

• 临床研究 •

张氏铺灸方联合竹圈姜灸治疗气滞血瘀型
(神经根型)颈椎病的临床研究叶瑾¹ 张元斌^{1△} 张玉良¹ 王人彦² 包英华¹ 宁丽³ 俞梦盈³

[摘要] 目的:探讨张氏铺灸方竹圈姜灸治疗气滞血瘀型(神经根型)颈椎病患者临床疗效。方法:选取气滞血瘀型(神经根型)颈椎病患者 135 例,采用回顾性研究方法分为 3 组,牵引组、姜灸组及药灸组各 45 例。牵引组予颈椎枕颌带牵引治疗;姜灸组在颈椎枕颌带牵引治疗的基础上予竹圈姜灸治疗;药灸组在颈椎枕颌带牵引治疗的基础上运用张氏铺灸方进行竹圈姜灸治疗。治疗 2 个疗程后采用颈椎病的临床评价量表(CASCS)评分、颈痛量表(NPQ)评分及中医疗效量表评定患者的临床疗效。结果:三组患者治疗前后 CASCS 总评分、NPQ 评分、血清炎症因子 IL-1 β 、IL-6、TNF- α 的组内比较和组间比较均有差异,且差异有统计学意义($P < 0.05$);中医疗效评估显示药灸组综合疗效最优(总有效率为 93.33%),其次为姜灸组(总有效率为 77.78%),最后为牵引组(总有效率为 57.78%),差异有统计学意义($Z = 36.891, P < 0.001$)。结论:张氏铺灸方竹圈姜灸治疗气滞血瘀型(神经根型)颈椎病,能改善颈椎功能,缓解疼痛症状,发挥炎症抑制作用,提高患者生活质量,具有很好的临床疗效。

[关键词] 神经根型颈椎病;张氏铺灸方;竹圈姜灸;气滞血瘀型

[中图分类号] R681.5 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 1005-0205(2025)05-0027-05

DOI: 10.20085/j.cnki.issn1005-0205.250506

Zhang's Spread Moxibustion Recipe Combined with Bamboo Circle
Ginger Moxibustion in the Treatment of Cervical Spondylosis
of Qi Stagnation and Blood Stasis Type (Nerve Root Type)YE Jin¹ ZHANG Yuanbin^{1△} ZHANG Yuliang¹ WANG Renyan²
BAO Yinghua¹ NING Li³ YU Mengying³

¹ Hangzhou Fuyang Orthopaedic Hospital of Traditional Chinese Medicine, Hangzhou 311400, China;

² Zhejiang Orthopedic Hospital, School of Medicine, Hangzhou 310015, China;

³ Affiliated Hangzhou First People's Hospital, School of Medicine, West Lake University, Hangzhou 310006, China.

Abstract Objective: To investigate the clinical efficacy of Zhang's spread moxibustion with bamboo circle and ginger moxibustion in the treatment of cervical spondylotic radiculopathy of Qi stagnation and blood stasis. **Methods:** 135 cases of cervical spondylotic radiculopathy of Qi stagnation and blood stasis type were selected and divided into three groups by retrospective study method, the traction group, the ginger moxibustion group and the herbal moxibustion group, 45 cases in each group. The traction group was treated with cervical occipito-mandibular traction. The ginger moxibustion group was treated with ginger moxibustion on bamboo circle on the basis of cervical traction. In the herbal moxibustion group, Zhang's spread moxibustion recipe was used for bamboo circle and ginger moxibustion on the basis of cervical vertebra traction. After 2 courses of treatment, the clinical efficacy was evaluated by cervical spondylosis clinical evaluation scale (CASCS) score, neck pain questionnaire (NPQ) score and traditional Chinese medicine (TCM) efficacy scale. **Results:** There were significant differences in CASCS total score, NPQ score and serum inflammatory factors IL-1 β , IL-6 and TNF-

α in the three groups before and after treatment, and the differences were statistically significant ($P < 0.05$). The evaluation of TCM curative effect showed that the herbal moxibustion group had the best comprehensive curative effect (total effective rate: 93.33%), followed by the ginger moxibustion group (total effective rate: 77.78%) and the

基金项目:浙江省中医药科技计划项目(2023ZL143)

¹ 杭州市富阳中医骨伤医院(杭州,311400)

² 浙江骨伤医院

³ 西湖大学医学院附属杭州市第一人民医院

Δ 通信作者 E-mail:zyb2am@126.com

traction group (total effective rate: 57.78%), and the difference was statistically significant ($Z=36.891, P<0.001$). **Conclusion:** Zhang's spread moxibustion with bamboo circle and ginger moxibustion in the treatment of cervical spondylotic radiculopathy of Qi stagnation and blood stasis can improve the function of cervical spine, relieve pain symptoms, inhibit inflammation and improve the quality of life of patients, which has a good clinical efficacy.

