

中药熏蒸配合推拿对椎动脉型颈椎病眩晕及血浆内皮素及降钙素基因相关肽浓度的影响

赵成飞, 刘晓安, 丁昀

湖北省孝感市中心医院康复科, 湖北 432000, 中国

【摘要】 目的: 观察中药熏蒸配合三步推拿法对椎动脉型颈椎病患者血浆内皮素(endothelin, ET)、降钙素基因相关肽(calcitonin gene-related peptide, CGRP)浓度及眩晕的影响。**方法:** 符合纳入标准的椎动脉型颈椎病患者 120 例, 采用随机数字法分为观察组和对照组, 每组 60 例。观察组采用中药熏蒸配合三步推拿法治疗, 对照组采用口服盐酸氟桂利嗪胶囊治疗。**结果:** 治疗后, 两组眩晕均有改善; 血浆 ET 浓度降低, CGRP 浓度升高, 与本组治疗前均有统计学差异 ($P<0.01$, $P<0.05$), 两组间差异亦有统计学意义 (均 $P<0.05$)。**结论:** 中药熏蒸配合三步推拿法可调节血浆 ET、CGRP 水平, 改善椎动脉型颈椎病患者的眩晕症状, 其疗效优于口服盐酸氟桂利嗪胶囊治疗。

【关键词】 熏蒸; 中草药; 推拿; 按摩; 椎关节强硬; 眩晕; 血浆内皮素; 降钙素基因相关肽

椎动脉型颈椎病 (cervical spondylosis of vertebral artery type, CSA) 是颈椎病的常见类型之一, 是由于颈椎退行性改变, 脊柱内外平衡失调, 压迫、刺激椎动脉及神经而导致的综合征, 以椎-基底动脉供血不足为主要表现^[1]。研究表明血管活性因子血浆内皮素(endothelin, ET)和降钙素基因相关肽 (calcitonin gene-related peptide, CGRP)浓度的变化与 CSA 典型的突发眩晕存在相关性^[2-3]。

为观察中药熏蒸配合三步推拿治疗对血浆 ET、CGRP 浓度及 CSA 所致眩晕的影响, 2010 年 1 月至 2011 年 5 月, 我们对我院康复科就诊的 60 例患者进行了观察, 并设口服盐酸氟桂利嗪胶囊治疗的 60 例患者为对照, 现将结果报告如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

根据 1993 年全国第二届颈椎病专题座谈会提出的椎动脉型颈椎病的诊断标准^[4]: 有典型眩晕, 或伴有恶心、耳鸣、目眩、猝倒等症状; 有反复发作史或颈部活动诱发史; 叩顶试验和/或旋颈试验阳性; 颈椎 X 线片提示颈椎曲度不同程度改变、不稳或骨质增生, 钩椎关节骨质增生, 韧带钙化, 椎管矢状径狭窄; 经颅多普勒 (transcranial doppler, TCD) 显示单侧或双侧椎-基底动脉供血不足或椎动脉狭窄。

1.2 纳入标准

符合上述诊断标准; 治疗前 2 星期未进行任何治疗; 年龄 18~70 岁; 自愿参加并签署知情同意书, 保证配合完成全部疗程的患者。

1.3 排除标准

脑动脉硬化症、小脑病变、心血管疾病及内分泌、代谢疾病所致的眩晕; 眼源性或耳源性眩晕; 颈椎骨折或脱位、颈椎间盘突出、结核、肿瘤、感染等患者; 年龄 18 岁以下或 70 岁以上者; 合并心脑血管、肝、肾、造血系统等严重疾病者; 精神病患者; 妊娠或哺乳期妇女; 未按规定方案治疗, 或合并使用其他疗法或药物而无法判定疗效者; 未能按照实验计划完成治疗过程者。

1.4 统计学分析

数据使用 SPSS 11.5 软件完成统计处理。计量资料以均数±标准 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 使用 t 检验。计数资料使用卡方检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

1.5 一般资料

共选择符合纳入标准的 120 例 CSA 患者, 均为 2010 年 1 月至 2011 年 5 月我院康复科的门诊患者。采用随机数字法分为两组, 每组 60 例。两组患者性别、年龄、病程比较差异均无统计学意义 (均 $P>0.05$), 说明两组具有可比性 (表 1)。

