

· 临床研究 ·

刃针经筋结点松解联合当归拈痛汤治疗
风湿热痹型神经根型颈椎病的临床研究程浩文¹ 师彬¹ 秦豪¹ 王涛¹ 张庆浩¹ 谈楷漪¹ 张志超¹ 王从安^{1△}

[摘要] 目的:探讨刃针经筋结点松解联合当归拈痛汤治疗风湿热痹型神经根型颈椎病(CSR)急性期的临床疗效。方法:选择 2021 年 12 月至 2022 年 12 月收治的神经根型颈椎病患者 204 例,用随机数字表法将患者分为两组,每组各 102 例。对照组采用当归拈痛汤治疗,观察组采用刃针经筋结点松解联合当归拈痛汤治疗。观察两组患者疗效和不良反应以及治疗前和结束后中医症候积分、疼痛程度、颈椎症状和功能障碍程度、血清炎症细胞因子的差异。结果:观察组患者治疗总有效率为 93.14%,高于对照组(77.45%),差异有统计学意义($P<0.05$)。两组患者治疗后中医症候积分、视觉模拟量表(VAS)评分、Northwick Park 颈痛问卷(NPQ)评分、颈椎功能障碍指数(NDI)评分及血清白细胞介素-1 β (IL-1 β)、白细胞介素-6(IL-6)、肿瘤坏死因子 α (TNF- α)水平降低,差异有统计学意义($P<0.05$);颈椎病临床评价量表(CASCS)评分增高,差异有统计学意义($P<0.05$)。组间比较:观察组患者治疗后中医症候积分、VAS 评分、NPQ 评分、NDI 评分及血清 IL-1 β 、IL-6、TNF- α 水平低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);CASCS 评分高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:刃针经筋结点松解联合当归拈痛汤治疗风湿热痹型神经根型颈椎病可显著抑制炎症反应,缓解疼痛程度,改善颈椎功能,提高临床疗效。

[关键词] 神经根型颈椎病;刃针;筋结点;当归拈痛汤;风湿热痹型;炎症反应

[中图分类号] R681.5 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 1005-0205(2024)03-0045-06

DOI:10.20085/j.cnki.issn1005-0205.240309

Clinical Study on the Treatment of Cervical Spondylotic
Radiculopathy (Rheumatic Fever Arthralgia Type) by
Blade Needle Combined with Danggui Niantong DecoctionCHENG Haowen¹ SHI Bin¹ QIN Hao¹ WANG Tao¹ ZHANG Qinghao¹
TAN Kaiyi¹ ZHANG Zhichao¹ WANG Congan^{1△}

¹ Shandong First Medical University Affiliated Neck, Shoulder, Waist and Leg Pain Hospital (Shandong Academy of Medical Sciences Neck, Shoulder, Waist and Leg Pain Hospital), Jinan 250062, China.

Abstract Objective: To explore the clinical efficacy of the combination of the blade needle and the tendon node release and Danggui Niantong decoction on the treatment of the acute stage of nerve root cervical spondylotic radiculopathy (CSR) (rheumatic fever arthralgia type). **Methods:** 204 patients with CSR admitted to the of our hospital from December 2021 to December 2022 were selected and randomly divided into two groups with 102 patients in each group. The control group was treated with Danggui Niantong decoction, and the observation group was treated with blade needle loosening through

tendon junction combined with Danggui Niantong decoction. The differences of efficacy, TCM symptom scores, pain degree, cervical symptoms and dysfunction degree, serum inflammatory cytokines and adverse reactions were observed between the two groups. **Results:** The total effective rate of observation group was 93.14%, which was higher than that of control group 77.45% ($P<0.05$). TCM symptom scores, visual analogue scale (VAS) scores, Northwick Park neck pain questionnaire (NPQ) scores, cervical neck disability in-

基金项目:国家自然科学基金青年科学基金项目(82004495)

山东省自然科学基金青年基金项目

(ZR2020QH318)