Keywords: cervical spondylotic radiculopathy; Zhang's spread moxibustion prescription; ginger moxibustion with bamboo circle; Qi stagnation and blood stasis type

神经根型颈椎病(Cervical Spondylotic Radiculopathy, CSR)是颈椎病中最常见的类型^[1],中医认为神经根型颈椎病归属于“项痹病”范畴^[2-3],多因经脉痹阻、气机运行不畅而发病,治疗原则为行气止痛、温经活络^[4]。张氏铺灸方是由我院国家名老中医张玉柱老先生结合多年临床经验创制的专门针对筋伤骨病的艾灸方,竹圈姜灸是一种传统中医疗法。本研究旨在探讨张氏铺灸方联合竹圈姜灸治疗气滞血瘀型(神经根型)颈椎病的效果和安全性,期望为此类患者提供一种更为有效的治疗方案,改善患者的症状和生活质量,现报告如下。

1 研究对象和方法

1.1 研究对象

选取2023年1月至2024年4月在本院中医门诊就诊的气滞血瘀型(神经根型)颈椎病患者135例,采用随机数字表法随机分为牵引组、姜灸组和药灸组(各45例);其中牵引组予颈椎枕颌带牵引治疗,姜灸组在颈椎枕颌带牵引治疗的基础上予竹圈姜灸治疗,药灸组在颈椎枕颌带牵引治疗的基础上,用张氏铺灸方制作艾塔进行竹圈姜灸治疗。本研究已获得本院伦理委员会批准(2022-KT-HL-001)。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照《颈椎病的分型、诊断及非手术治疗专家共识(2018)》中的诊断标准^[5]:1)具有手臂麻木、疼痛等较典型的神经根症状,其范围与颈脊神经所支配的区域一致,压颈试验或臂丛牵拉试验阳性;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以上肢疼痛为主的疾患。

1.2.2 中医诊断标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[6]和《中药新药临床研究指导原则》^[7]拟定气滞血瘀型(神经根型)颈椎病中医诊断标准。1)症状:颈肩部、上肢刺痛,痛处固定,伴有肢体麻木。2)舌脉:舌质紫暗或有瘀斑,苔薄白,脉弦涩。

1.3 纳入标准

1)符合上述诊断标准;2)性别不限,年龄 ≥ 18 岁;3)发病以来未接受其他治疗;4)同意参与本研究,签署知情同意书。患者须满足纳入标准中的所有条款才能被纳入研究范围。

1.4 排除标准

1)重度皮肤病,治疗区域皮肤存在感染或损伤;

2)合并严重呼吸道疾患或对艾灸过敏者;3)患有精神类疾病、结核病、椎体先天畸形、认知功能障碍者;4)伴有脊髓压迫症状者;5)怀孕或哺乳期妇女。患者只要符合排除标准中的任意一条,就必须被排除在研究范围之外。

1.5 方法

1.5.1 治疗方法 1)常规处理 给予患者颈椎枕颌带牵引治疗,患者取坐立位,头部固定于牵引带上,保持 15° 前倾,颈部和肩部放松,双臂自然下垂于身体两侧。根据患者体重的10%设定初始牵引力,允许根据个体耐受性进行调整,一般不超过10 kg。每次牵引持续20 min,在整个治疗期间要求患者保持颈部稳定,避免活动。

