口燥咽干、下肢畏寒、腰膝酸软、失眠健忘等阴虚火旺、上热下寒的症状,极易与肝阳上亢证相混淆,且应用平肝潜阳药物并不能改善症状。《素问·阴阳应象大论》云:“年四十,而阴气自半也,起居衰矣。”中老年人群肾阴不足,无以潜藏肾阳,则相火不藏,一旦上浮,可呈下真寒、上假热的证候,故在 CSA 原有证型分类的基础上增加“肝肾不足,虚火上浮”证型。

4.2 引火汤的组成与功效

引火汤出自陈士铎《辨证录·卷三》^[10],全方由熟地黄三两,巴戟天、麦冬一两,北味二钱,茯苓五钱共 5 味药组成,主治少阴肾水亏虚,水火不济,虚火上炎之阴蛾症。方中重用熟地黄为君,取其填精补髓,大补少阴肾水之功,《药品化义》云:“熟地可封填骨髓,为圣药也。”《本草正》云:“熟地黄性平,气味纯静,故能补五脏之真阴。”巴戟天、麦门冬为臣,《本草经疏》云:“巴戟天性温,既能补益元阳,又能下气降火。火降则水升,阴阳方可互宅。”《本草新编》云:“巴戟天可既益元阳,复填阴水,为真接续之利器,有近效而又有速功。”陈士铎云“火伏于肺中,烁干内液,不用麦门冬之多,则火不能制矣”,认为麦门冬可伏肺中之火并滋肺余,同熟地黄可金水相资,有子母滂沱之乐;五味子能收能补,佐五味子以收降伏火、滋补肾阴。李杲认为五味子可生津止渴,补元气不足,收耗散之气。此外,方中熟地黄性黏腻滑泽,易阻碍脾胃之气,故佐以茯苓以补土制水,防壅塞之弊。全方旨在滋阴补水,引火归元,相火归于肾宅,水火既济,诸症可平。

4.3 “引火归元”理论

引火汤的病机在于肾水不足,火不归元^[11]。此“火”指“相火”,又称“命门之火”“龙雷之火”“浮阳”“浮火”等。“相火”一词源于《黄帝内经·天元纪大论》中的“君火以明,相火以位”。中医认为心中君火居于上焦,肾中相火居于下焦,君火主宰一身之阳气,相火温养脏腑之阳气,二者互根互用,交感互通,共同维持机体的正常活动。肾水足则火藏于下,发挥正常温煦脏腑、统领一身之气化的正常生理机能;肾水亏于下则火失其制而浮越于上,形成上热下寒的证候。古人采用“取类比象”法将其喻为水浅不得养龙,即离位上奔。

虚阳上浮之火宜温、宜引。引火汤补真阴以制阳,使真阳归其本位,旨在调和机体阴阳。《医学心悟》云:“当用辛热杂于壮水药中导之下行,所谓导龙入海,引火归原。”这说明引火归原方剂的配伍应以壮水药为主,少量配伍益火药物。因此,笔者在原方基础上少量

应用桂附二药,不仅不会助火太过,反而能增强益火之源、引火归元之效。

4.4 引火汤治疗 CSA 的临床疗效

本研究对 56 例 CSA 患者运用该方治疗,结果显示:FS-CSA 评分显效率为 39.29%,有效率为 87.50%。患者的颈肩疼痛 VAS 评分、FS-CSA 评分、中医证候总积分在治疗前、治疗第 7 天、治疗第 14 天、第 28 天随访均有逐渐缓解趋势,在服用 1 周时各项指标已有缓解,连续服药 2 周的疗效优于 1 周。尤其在中医证候总积分方面,2 周疗程结束后与第 28 天随访仍有差异,说明该方对肝肾不足、虚火上炎证的疗效稳定、持久,适用于有头晕目眩、颈肩疼痛、下肢畏寒、腰膝酸软、口干咽痛以及面目潮热等症状的 CSA 患者。

综上所述,引火汤在大补肾水的基础上,使上浮之真阳下潜于肾,而虚火归元、肾水得固则头面不受内热上扰,腰膝方得真阳温煦,故能效如桴鼓。因此,在“引火归元”理论指导下,引火汤治疗 CSA(肝肾不足,虚火上炎证)疗效显著,能有效缓解患者头晕目眩、颈肩疼痛等症状,改善颈椎活动功能以及肝肾不足、虚火上炎证的中医证候积分。后期可开展大样本随机对照试验,以验证其有效性及安全性,便于临床应用。

参考文献

- [1] 胥少汀,葛宝丰,徐印坎.实用骨科学[M].北京:人民军医出版社,2005:1422-1427.
- [2] 罗晓,刘康,杨维新.某医院 2014—2016 年颈椎病住院患者流行病学现状分析[J].解放军预防医学杂志,2018,12(1):87-89.
- [3] 王楠,唐田,徐文强,等.中医手法治疗椎动脉型颈椎病研究进展[J].中国中医骨伤科杂志,2019,27(8):84-88.
- [4] 孙宇,李贵存.第二届颈椎病专题座谈会纪要[J].解放军医学杂志,1994,19(2):156-158.
- [5] 国家食品药品监督管理局.中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2002:356-359.
- [6] 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,1994:201.
- [7] 张婷,马朝阳,唐雷,等.人迎穴改良针刺法对椎动脉型颈椎病血浆神经肽 Y 影响的临床观察[J].上海中医药杂志,2015,49(7):59-61.
- [8] TOYONE T, TAKAHASHI K, KITAHARA H., et al. Visualisation of symptomatic nerve roots: prospective study of contrast-enhanced MRI in patients with lumbar disc herniation[J]. J Bone Joint Surg Br, 1993, 75(3): 529-533.
- [9] 蓝鋆,姚敏,王晶,等.颈椎病不同中医证候分型的研究概况[J].中国中医骨伤科杂志,2015,23(4):67-70.
- [10] 陈士铎.辨证录[M].北京:中国中医药出版社,2008.
- [11] 孙满强,周天,胡凯文.基于“引火归元”理论探究肿瘤的治疗[J].中医学报,2019,34(1):21-23.

(收稿日期:2019-10-02)