山东省中央引导地方科技发展资金项目

(YDZX20203700002055)

¹ 山东第一医科大学附属颈肩腰腿痛医院/山东省医学科学院颈肩腰腿痛医院(济南,250062)

[△]通信作者 E-mail:wangcongan2005@163.com

dex (NDI) scores, serum levels of interleukin-1 β (IL-1 β), interleukin-6 (IL-6) and tumor necrosis factor α (TNF- α) were decreased ($P < 0.05$), and scores of clinical evaluation scale for cervical spondylosis (CASCs) were increased ($P < 0.05$). After treatment, TCM syndrome scores, VAS scores, NPQ scores, NDI scores, serum levels of IL-1 β , IL-6 and TNF- α in observation group were lower than those in control group ($P < 0.05$), and CASCs score was higher than those in control group ($P < 0.05$). **Conclusion:** The treatment of CSR can significantly inhibit inflammatory response, relieve pain, improve cervical spine function and improve clinical efficacy.

Keywords: cervical spondylotic radiculopathy; blade needle; reinforcement joint; Danggui Niantong decoction; rheumatic fever arthralgia type; inflammatory response

神经根型颈椎病(CSR)是一种因颈椎间盘退变、骨质增生,颈椎关节韧带松动、脱位或压迫颈神经根而引起的临床综合征,可引起颈部和手臂疼痛麻木,颈部活动受限,极大地影响人们的日常生活和工作。中医药在神经根型颈椎病治疗中具有显著的疗效,中医认为神经根型颈椎病属于“颈筋急”“项痹病”等范畴,多因经络运行受阻闭塞所致^[1-2]。当归拈痛汤具有利湿清热、疏风止痛的作用,既往研究显示当归拈痛汤可缓解腰椎间盘突出症急性期患者的腰痛症状,改善腰椎功能^[3]。刃针具有活血化瘀、消除痛痹、活络经脉的作用,既往研究证实刃针止痛速度快,可缓解神经根型颈椎病疼痛症状^[4]。经筋病理产物是筋结点^[5],因此根据筋结点进行刃针松解治疗更有助于改善颈部酸痛不适感。目前当归拈痛汤、经筋结点刃针松解治疗在神经根型颈椎病急性期的应用十分少见,本研究探讨两者治疗神经根型颈椎病急性期的疗效和安全性,旨在为神经根型颈椎病治疗提供参考,现报告如下。

1 研究对象和方法

1.1 研究对象

选择2021年12月至2022年12月本院收治的神经根型颈椎病患者204例,采用随机数字表法将患者分为观察组和对照组,每组各102例。本研究已经获得本院伦理委员会批准(210155)和患者书面知情同意。

1.2 诊断标准

西医诊断:1)具备手臂麻木、疼痛等典型临床症状,其范围与颈脊神经所支配的区域一致,臂丛牵拉试验或压颈试验阳性;2)MRI检查提示颈椎病变,与临床表现相符合;3)排除颈椎以外病变所致上肢疼痛为主的疾患^[6]。

中医诊断和辨证标准参考《中药新药临床研究指导原则》^[7]和《中医病证诊断疗效标准》^[8]制定神经根型颈椎病中医诊断标准,属风湿热痹证。主证:颈项疼痛,上肢放射痛。次证:身热不扬,周身困重,小便黄赤,大便黏滞,舌质红,苔黄厚腻,脉滑数^[7]。具备主证和2项次证,结合舌脉可确诊。

1.3 纳入标准

1)符合神经根型颈椎病中医和西医诊断标准;

2)年龄 ≥ 18 周岁;3)依从性良好,可完成15 d治疗。

1.4 排除标准

1)颈椎创伤、脊髓病变、脊髓肿瘤等;2)风湿、类风湿性关节炎;3)脊髓结核、重度骨质疏松;4)合并严重心、肺、脑疾病;5)合并急慢性感染、自身免疫疾病、精神疾病;6)孕妇或哺乳期妇女。