2)竹圈姜灸 操作步骤如下:(1)取出3个竹圈(竹制成,直径约7 cm,高约5 cm,厚约0.5 cm)用4层纱布封底,周边绷紧,用皮筋进行充分的固定。生姜末挤干姜汁后做成一定厚度的姜饼,平铺后通过钻孔器依次钻取9个小孔,接着将普通艾绒制成塔状后平铺在姜饼上,从顶端点燃艾塔进行预热。(2)协助患者取俯卧位,常规清洁皮肤后,在大椎穴、天宗穴(左右)上放置预热后的竹圈,根据患者自身感受的热力来配合施灸进程。(3)治疗开始时,先以温和灸治疗为主,待患者感觉灼热时,在治疗部位皮肤上涂上精油,双手持竹圈沿颈夹脊穴、督脉膀胱经等循经往返熨推,治疗时间为15 min。(4)熨推力量均匀,随着时间的延长对应的力度可缓慢增加,姜末温度下降后可适当增加力度且减小频率,待艾塔即将燃尽时,及时取出艾灰后添加新艾塔,共灸3壮。(5)利用姜末的余热,采用回旋灸、温和灸交替放置在大椎穴、天宗穴(左右)、阿是穴给予加强治疗,治疗时间为15 min。(6)整个治疗的灸治时间为40 min,施灸操作时应做好巡视,询问患者感觉及耐受度,且根据反馈结果进行适当调节。(7)操作完毕,观察治疗部位皮肤情况并做好记录,嘱咐患者注意局部防寒保暖,避免进食生冷食物,6 h内勿洗澡。

3)张氏铺灸方联合竹圈姜灸 本研究所用张氏铺灸方剂组成主要为艾绒、生川乌、甘松、丁香、樟脑、白芷、细辛,将张氏铺灸方制成艾塔替代上述竹圈姜灸的普通艾塔进行治疗,其余步骤同前述。

4)治疗方法 牵引组:采用常规牵引治疗。姜灸组:采用常规牵引治疗联合竹圈姜灸治疗。药灸组:在姜灸组基础上将张氏铺灸方制成艾塔替代上述竹圈姜灸的普通艾塔进行治疗。疗程:治疗 1 次/d,6 d 为 1 个疗程,连续治疗 2 个疗程,2 个疗程之间休息 1 d。治疗工作由本研究团队内的 3 名成员分别入组承担,且成员均已经通过操作技术的培训及考核,确保治疗的同质化。

1.5.2 疗效评定方法 1)观察指标 (1)采用颈椎病临床评价量表(Clinical Assessment Scale for Cervical Spondylosis,CASCS)^[8],总分为 100 分,对应的评价内容包括主观症状(18 分)、适应能力(9 分)、临床体征(73 分),以此来对三组研究对象的颈椎病症状进行评价,分值和症状存在负相关关系,量表的信度系数 $\alpha=0.84$ 。评价者分别对所有入组患者于治疗前及治疗后第 6 天和第 13 天治疗结束后评估并记录。(2)采用颈痛量表(Northwick Park Neck Pain Questionnaire,NPQ)^[9],此量表的评价内容主要包括颈痛程度、睡眠干扰状况、症状持续时间、携带物件、阅读、社会活动等,其中各条目对应的分值范围为 0~4 分,总分为 36 分。对应的评分方法如下:若回答 9 个条目,NPQ 评分=(总评分/36)×100%;若只回答前 8 个条目,例如缺失某一条目(例如驾驶),NPQ 评分=(总评分/32)×100%。评分越高颈痛程度越重。在治疗前和治疗后第 6 天和第 13 天对此分值进行评价,且准确记录。(3)血清炎性因子:全部研究对象在治疗前及治疗后两个时间点空腹采血,采集 5 mL 外周静脉血,对其离心处理以分离血,然后通过 ELISA 法进行测定,检

测白细胞介素-1 β (IL-1 β)、IL-6、肿瘤坏死因子- α (Tumor Necrosis Factor- α ,TNF- α)的含量。治疗前及治疗后两个时间点进行评估并记录。

2)疗效评定 中医疗效评估:参照《中医病证诊断疗效标准》,根据 CASCS 治疗前后症状评分变化对疗效进行评价,评分改善率=(治疗前后评分差值/治疗前评分)×100%。治愈:在治疗后相关症状全部消失,颈肩没有疼痛,功能全部恢复,且工作和生活无影响,评分改善率>90%。显效:相关症状显著缓解,疼痛减轻,颈肩功能改善,且生活基本上不受到影响,改善率为 70%~90%。有效:相关症状有一定程度减轻,疼痛程度下降,生活和工作能力提升,改善率为 30%~70%。无效:症状改善幅度很小或者恶化,改善率≤30%。总有效率=[(治愈例数+显效例数+有效例数)/总例数]×100%。

1.6 统计学方法

相关数据主要通过 SPSS22.0 软件处理,其中计数资料用“例(%)”描述,组间结果差异比较行卡方检验;计量数据符合正态分布,以 $\bar{x}\pm s$ 形式表示,组间结果差异进行单因素方差分析;组内则进行配对 t 检验,成对对比进行 LSD 检验;对非正态分布数据用四分位数间距描述。组间差异进行 Kruskal-Wallis 检验,双侧检验, $P<0.05$ 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 一般资料