表 1. 两组患者一般资料比较

组别	n	性别 (例数)		平均年龄 ($\bar{x} \pm s$, 岁)	平均病程 ($\bar{x} \pm s$, 天)
		男	女		
观察组	60	35	25	38.9±10.3	30.6±21.4
对照组	60	37	23	35.4±8.7	34.3±20.1

2 治疗方法

2.1 观察组

观察组患者采用中药熏蒸配合三步推拿法治疗。

2.1.1 中药熏蒸

组成：肉桂、附子、川芎、丹参、葛根、淫羊藿、羌活、红花，等。

操作：每味药取 10~30 g，加冷水浸泡 10 min 后放在蒸发器内加热，煎煮沸腾产生蒸汽后，嘱患者取仰卧位，平卧于 DKWS(ZX)-8 型多功能康复床(黄石市雄卿医疗器械有限公司生产)上，暴露颈后，患处正对熏蒸孔，熏蒸温度为 40~55 ℃，时间为 30 min (图 1)。每日 1 次，10 次为 1 疗程，疗程间隔 2 日，进行下 1 疗程，共治疗 3 个疗程。



图 1. 熏蒸床

2.1.2 三步推拿法

第一步：揉拿松解法。患者取俯卧位，用一指禅推法、滚法和揉拿法在颈项、肩及上背部操作 10 min (图 2)；再以指端按揉或点按风池、肩井、天鼎、天宗、阿是穴各 1 min (图 3)，以患者有酸胀感为度；最后从上向下拿颈夹脊、风池、肩井，各 1 min (图 4)。



图 2. 一指禅推法



图 3. 点按法



图 4. 拿法

第二步：拔伸调整法。患者取仰卧位，术者双手重叠置于患者第 3、4、5 颈椎下，将颈部稍微托起，与水平方向呈大约 15° 角进行拔伸，着力点位于棘突之间，持续时间不少于 1 min (图 5)，反复 5 遍。然后一手扶患者下颌，一手托起项部，在牵引的状态下以十分轻巧的动作将颈椎向对侧侧屈 5~8°，左右各 1 次 (图 6)。

第三步：循经整理法。患者取仰卧位，术者以指腹着力，由下而上沿颈部督脉、膀胱经平推，两手协同，交替进行，每条线推 5 遍 (图 7)。

然后分推前额和面部 5 次（图 8）；从前发际向后拿五经，左右各 5 次（图 9）；按揉太阳、印堂、阳白、百会各 1 min（图 10）。



图 5. 拔伸法



图 6. 侧屈法



图 7. 推法

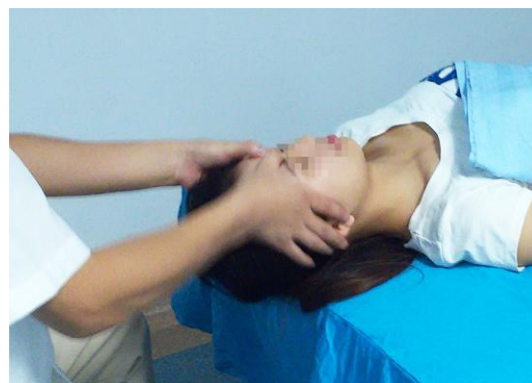


图 8. 分推法



图 9. 拿五经



图 10. 按揉法

2.2 对照组

对照组患者采用口服盐酸氟桂利嗪胶囊（西比灵）治疗，每次 10 mg，每晚睡前口服，每日 1 次。

两组均治疗 3 个疗程，于治疗前及治疗后进行主要症状评分。

3 疗效观察

3.1 观察指标

3.1.1 颈性眩晕症状与功能评估量表 (evaluation scale for cervical vertigo, ESCV)

采用 ESCV 进行评分。该量表由眩晕（共 16 分，包括眩晕程度 8 分，频度 4 分，持续时间 4 分），颈肩痛（4 分），头痛（2 分），日常生活及工作（4 分），心理及社会适应（4 分）组成。满分为 30 分，分数越低，表明病情越严重^[5]。

3.1.2 实验室指标

治疗前以及治疗满三个疗程后于上午 7:40~8:40 抽取患者空腹静脉血 2 mL，注入含抑肽酶 40 uL 的抗凝管，采用放免法测定 ET、CGRP 水平。试剂盒由北京科美生物有限公司生产。