1.5 脱落标准

1)治疗过程中不遵医嘱服药或治疗;2)主动要求退出者;3)治疗期间发生严重不良反应者。

1.6 方法

1.6.1 治疗方法 两组患者均予以基础治疗,包括指导患者注意休息,避免长时间维持颈椎屈曲姿势,给予头颈牵引治疗(牵引重力为患者体重的1/12~1/14,每次15~20 min,2次/d)、颈椎康复锻炼、物理治疗,疼痛严重者给予非甾体类抗炎药治疗。对照组给予当归拈痛汤治疗,方药组成:羌活15 g,茵陈15 g,泽泻9 g,猪苓9 g,黄芩9 g,苦参6 g,防风9 g,升麻6 g,葛根6 g,白术10 g,苍术6 g,知母9 g,人参6 g,当归9 g,炙甘草15 g。以上中药均由本院中药房提供和代煎,1剂/d,每剂400 mL,分早、晚2次温服,每次200 mL,连续治疗15 d。观察组采用当归拈痛汤联合刃针经筋结点松解治疗,手触诊法确定筋结点,方法自枕骨下周围(项平面)→颈椎棘突下及棘突旁→横突周围→肩胛骨内上角周围按压、推移和搓循,患者出现疼痛或避让为筋结点,标记视觉模拟量表(VAS)评分4分以上的筋结点为治疗点进行刃针操作,选择5~8个筋结点。操作:患者仰卧,暴露施术部位并消毒,施术者手消毒后戴无菌手套,针具选用0.4 mm \times 50 mm一次性无菌刃针(北京伟涛科技有限公司),施术者右手捏住刃针针柄,针尖对准筋结点直刺,刀口线与肌肉、韧带的纤维方向平行,当患者主诉酸胀时行切割法,先纵行切割2刀或3刀,再水平方向移动刀刃切割1刀或2刀,切割范围小于0.5 cm,针下感觉紧张感消失即可出针,若针下感觉仍紧张,调转刀口90°切割2刀或3刀。出针后采用无菌纱布按压针孔1~2 min,不出血后敷贴创可贴,操作处24 h内保持干燥、洁净。每5 d一次,连续治疗3次。两组患者均由本科主治医师

师以上职称医师开具处方和施针治疗,治疗前接受科室统一培训考核。

1.6.2 疗效评定 参考《中医病症诊断疗效标准》^[8],根据治疗前后相关症状体征积分的改善率评估疗效,积分改善率=[(治疗后积分-治疗前积分)/治疗前积分]×100%。治愈:临床症状消失,颈肩功能恢复正常,积分改善率>90%。显效:临床症状明显减轻,疼痛明显缓解,颈肩功能明显好转,70%<积分改善率≤90%。有效:临床症状有所减轻,疼痛有所缓解,颈肩功能有所好转,30%<积分改善率≤70%。无效:症状体征无改善甚至加重,积分改善率≤30%。

1.6.3 观察指标 1)中医症候积分:治疗前、治疗结束后(治疗 15 d 后)根据《中药新药临床研究指导原则》^[7]评分标准对主证和次证进行评分,0 分代表无,1 分代表轻微或偶尔,2 分代表中度或经常,3 分代表重度或一直,评分越高症状越重。

2)疼痛程度:治疗前、治疗结束后采用 VAS 评分^[9]、Northwick Park 颈痛问卷(Northwick Park Questionnaire, NPQ)^[10]评价颈肩痛疼痛程度, VAS 量表由中华医学会疼痛学会监制, VAS 评分以尺左端距患者标记点的长度计算,评分范围从 0 到 10 分,0 分表示没有疼痛,1~3 分表示轻度疼痛(不影响工作和生活),4~6 分表示中度疼痛(影响工作但不影响生活),7~10 分表示严重疼痛(影响工作和生活)。NPQ 从颈痛程度、睡眠、夜间症状、持续时间等 9 个方面评估,每个问题采用 0~4 分 5 级评分法,评分越高症状越重。