纳入研究对象 135 例,平均病程为(38.64±8.32)个月,中位数为 35 个月,均无明显外伤史,对比三组患者的一般资料,差异均无统计学意义($P>0.05$),见表 1。

表 1 三组患者一般资料比较($n=45$)

组别	性别		年龄/岁 ($\bar{x}\pm s$)	病程/月 ($\bar{x}\pm s$)	体重指数/($\text{kg}\cdot\text{m}^{-2}$) ($\bar{x}\pm s$)
	男/例	女/例			
牵引组	25	20	49.64±14.36	38.14±9.32	23.24±2.61
姜灸组	22	23	49.18±13.69	37.87±10.48	23.07±2.32
药灸组	21	24	51.73±12.72	39.10±10.15	23.28±2.31
统计检验值	$\chi^2=0.469$		$F=0.442$	$F=1.922$	$F=0.097$
P	0.791		0.644	0.383	0.908

2.2 三组患者颈椎 CASCS 评分

通过组内比较 t 检验,三组患者治疗后 CASCS 各项目评分和总分均提升,差异有统计学意义($P<0.05$);三组患者治疗后组间比较,对比分析发现姜灸组和药灸组的主观症状、社会适应能力、临床症状、CASCS 总分相关指标都高于牵引组,差异有统计学意义($P<0.05$),且药灸组的这些项目评分均高于姜灸组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 2。

2.3 三组患者治疗前后 NPQ 评分比较

组间比较显示,治疗前三组患者 NPQ 评分差异

无统计学意义($P>0.05$),治疗后第 6 天和第 13 天,三组患者 NPQ 评分有不断下降的趋势,下降趋势均有不同,但药灸组的降幅最大,其次是姜灸组,最后是牵引组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 3。

2.4 三组患者治疗前后血清炎性指标对比

三组患者治疗前血清 IL-1 β 、IL-6、TNF- α 水平比较,差异无统计学意义($P>0.05$);组内比较结果表明,与治疗前比较,治疗后三组患者炎性指标(IL-1 β 、IL-6 和 TNF- α)都有一定幅度下降,差异均有统计学意义($P<0.05$);治疗后组间比较显示,药灸组患者血

表 2 三组患者治疗前后 CASCS 评分比较 (n=45, $\bar{x}\pm s$, 分)

组别	主观症状			适应能力		
	治疗前	治疗后第 6 天	治疗后第 13 天	治疗前	治疗后第 6 天	治疗后第 13 天
牵引组	6.75±1.04	9.25±1.04 ¹⁾	10.18±1.42 ¹⁾²⁾	2.84±0.78	4.25±0.99 ¹⁾	4.80±1.07 ¹⁾²⁾
姜灸组	6.38±1.27	9.51±1.31 ¹⁾³⁾	11.00±1.37 ¹⁾²⁾³⁾	2.96±0.77	4.93±1.05 ¹⁾³⁾	5.82±1.35 ¹⁾²⁾³⁾
药灸组	6.30±1.13	9.91±1.18 ¹⁾³⁾⁴⁾	11.84±1.51 ¹⁾²⁾³⁾⁴⁾	2.86±0.77	5.43±0.87 ¹⁾³⁾⁴⁾	6.89±0.97 ¹⁾²⁾³⁾⁴⁾
F	1.954	3.480	14.775	0.278	16.261	36.743
P	0.146	0.011	0.001	0.758	0.001	<0.001

组别	临床体征			CASCS 总分		
	治疗前	治疗后第 6 天	治疗后第 13 天	治疗前	治疗后第 6 天	治疗后第 13 天
牵引组	39.91±5.66	49.27±5.49 ¹⁾	51.55±6.03 ¹⁾²⁾	49.50±5.66	62.77±5.57 ¹⁾	66.52±6.58 ¹⁾²⁾
姜灸组	40.53±6.37	51.47±5.55 ¹⁾³⁾	58.80±5.60 ¹⁾²⁾³⁾	49.89±6.55	65.91±5.54 ¹⁾³⁾	75.62±6.10 ¹⁾²⁾³⁾
药灸组	39.41±6.37	53.27±5.82 ¹⁾³⁾⁴⁾	63.64±6.63 ¹⁾²⁾³⁾⁴⁾	48.57±6.48	68.61±5.85 ¹⁾³⁾⁴⁾	82.36±7.18 ¹⁾²⁾³⁾⁴⁾
F	0.374	5.595	43.811	0.524	11.761	63.318
P	0.689	0.005	<0.001	0.594	0.001	<0.001