3.2 疗效标准

参照《中医病证诊断疗效标准》中颈椎病的疗效标准^[6]。

治愈：临床症状及体征消失，肌力正常，项、肌体功能恢复正常，能参加正常劳动和工作。

好转：原有症状及体征减轻，颈、肩背疼痛减轻，颈、肌力功能改善。

未愈：症状无改善。

3.3 治疗结果

治疗过程中无脱落病例，全部患者数据进行统计分析。

3.3.1 血浆 ET、CGRP 浓度变化

治疗前，两组血浆 ET 及 CGRP 浓度差异均无统计学意义（均 $P>0.05$ ）。治疗后，两组血浆 ET 浓度下降，CGRP 浓度升高，与本组治疗前均有统计学差异（ $P<0.01$ ， $P<0.05$ ），两组间差异亦有统计学意义（均 $P<0.05$ ），（表 2）。

表 2. 两组治疗前后血浆 ET、CGRP 浓度变化（ $\bar{x} \pm s$, ng/L）

组别	n	时间	ET	CGRP
观察组	60	治疗前	120.21 $\pm$ 33.59	1167.2 $\pm$ 245.9
		治疗后	50.25 $\pm$ 12.51 ¹⁾³⁾	2301.1 $\pm$ 660.0 ¹⁾³⁾
对照组	60	治疗前	117.55 $\pm$ 30.71	1171.1 $\pm$ 250.2
		治疗后	91.01 $\pm$ 21.33 ²⁾	1540.5 $\pm$ 691.6 ¹⁾

注：与本组治疗前比较，1) $P<0.01$ ，2) $P<0.05$ ；与对照组治疗后比较，3) $P<0.05$

3.3.2 ESCV 评分变化

治疗前，两组 ESCV 评分无统计学差异（ $P>0.05$ ）。治疗后，两组 ESCV 评分均与本组

治疗前有统计学差异（ $P<0.01$ ， $P<0.05$ ），两组间评分差异亦有统计学意义（ $P<0.05$ ），（表 3）。

表 3. 两组治疗前后 ESCV 评分比较（ $\bar{x} \pm s$, 分）

组别	n	治疗前	治疗后
观察组	60	12.5 $\pm$ 3.5	23.9 $\pm$ 4.9 ¹⁾³⁾
对照组	60	13.2 $\pm$ 3.8	16.2 $\pm$ 4.2 ²⁾

注：与本组治疗前比较，1) $P<0.01$ ，2) $P<0.05$ ；与对照组治疗后比较，3) $P<0.05$

3.3.3 两组疗效比较

治疗后，观察组总有效率为 90%，对照组为 70%，两组总有效率差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），（表 4）。

表 4. 两组临床疗效比较（例数）（%）

组别	n	治愈	好转	未愈	总有效率(%)
治疗组	60	42	12	6	90.0
对照组	60	30	12	18	70.0

4 讨论

CSA 是颈椎病的常见类型之一，以椎-基底动脉供血不足为主要临床表现，有典型的转头时突发眩晕，或伴有头痛、恶心、呕吐、四肢乏力、猝倒等症状，并有反复发作史。近年研究表明，除血液动力学因素外，血浆 ET、CGRP 浓度在椎-基底动脉缺血的发病机制中也起重要作用。ET 具有强大的收缩血管的功能^[7]，是 CSA 发病中的主要体液因素之一^[8]；CGRP 是目前体液中最强的舒张血管活性多肽。血浆 ET 和 CGRP 是一对强大的并具有相反作用的内源性舒缩血管效应物质。有研究发现 CAS 患者血浆 ET 浓度升高、CGRP 浓度降低，血管处于收缩状态，椎动脉血流量不足，使脑后循环系统缺血缺氧而导致眩晕，两者可能是眩晕的重要物质基础^[9]。从本临床观察数据来看，观察组和对照组在治疗后，ESCV 评分均有改善，观察组优于对照组；治疗后血浆 ET 浓度降低、CGRP 浓度升高，且观察组变化情况大于对照。说明中药熏蒸配合三步推拿法治疗 CSA 有疏经活血，理筋止痛之功，可松解颈部肌肉痉挛，降低 CSA 患者血浆中 ET 浓度，升高 CGRP 浓度，使血浆中 ET、CGRP