3)颈椎症状和功能障碍程度:治疗前、治疗结束后采用颈椎病临床评价量表(Clinical Assessment Scale for Cervical Spondylosis, CASCs)^[11]、颈椎功能障碍指数(Neck Disability Index, NDI)^[12]评价颈椎病症状和颈椎功能障碍程度, CASCs 从主观感受(头

痛、颈臂痛、臂手麻、眩晕、交感神经症状、脊髓受压症状)、临床症状(关节活动度、棘突或横突偏歪、肌肉痛、神经压痛、上肢感觉障碍、上肢运动障碍等)、生活能力、工作学习能力以及心理社会适应能力 3 个维度评估,满分为 100 分,分数越高表示颈椎病症状越轻。NDI 从疼痛、睡眠、阅读、头痛、个人护理、工作、驾驶、日常生活、娱乐、抬物共 10 个条目评估,每个条目 0~5 分,满分为 100 分,分值越高表示颈椎功能障碍程度越重。

4)血清学指标:治疗前、治疗结束后采集静脉血 3 mL 注入干燥试管,待血液凝固后取上层液离心(相对离心力为 3 240g,离心时间为 5 min),取上清液-20℃保存。采用 Sunrise 酶标仪(瑞士 Tecan 公司)酶联免疫吸附试验检测血清白细胞介素-1β(Interleukin-1β, IL-1β)、白细胞介素-6(Interleukin-6, IL-6)、肿瘤坏死因子 α(Tumor Necrosis Factor-α, TNF-α)水平,试剂盒购自上海酶联生物科技有限公司。

5)不良反应:切口血肿、感染、肝肾功能损伤、恶心呕吐等。

1.7 统计学方法

用 PASS 11.00 估算样本量,设定 1-β=0.9, α=0.05, P₁=94.0%, P₂=77.0%, 计算出所需样本量为 177 例,脱落率为 15%,实际所需样本量为 204 例。用 SPSS 25.00 进行数据分析,计量资料经检验符合正态分布以 $\bar{x} \pm s$ 形式表示,采用配对(组内)或独立样本(组间) *t* 检验;计数资料以“例(%)”表示,采用 χ^2 检验,检验水准 α=0.05。

2 结果

2.1 一般资料比较

两组患者无脱落病例,均完成治疗。两组患者性别、年龄、体重指数、病程比较,差异无统计学意义(*P*>0.05),见表 1。

表 1 两组患者基线资料比较

组别	性别		年龄/岁	体重指数/(kg·m ⁻²)	病程/月
	男/例	女/例	($\bar{x} \pm s$)	($\bar{x} \pm s$)	($\bar{x} \pm s$)
对照组	69	33	59.02±6.09	22.68±1.02	1.52±0.29
观察组	72	30	59.72±6.11	22.75±1.13	1.59±0.30
统计检验值	$\chi^2=0.207$		<i>t</i> =0.820	<i>t</i> =0.464	<i>t</i> =1.694
<i>P</i>	0.649		0.414	0.643	0.092

2.2 两组患者疗效比较

观察组患者治疗总有效率为 93.14%,高于对照

组患者的 77.45%,差异有统计学意义(*P*<0.05),见表 2。

表 2 两组患者疗效比较 [*n*=102,例(%)]

组别	治愈	显效	有效	无效	总有效率/%
对照组	29(28.43%)	30(29.41%)	20(19.61%)	23(22.55%)	77.45
观察组	37(36.27%)	32(31.37%)	26(25.49%)	7(6.86%)	93.14
<i>U</i>					10.005
<i>P</i>					0.002

2.3 两组患者治疗前后中医症候积分比较

两组患者治疗前颈项疼痛、上肢放射痛、身热不扬、周身困重、小便黄赤、大便黏滞中医症候积分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);与治疗前比较,两

组患者治疗后中医症候积分降低,差异有统计学意义($P<0.05$);组间比较,观察组患者治疗后中医症候积分低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 3。