注:1)与治疗前相比, $P<0.05$;2)与治疗第 6 天相比, $P<0.05$;3)与牵引组相比, $P<0.05$;4)与牵引组及姜灸组相比, $P<0.05$ 。

表 3 三组患者治疗前后 NPQ 评分比较 (n=45, $\bar{x}\pm s$, 分)

组别	治疗前	治疗后第 6 天	治疗后第 13 天
牵引组	30.93±6.33	22.30±6.45 ¹⁾	19.48±7.10 ¹⁾²⁾
姜灸组	30.07±5.55	19.36±5.46 ¹⁾³⁾	14.76±5.84 ¹⁾²⁾³⁾
药灸组	31.82±5.46	17.68±5.54 ¹⁾³⁾⁴⁾	8.91±4.53 ¹⁾²⁾³⁾⁴⁾
F	1.018	7.064	35.229
P	0.364	0.001	<0.001

注:1)与治疗前相比, $P<0.05$;2)与治疗第 6 天相比, $P<0.05$;3)与牵引组相比, $P<0.05$;4)与牵引组及姜灸组相比, $P<0.05$ 。

表 4 三组患者治疗期间血清炎症指标对比 (n=45, $\bar{x}\pm s$)

组别	IL-1 β /(ng·L ⁻¹)			IL-6/(ng·L ⁻¹)		
	治疗前	治疗后第 6 天	治疗后第 13 天	治疗前	治疗后第 6 天	治疗后第 13 天
牵引组	22.11±2.47	20.28±2.52 ¹⁾	18.45±2.62 ¹⁾²⁾	20.13±1.90	18.30±1.90 ¹⁾	16.47±2.00 ¹⁾²⁾
姜灸组	22.17±2.41	19.67±2.45 ¹⁾³⁾	17.15±2.42 ¹⁾²⁾³⁾	20.32±1.66	17.83±1.75 ¹⁾³⁾	15.31±1.92 ¹⁾²⁾³⁾
药灸组	22.18±2.39	18.67±2.35 ¹⁾³⁾⁴⁾	15.17±2.29 ¹⁾²⁾³⁾⁴⁾	19.87±1.73	16.35±1.6 ¹⁾³⁾⁴⁾	12.84±1.77 ¹⁾²⁾³⁾⁴⁾
F	0.012	4.839	20.042	0.720	14.301	42.061
P	0.988	0.009	0.001	0.489	0.001	<0.001

组别	TNF- α /(μ g·L ⁻¹)		
	治疗前	治疗后第 6 天	治疗后第 13 天
牵引组	4.64±0.35	3.67±0.34 ¹⁾	2.72±0.35 ¹⁾²⁾
姜灸组	4.57±0.33	3.16±0.32 ¹⁾³⁾	1.76±0.32 ¹⁾²⁾³⁾
药灸组	4.55±0.33	2.68±0.42 ¹⁾³⁾⁴⁾	0.86±0.43 ¹⁾²⁾³⁾⁴⁾
F	0.871	80.655	276.781
P	0.421	<0.001	<0.001

注:1)与治疗前相比, $P<0.05$;2)与治疗第 6 天相比, $P<0.05$;3)与牵引组相比, $P<0.05$;4)与牵引组及姜灸组相比, $P<0.05$ 。

表 5 三组患者中医综合疗效比较 (n=45, 例)

组别	痊愈	显效	有效	无效	Z	P
牵引组	0	3	23	19		
姜灸组	3	15	17	10	36.891	<0.001
药灸组	6	25	11	3		

3 讨论

神经根型颈椎病主要症状包括颈肩部疼痛、麻木, 单侧或双侧肢体反射改变和感觉缺失的神经根性痛^[1]。流行病学研究显示, 神经根型颈椎病的发病率在不同人群中均有所增加, 尤其是在长时间使用电子

清炎性指标水平最低, 牵引组患者最高, 差异均有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 4。

2.5 三组患者中医综合疗效比较

三组患者中医综合疗效比较秩和检验显示, 药灸组综合疗效最优(总有效率为 93.33%), 其次为姜灸组(总有效率为 77.78%), 最后为牵引组(总有效率为 57.78%), 差异有统计学意义 ($Z=36.891, P<0.001$), 见表 5。