水平保持相对平衡,共同维护脑血管的缩舒功能,改善椎动脉痉挛,增加椎动脉血流量,促进头部的血液循环,使脑后循环系统缺血缺氧的状态改善而消除眩晕等临床症状。

中药熏蒸方中肉桂、附片辛散温通,散寒止痛;川芎、丹参、红花活血化瘀;淫羊藿祛风湿、强筋骨;羌活、葛根通行太阳经及督脉,升举清阳。诸药合用,共奏活血化瘀、舒筋活络之功。中药熏蒸颈部,使药物蒸汽直接作用于患处,使疼痛部位毛孔开放,中药有效成分渗透至患处从而发挥药效作用。中药熏蒸通过药力及温热刺激,使患处血管扩张,改善局部的血液循环,促进炎症物质的吸收,增加椎动脉血流量,并可松弛局部紧张痉挛的肌肉,减轻椎体对颈椎间盘的压力,缓解因颈椎间盘突出等退行性病变对椎动脉造成的压迫、扭曲状况。中药熏蒸配合三步推拿法既能针对病因,又能改善其病理改变,解除局部肌肉痉挛及软组织的损伤,解除对神经、血管的刺激和压迫,恢复骨与关节的稳定性,促进局部血液循环,使椎-基底动脉供血得到明显改善,从而消除眩晕等临床症状,恢复颈部正常的生理活动^[10-12]。本方法为患者提供了一种经济、安全、简单、有效的方法,具有广泛的应用前景。

Conflict of Interest

The authors declared that there is no potential conflict of interest.

Acknowledgments

This work was supported by Hubei Xiaogan Central Hospital.

Statement of Informed Consent

All of the patients in the study signed the informed consent.

参考文献

- [1] Sun HW, He JL, Li YW, Chen YQ. 颈椎病与血液流变性的相关性. 中医正骨, 1993, 5 (3): 7-9.
- [2] Dai YH, Cheng GH, Su XL. 犬椎动脉狭窄早期血

浆血管活性因子水平的变化. 放射免疫杂志, 2007, 20(1): 7-9.

- [3] Wang LL, Liu XY. 椎-基底动脉供血不足患者血浆 ET、CGRP 及 NSE 测定的临床意义. 放射免疫杂志, 2007, 20(3): 212-214.
- [4] 孙宇,陈琪福,第二届颈椎病专题座谈会纪要. 中华外科杂志, 1993, 31(8): 472-476.
- [5] 卓大宏. 中国康复医学. 第 2 版. 北京: 华夏出版社, 2003: 1148.
- [6] 国家中医药管理局. 中医病症诊断疗效标准. 南京: 南京大学出版社, 1994: 186.
- [7] Dong HJ, Xu PX. The research progress of endothelin axis. Wujing Yixueyuan Xuebao, 2009, 18(6): 557-560.
- [8] Li CN, Yang MX. 椎动脉型颈椎病的病因病机与治疗进展. 中医正骨, 2008, 20 (2): 66-68.
- [9] Wei JJ, Zhang JJ, Cio JS. 颈性眩晕患者血浆内皮素和降钙素基因相关肽测定的临床意义. 卒中与神经疾病, 2005, 12 (1): 38-39.
- [10] Li XM. 手法牵引推拿治疗椎动脉型颈椎病 120 例. Huaihai Yiyao, 2001, 19(6): 486.
- [11] Yue FL, Liang SD, Zhu YW, Zhao CY, Chen Y, Li YF, Zhang YZ. Clinical study on massage in treating cervical spondylosis of vertebral artery type. J Acupunct Tuina Sci, 2011, 9(3): 188-192.
- [12] Cheng SD, Luo JS, Lu NZ, Zhang TW, Hu ZJ, Pu JS, Li W, Xu HL, Wang HF, Huang J. A randomized controlled trial of warm needling moxibustion plus sitting-position pulling and stretching manipulation for the treatment of cervical spondylotic vertebral arteriopathy. Shanghai Zhenjiu Zazhi, 2012, 31(6): 410-413.

作者简介: 赵成飞, 学士, 住院医师。

E-mail: zhaochenfei_2006@126.com

收稿日期: 2014-6-5