表 3 两组患者治疗前后中医症候积分比较($n=102, \bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	颈项疼痛	上肢放射痛	身热不扬
对照组	治疗前	2.03±0.42	2.16±0.36	1.56±0.26
	治疗后	1.51±0.27	1.63±0.29	1.15±0.18
	统计检验值	$t=10.518, P<0.001$	$t=11.579, P<0.001$	$t=13.094, P<0.001$
观察组	治疗前	2.05±0.46	2.15±0.37	1.53±0.27
	治疗后	1.32±0.21	1.42±0.25	1.02±0.16
	统计检验值	$t=14.580, P<0.001$	$t=16.511, P<0.001$	$t=16.412, P<0.001$
两组比较统计检验值	治疗前	$t=0.324, P=0.746$	$t=0.196, P=0.845$	$t=0.808, P=0.420$
	治疗后	$t=5.610, P<0.001$	$t=5.539, P<0.001$	$t=5.452, P<0.001$

组别	时间	周身困重	小便黄赤	大便黏滞
对照组	治疗前	1.28±0.21	1.14±0.20	1.03±0.19
	治疗后	0.96±0.18	0.86±0.16	0.77±0.13
	统计检验值	$t=11.685, P<0.001$	$t=11.041, P<0.001$	$t=11.406, P<0.001$
观察组	治疗前	1.27±0.20	1.13±0.18	1.02±0.18
	治疗后	0.87±0.13	0.76±0.13	0.65±0.10
	统计检验值	$t=16.936, P<0.001$	$t=16.830, P<0.001$	$t=18.148, P<0.001$
两组比较统计检验值	治疗前	$t=0.348, P=0.728$	$t=0.375, P=0.708$	$t=0.386, P=0.700$
	治疗后	$t=4.094, P<0.001$	$t=4.899, P<0.001$	$t=7.389, P<0.001$

2.4 两组患者治疗前后疼痛程度比较

两组患者治疗前 VAS 及 NPQ 评分比较差异无统计学意义($P>0.05$);与治疗前比较,两组患者治疗

后 VAS 及 NPQ 评分降低,差异有统计学意义($P<0.05$);组间比较,观察组患者治疗后 VAS 及 NPQ 评分低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 4。

表 4 两组患者治疗前后疼痛程度比较($n=102, \bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	VAS 评分	NPQ 评分
对照组	治疗前	6.32±1.95	40.32±6.98
	治疗后	3.45±1.02	24.65±4.06
	统计检验值	$t=13.171, P<0.001$	$t=19.599, P<0.001$
观察组	治疗前	6.39±1.97	40.72±7.03
	治疗后	1.67±0.26	18.24±2.74
	统计检验值	$t=23.990, P<0.001$	$t=30.091, P<0.001$
两组比较统计检验值	治疗前	$t=0.255, P=0.799$	$t=0.408, P=0.684$
	治疗后	$t=17.079, P<0.001$	$t=13.217, P<0.001$

2.5 两组患者治疗前后颈椎症状和功能比较

两组患者治疗前 CASCs 及 NDI 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);与治疗前比较,两组患者治疗后 CASCs 评分增高,差异有统计学意义($P<$

0.05);NDI 评分降低,差异有统计学意义($P<0.05$)。组间比较,观察组患者治疗后 CASCs 评分高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);NDI 评分低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 5。

表 5 两组患者治疗前后颈椎症状和功能比较($n=102, \bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	CASCs 评分	NDI 评分
对照组	治疗前	56.35±6.29	12.41±2.65
	治疗后	65.18±8.95	8.45±2.03
	统计检验值	$t=8.152, P<0.001$	$t=11.981, P<0.001$
观察组	治疗前	56.17±6.33	12.54±2.77
	治疗后	72.08±11.48	5.02±1.46
	统计检验值	$t=12.257, P<0.001$	$t=24.255, P<0.001$
两组比较统计检验值	治疗前	$t=0.204, P=0.839$	$t=0.342, P=0.732$
	治疗后	$t=4.787, P<0.001$	$t=13.854, P<0.001$