设备的年轻群体中更为明显^[10-11]。神经根型颈椎病以手术和保守治疗为主要治疗方法, 手术治疗具有较好的近期疗效, 但因其并发症多和较高的费用, 故一般优先考虑中医疗法^[12]。近年来, 多项研究探讨了中医药治疗神经根型颈椎病的效果, 发现中医药治疗在改善患者症状和提高生活质量方面具有显著优势^[2]。神经根型颈椎病的中医特色疗法主要有中药内服^[13]、推拿^[14]、针刺^[15]、灸疗^[16]等, 其中中药内服常会引起胃肠道反应; 针刺存在多种禁忌证且患者对针刺有恐惧心理, 部分患者可能存在晕针、滞针、断针情况, 且对选

穴要求高,部分患者难以获得理想效果^[17];推拿疗法需要医者具备较高的技术水平,不恰当的操作可能会加剧对神经的压迫。古人云:药之不及,针之不到,必须灸之。灸法是中医学特色疗法之一,因其“简便验廉”且具有无创性等特点备受患者青睐,在神经根型颈椎病的临床治疗中应用越来越普及。隔姜灸属于艾柱灸中的隔物灸法的一类,既往研究证实,隔姜灸在治疗由长期劳损所致的气血运行不畅方面有良好的活血化瘀、通痹止痛的作用^[18]。竹圈姜灸也属于间接灸的一种,是由隔姜灸改良所得,其利用竹圈均匀透热,循筋灸法通过经筋理论和“以痛为输”的治疗原则,达到将张氏铺灸方的功效直达病所的目的,从而“通则不痛”缓解患者的疼痛症状。既往研究显示,竹圈姜灸能缓解寒湿痹阻型腰痛患者的症状,改善腰部功能^[19]。此外,竹圈姜灸联合艾盐包熨烫治疗气滞血瘀型腰痛病的疗效观察也表明,该联合疗法能够提升治疗效果,减轻腰痛程度,且安全性较高。本研究显示,药灸组治疗后 VAS 评分下降明显,说明采用张氏铺灸方联合竹圈姜灸治疗能更好地缓解疼痛症状,疗效优于其他两组。

根据中医相关理论,神经根型颈椎病患者病因主要是劳逸失宜、素体虚弱致正气不足,各种外邪入侵而实邪内生,素体阳气亏虚无法抵御邪气,致使颈项部局部经脉气血瘀滞不通,日久积累导致气血失和,脉络的运行受到阻碍,不通则痛,而致颈肩部胀痛之感。如《杂病广要》对此记载“若气滞血瘀,经络阻滞,臂痛不能举”,因而在对这类患者治疗时,应该重点调和气血、改善经络状态,这也是治疗重点和关键。本研究根据中医经络腧穴理论进行治疗,督脉为“阳脉之海”,统帅阳气;颈夹脊穴属华佗夹脊穴,可高效地夹督脉之阳,改善气血状态。在症状和病机分析基础上,根据“腧穴所在,主治所在”的原则,选取神经根型颈椎病中高频应用腧穴,以大椎、天宗及阿是穴为主。《黄帝内经》曰:“血气者喜温而恶寒,寒则湿滞。”因而在调节气血时,应注重通畅和温煦。因此,本研究辨证治疗以温经通络为主。张氏铺灸方组方主用艾绒温通经脉,配伍生草乌、生川乌以祛风除湿,甘松、丁香以行气止痛、活血化瘀,猪牙皂、樟脑以通关利窍,白芷、细辛以解肌散寒,方中诸药合用共奏行气止痛、活血化瘀之功效。通过张氏铺灸方和生姜协同作用,将温散之性与灸疗本身的火之热力深透于颈项部各穴位及经络,并结合温和灸、回旋灸、循经往返熨烫手法,激发经气,以“持久、有力、渗透、均匀”为基本手法操作要求,将“热力”运用恰当,“循经络,推穴位,换手法”,做到点、线、面结合,使局部肌肉和循经于此的经脉腧穴得火之热力以温煦滋养,进而促进周围毛细血管扩张,加快颈项部的血液循环,以达到活血散瘀、温经通络之疗效,改善颈椎功能,提高生活质量。本研究结果显示,药灸组的

CASCS 评分明显高于姜灸组和牵引组,同时其总有效率(93.33%)较姜灸组(77.78%)和牵引组(57.78%)高,这与卓于迪等^[1]的研究结果相似,表明中医药辅助治疗神经根型颈椎病有助于提高总体疗效。而且本研究对患者进行干预后没有出现明显的皮肤破损、过敏相关的不良事件,由此可判断药灸组治疗方法的安全性满足要求。

化学性神经根炎学说认为颈椎局部遭受机械压迫导致椎间孔变窄和骨质增生,会刺激相邻神经和脊髓而释放大量炎性介质,从而发生相关炎症反应,影响颈椎神经功能。研究发现 IL-1 β 、IL-6、TNF- α 等可介导机体内的炎症,与神经根型颈椎病的发生和发展密切相关^[20-21]。从现代药理角度分析张氏铺灸方抗炎效果优于其他组的原因,在于张氏铺灸方 67% 的药用成分具有较强的抗炎活性,艾绒、甘松、生草乌、樟脑、细辛、白芷等是抗炎镇痛的有效物质,其中甘松还具有保护血管内皮的功效^[22];白芷提取物可抑制炎症,在缓解肿胀方面有显著效果^[23]。干预后药灸组和姜灸组的 IL-1 β 、IL-6、TNF- α 均优于牵引组,药灸组的 IL-1 β 、IL-6、TNF- α 指标均优于姜灸组,且治疗后神经根型颈椎病患者血清相关炎性因子的水平显著降低,说明张氏铺灸方中多药合用进行干预后,患者体内 IL-1 β 、IL-6、TNF- α 水平明显低于干预前,发挥了炎症抑制作用,更好地修复颈部受损神经功能,加快细胞新陈代谢,有利于组织功能改善,取得了良好的治疗效果。

综上所述,张氏铺灸方联合竹圈姜灸在治疗气滞血瘀型(神经根型)颈椎病患者中能改善颈椎功能,缓解疼痛症状,且张氏铺灸方能发挥炎症抑制作用,为张氏铺灸方竹圈姜灸应用于专病专科的中医治疗提供思路。但本研究也有一定局限性,样本量少且以中年患者为主,病程较短,患者的症状可能较轻,治疗虽然能够取得良好效果,但其作用机制及长期临床观察方面仍需更为深入的全面研究。后续将进一步开展多样本和延长观察疗程的临床试验研究。

参考文献

- [1] 卓于迪,苑艺,高梦霞,等.刘寿山辨治神经根型颈椎病经验撷菁[J].中华中医药杂志,2022,37(9):5216-5219.
- [2] 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.
- [3] 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.
- [4] 周爱珍,李正祥,王立新,等.腹针疗法联合脊柱微调手法治疗气滞血瘀型神经根型颈椎病临床研究[J].新中医,2024,56(3):150-154.
- [5] 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.

和普通适性,本课题组拟在现有研究基础上,积极推进一项大规模、多中心、高度同质化的随机对照临床试验,旨在为腰椎间盘突出症的临床治疗提供更加坚实、可靠的科学依据。

参考文献

- [1] 秦晓宽,孙凯,冯天笑,等.腰椎间盘突出症临床实践指南和专家共识的方法学质量评价与综合分析[J].中国全科医学,2024,27(31):3857-3864.
- [2] 黄吉军,王永祥,杨建东,等.单侧双通道脊柱内镜技术治疗脱垂型腰椎间盘突出症的早期疗效[J].中国修复重建外科杂志,2024,38(11):1367-1371.
- [3] 张玉红,冯波,苏炜良,等.单侧双通道脊柱内镜技术椎管减压术治疗双节段腰椎管狭窄症的早期临床疗效[J].中国修复重建外科杂志,2023,37(6):706-712.
- [4] 左如俊,马明,蒋毅,等.经椎板间入路单侧双通道脊柱内镜技术与经椎板间窗单通道内镜技术治疗 L5/S1 椎间盘突出症疗效比较[J].中国修复重建外科杂志,2022,36(10):1192-1199.
- [5] 宋凤宝.“腰突方”外敷结合中药治疗腰椎间盘突出症 90 例[J].山西中医学院学报,2013,14(3):48-49.
- [6] CHENG Z X, ZHENG Y J, FENG Z Y, et al. Chinese association for the study of pain: expert consensus on diagnosis and treatment for lumbar disc herniation [J]. World J Clin Cases, 2021, 9(9): 2058-2067.
- [7] 世界中医药学会联合会骨质疏松专业委员会,上海中医

药大学附属龙华医院,中日友好医院,等.腰椎间盘突出症中西医结合诊疗专家共识[J].世界中医药,2023,18(7):945-952.