2.6 两组患者治疗前后血清学指标比较

两组患者治疗前血清 IL-1 β 、IL-6、TNF- α 水平比较,差异无统计学意义($P>0.05$);与治疗前比较,两组患者治疗后血清 IL-1 β 、IL-6、TNF- α 水平降低,差

异有统计学意义($P<0.05$);组间比较,观察组患者治疗后血清 IL-1 β 、IL-6、TNF- α 水平低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 6。

2.7 两组患者不良反应比较

表 6 两组患者治疗前后血清学指标比较($n=102,\bar{x}\pm s$)

组别	时间	IL-1 β /(ng \cdot L ⁻¹)	IL-6/(pg \cdot mL ⁻¹)	TNF- α /(pg \cdot mL ⁻¹)
对照组	治疗前	7.89 \pm 2.01	35.16 \pm 6.09	20.35 \pm 4.26
	治疗后	4.02 \pm 1.16	21.35 \pm 4.12	13.24 \pm 3.05
	统计检验值	$t=16.842,P<0.001$	$t=18.969,P<0.001$	$t=13.706,P<0.001$
观察组	治疗前	7.92 \pm 2.05	35.28 \pm 6.27	20.51 \pm 4.71
	治疗后	2.03 \pm 0.41	16.35 \pm 4.02	9.02 \pm 2.43
	统计检验值	$t=28.454,P<0.001$	$t=25.669,P<0.001$	$t=21.895,P<0.001$
两组比较统计检验值	治疗前	$t=0.106,P=0.916$	$t=0.139,P=0.890$	$t=0.254,P=0.799$
	治疗后	$t=16.336,P<0.001$	$t=8.773,P<0.001$	$t=10.929,P<0.001$

两组患者均未出现肝肾功能损伤;对照组 2 例恶心呕吐;观察组 1 例恶心呕吐,2 例切口血肿;两组患者不良反应发生率比较,差异无统计学意义($\chi^2=0.205,P>0.05$)。

3 讨论

《灵枢·经脉》中描述“动则病嗌痛、额肿、不可以顾,肩似拔,臑似折”,类似神经根型颈椎病症状。《黄帝内经·素问》曾记载“风寒湿三气杂至,合而为痹也”。《杂病源流犀烛》云“凡颈项强痛,肝肾膀胱病也,三经受风寒湿邪”。神经根型颈椎病病因病机复杂,虚实夹杂,本虚标实,主因为肝脾肾亏虚,正气不足则腠理不密,风、寒、湿热等外邪入侵,内生痰湿之邪,痰瘀互结,以致气血运行不畅,气血阻络,经络运行受阻,不荣则颈项产生疼痛。神经根型颈椎病急性发作期主要集中于局部症状,根据“急则治其标,缓则治其本”的原则,急性期应以治疗湿热痹阻的“标实”之证为主,给予清热利湿、通络止痛之法,采用中医内外结合的方法,改善神经根型颈椎病急性期症状,减轻患者疼痛,恢复颈椎功能。

当归拈痛汤出自《温病条辨》,是治疗湿热痹证之常用方,方中羌活辛散苦燥,温通升散,善通痹止痛,善治后脑疼痛和颈项痛;茵陈善利水渗湿,《本草拾遗》记载茵陈“通关节,去滞热”,羌活茵陈两药相合,祛湿疏风,清热止痛。猪苓、泽泻利水渗湿,泄热止渴;黄芩、苦参清热泻火、燥湿凉血;防风、升麻、葛根解表疏风。佐以白术、苍术燥湿健脾,以运化水湿邪气;除湿药性多苦燥,易伤及气血津液,辅知母清热养阴,防苦燥药伤阴,再辅以人参、当归健脾扶正、益气养血,调节气血,使苦寒不伤脾胃,祛邪不伤正,炙甘草调和诸药。全方湿热相合,上下分消其湿,使壅滞得宣通。当归拈痛汤已用于治疗急性痛风性关节炎^[13]、腰椎间盘突出症^[3],但较为少见用于神经根型颈椎病。本研究对照组患者服用当归拈痛汤治疗后,CASCS 评分增高,

VAS、NPQ、NDI 评分以及血清 IL-1 β 、IL-6、TNF- α 水平降低,说明当归拈痛汤治疗风湿热痹证神经根型颈椎病可改善临床症状和颈椎功能,抑制炎症反应,缓解疼痛,具有显著的疗效。现代药理研究显示羌活的挥发油及水和乙醇提取物具有解热镇痛、抗炎的作用^[14],茵陈中黄酮类化合物可通过抑制炎症介质的产生,抑制疼痛相关通路的激活,发挥抗炎止痛作用^[15]。

针刀具有针灸调节脏腑、平衡阴阳的治疗作用,还能切割组织、解除神经卡压,起到切割、剥离、松解软组织等作用,效果好、止痛快,在神经根型颈椎病的治疗中有广泛的应用^[16]。刃针是针刀的一种,又称小针刀,主要是利用带刃的针对局部进行切割、刺激等操作,达到解除痹通、通经活络的作用,与传统针刀比较,刃针创伤小,恢复快,患者耐受性好^[17]。但是经刃针松解的肌肉在短暂缓解后,会被力线上紧张的肌肉重新牵拉,导致症状反复发作。中医经筋理论认为筋主动,骨主静,两者相互为用,为颈部运动提供动力和约束,保证颈部正常功能。《素问·宣明五气篇》曰“五劳所伤,久行伤筋”,颈部经筋劳损时出现筋结点,阻碍经络气血运行,导致颈部肌肉痉挛,颈椎间盘突出压迫脊神经根,进而出现颈肩部、上肢疼痛以及头晕不适等症状。筋结点类似于扳机点,易被触及,因此有研究者提出通过针刀松解筋结点治疗神经根型颈椎病,可修复和减缓退变的椎间盘,改善颈周力学平衡,恢复颈椎生理曲度^[18]。本研究观察组患者在当归拈痛汤治疗基础上尝试增加刃针经筋结点松解治疗,有效率达 93.14%,高于对照组,治疗后 VAS、NPQ 和 NDI 评分低于对照组,CASCS 评分大于对照组,可见增加刃针经筋结点松解可提高神经根型颈椎病的临床治疗效果,对缓解临床症状效果更显著。分析原因为经筋结点刃针松解可放松整个颈椎,缓解慢性劳损,且不破坏椎弓根的稳定性^[19];改善筋膜腔内压力及表面张力,解除神经压迫,降低神经兴奋性;减少 5 羟色胺、组织

胺及缓激肽等神经递质的释放,缓解疼痛^[20]。刃针松解筋结点解除卡压后,可促使血液循环,加速炎症物质吸收,缓解肌肉痉挛^[21],进而改善临床症状。李迺等^[20]采用多极射频电极针刀松解术,修忠标等^[21]采用小“T”针刀松解配合手法,治疗椎动脉型颈椎病均取得了显著的临床效果。本研究观察组患者治疗后血清IL-1 β 、IL-6、TNF- α 水平低于对照组,证实刃针松解筋结点可抑制炎症反应,促使局部炎症消退,因此对神经根型颈椎病的治疗效果更显著。当归拈痛汤内服清热利湿,通痹止痛,刃针松解筋结点外治舒筋通络,解除肌肉劳损和压迫,两种方法联合应用发挥协同作用,抑制炎症反应,达到加乘效果。

综上所述,当归拈痛汤联合刃针经筋结点松解治疗可更显著缓解风湿热痹证神经根型颈椎病患者的疼痛,减轻颈椎病障碍程度和临床症状,提高临床疗效,较当归拈痛汤单独治疗效果显著,且不增加不良反应风险。当归拈痛汤联合刃针经筋结点松解治疗可协同发挥抗炎作用,解除颈椎压迫,缓解颈肩肌肉疼痛,改善颈椎功能。本研究局限性在于仅选取风湿热痹证神经根型颈椎病患者为研究对象,其他证型神经根型颈椎病的治疗方案仍需进一步探讨和验证。