- [8] JIANG H W, CHEN C D, ZHAN B S, et al. Unilateral biportal endoscopic discectomy versus percutaneous endoscopic lumbar discectomy in the treatment of lumbar disc herniation: a retrospective study [J]. J Orthop Surg Res, 2022, 17(1): 30.
- [9] 潘其鹏,孔凡国,付拴虎,等.单侧双通道内镜治疗复发性腰椎间盘突出症[J].中国矫形外科杂志,2024,32(19):1816-1820.
- [10] 王国军,张世民,靳蛟,等.七芍活血方治疗气滞血瘀型腰椎间盘突出症疗效及血液流变学和血清炎症因子的影响[J].中国实验方剂学杂志,2024,30(24):159-166.
- [11] 王新立,刘汝银,王西彬,等.黄芩甲苷经由 miR-125a-5p/NLRP1 轴减轻椎间盘突出髓核细胞损伤[J].沈阳药科大学学报,2024,41(7):929-938.
- [12] 周杰,徐露.红花黄色素对神经根型腰椎病大鼠抗炎作用及其机制研究[J].中药药理与临床,2016,32(4):41-44.
- [13] 白雪,孙孝先,郭杨,等.益气活血方对大鼠腰椎间盘突出症的影响及机制[J].中国药房,2024,35(10):1186-1192.
- [14] 熊雨墨,李梓宸,李瑛,等.通督活血汤对腰椎间盘突出症急性期患者腰椎功能及血清炎症因子水平的影响[J].中国实验方剂学杂志,2024,30(13):135-141.

(收稿日期:2024-11-09)

(上接第 31 页)

- [6] 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.
- [7] 国家食品药品监督管理局.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] 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):25-28.
- [9] 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.
- [10] 丁勇,赵焰.太极推拿联合八把半锁疗法治疗神经根型颈椎病的临床疗效观察[J].中华中医药杂志,2023,38(10):5091-5094.
- [11] 徐军,黄移生,殷文俊,等.症状针刀联合加味桃红四物汤治疗气滞血瘀型神经根型颈椎病 57 例[J].湖南中医杂志,2024,40(6):69-73.
- [12] 罗凯兰,颀旺军.神经根型颈椎病的中西医治疗进展[J].内蒙古中医药,2021,40(5):147-149.
- [13] 张坤,燕文海,马楠山,等.中药内服治疗神经根型颈椎病的用药规律研究[J].中日友好医院学报,2022,36(1):44-45.
- [14] 张汉钰,王厚融,于天源,等.推拿干预神经根型颈椎病镇痛机制的研究进展[J].环球中医药,2024,17(4):752-758.
- [15] 顾雯靓,牛晓亚,王楠,等.针刺治疗神经根型颈椎病机

制的研究进展[J].中国民族民间医药,2024,33(11):40-46.

- [16] 李任,唐福宇.中医灸法治疗神经根型颈椎病的研究进展[J].中医临床研究,2024,16(3):86-90.
- [17] 黄丽君,周昕,杨静.竹圈姜灸联合艾盐包熨烫治疗气滞血瘀型腰痛病的疗效观察[J].实用中西医结合临床,2021,21(17):36-37.
- [18] 李桂玲.隔姜灸治疗肱骨外上髁炎 8 例[J].针灸临床杂志,2000,16(11):29-30.
- [19] 黄丽君,邓文静,熊润萍,等.竹圈姜灸治疗寒湿痹阻型腰痛病的疗效观察[J].现代医院,2020,20(4):614-616.
- [20] 李远峰,姜益常,杨雪.浮针扫散治疗神经根型颈椎病(气滞血瘀证)的临床观察[J].中国中医急症,2023,32(7):1219-1222.
- [21] 王永亮,吴建丽,公维志,等.短刺夹脊穴配合芒针治疗神经根型颈椎病的随机临床对照试验[J].针灸临床杂志,2021,37(8):43-48.
- [22] 张诗雨,蔡宗余,石炜琦,等.中药甘松化学成分药理作用及临床应用研究进展[J].光明中医,2024,39(2):265-268.
- [23] 元明慧,姜禹辰,廉丽花,等.白芷提取物及其活性成分欧前胡素改善痛风性关节炎[J].中国药理学通报,2022,38(9):1416-1420.

(收稿日期:2024-11-01)