参考文献

- [1] HUO L Y, YANG X X, FENG T X, et al. Management of cervical spondylotic radiculopathy: a systematic review[J]. *Global Spine J*, 2022, 12(8):1912-1924.
- [2] 钟远鸣,叶伟权,邱伟,等.神经根型颈椎病中医药治疗进展[J]. *辽宁中医药大学学报*, 2022, 24(3):5-9.
- [3] 肖兴雷,刘尚仑,张晖.当归拈痛汤治疗腰椎间盘突出症急性期的临床观察[J]. *中国中医急症*, 2023, 32(3):489-491.
- [4] 任树军,黄柄祥,王塘琦,等.超声引导下刃针松解颈椎横突后结节治疗神经根型颈椎病的临床研究[J]. *中国中医急症*, 2022, 31(10):1742-1744.
- [5] 唐志杰,王泽宇,刘天宇,等.基于“动静筋结点”针刀治疗神经根型颈椎病机制探讨[J]. *中国中医急症*, 2021, 30(11):1974-1977.
- [6] 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.
- [7] 国家中医药管理局.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002:74-79.
- [8] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994:186.
- [9] SCOTT J, HUSKISSON E C. Graphic representation of pain[J]. *Pain*, 1976, 2(2):175-184.
- [10] LEAK A M, COOPER J, DYER S, et al. The Northwick Park neck pain questionnaire, devised to measure neck pain and disability[J]. *Br J Rheumatol*, 1994, 33(5):469-474.
- [11] 张鸣生,许伟成,林仲民,等.颈椎病临床评价量表的信度与效度研究[J]. *中华物理医学与康复杂志*, 2003, 25(3):151-154.
- [12] 伍少玲,马超,伍时玲,等.颈椎功能障碍指数量表的效度与信度研究[J]. *中国康复医学杂志*, 2008, 23(7):625-628.
- [13] 何杰敏,刘桂余,林鸿鑫,等.基于络病学说探讨当归拈痛汤治疗类风湿关节炎的组方原理[J]. *北京中医药大学学报*, 2021, 44(10):889-893.
- [14] 马丽梅,杨军丽.羌活药材的化学成分和药理活性研究进展[J]. *中草药*, 2021, 52(19):6111-6120.
- [15] 刘玉萍,邱小玉,刘烨,等.茵陈的药理作用研究进展[J]. *中草药*, 2019, 50(9):2235-2241.
- [16] 张乐,杨嘉,黄承军.针刀压敏点联合芍药甘草汤治疗气血两虚兼血瘀型神经根型颈椎病的疗效[J]. *中国中医骨伤科杂志*, 2022, 30(9):31-35.
- [17] 张熙,栗胜勇,蔡慧倩,等.基于“筋结”理论火刃针治疗神经根型颈椎病的临床研究[J]. *针灸临床杂志*, 2021, 37(10):39-43.
- [18] 刘福水,金玉立,谢洪武,等.针刀干预对颈椎病兔软骨终板基质金属蛋白酶 13、聚集蛋白聚糖、II型胶原的影响[J]. *中华中医药杂志*, 2020, 35(6):3146-3150.
- [19] 刘福水,方婷,周凡媛.针刀“调筋治骨”法治疗颈椎病力学机制探讨[J]. *中华中医药学刊*, 2018, 36(12):2862-2865.
- [20] 李迺,吴俊敏,田育宏,等.多极射频电极针刀松解术治疗椎动脉型颈椎病的疗效观察[J]. *颈腰痛杂志*, 2022, 43(5):763-765.
- [21] 修忠标,刘洪,刘晶,等.小“T”针刀松解配合手法治疗椎动脉型颈椎病临床观察[J]. *辽宁中医药大学学报*, 2017, 19(9):16-18.

(收稿日期:2023-08-09)