●研究生论坛●

颈椎荣通方联合旋提手法治疗神经根型(气滞血瘀型)颈椎病的临床疗效观察

王海兴[1] 况君[2] 郑甦[2#]

(1 江西中医药大学 2018 级硕士研究生 南昌 330004;2 江西中医药大学附属医院骨伤科 南昌 330006)

摘要:目的:观察和评价中药颈椎荣通方联合旋提手法治疗气滞血瘀型神经根型颈椎病的临床效果。方法:选取 2018 年 10 月 ~2020 年 1 月收治的符合神经根型颈椎病诊断标准,中医辨证分型为气滞血瘀型的 80 例患者,按就诊顺序编号,采用单盲、随机数字表法分为观察组和对照组各 40 例。观察组采用自拟颈椎荣通方结合旋提手法治疗,对照组仅采用旋提手法治疗,疗程均为 2 周。比较两组治疗 2 周后的临床疗效、疼痛视觉模拟评分、颈椎弓弦距。结果:经 2 周治疗后,观察组总有效率(92.50%)明显高于对照组(75.00%),$P<0.05$,差异有统计学意义;观察组疼痛视觉模拟评分明显低于对照组,$P<0.05$,差异有统计学意义;观察组治疗前后颈椎弓弦距差值高于对照组,$P<0.05$,差异有统计学意义。结论:颈椎荣通方结合旋提手法治疗神经根型(气滞血瘀型)颈椎病较单纯应用旋提手法疗效更优。

关键词:神经根型颈椎病;气滞血瘀型;颈椎荣通方;旋提手法

The Clinical Observation of Jingzhuirongtong Formula Combined with Rotary Lifting Manipulation in Treatment of Cervical Spondylosis of Nerve Root Type (Qi Stagnation and Blood Stasis Type)

WANG Hai-xing[1], KUANG Jun[2], ZHENG Su[2#]

(1The Grade 2018 Master's Degree Candidate of Jiangxi University of Traditional Chinese Medicine, Nanchang330004;
2The Department of Orthopedics and Traumatology, Affiliated Hospital of Jiangxi University of Traditional Chinese Medicine, Nanchang330006)

Abstract: Objective: To observe and evaluate the clinical effect of Jingzhuirongtong formula combined with rotary lifting manipulation in treatment of cervical spondylosis of nerve root type (qi stagnation and blood stasis type). Methods: From October 2018 to January 2020, 80 patients with cervical spondylosis of nerve root type fit the diagnostic criteria of cervical spondylotic radiculopathy were selected and numbered by visit order, and their Traditional Chinese Medicine syndrome differentiation were qi stagnation and blood stasis type. They were divided into the observation group and the control group by single blind and random number table method, with 40 cases in each group. The observation group was treated with self-made Jingzhuirongtong formula combined with rotary lifting manipulation, while the control group was only treated with rotary lifting manipulation. The course of treatment was two weeks. The clinical efficacy, pain visual analogue scale scores and cervical arch chord distance were compared between the two groups after two weeks of treatment. Results: After two weeks of treatment, the total effective rate of the observation group (92.50%) was significantly higher than that of the control group (75.00%), $P<0.05$, the difference was statistically significant; the pain visual analogue scale score of the observation group was significantly lower than that of the control group, $P<0.05$, the difference was statistically significant; the difference of cervical bowstring distance before and after treatment in the observation group was higher than that in the control group, the difference was statistically significant, $P<0.05$. Conclusion: The curative effect of Jingzhuirongtong formula combined with rotary lifting manipulation in treatment of cervical spondylosis of nerve root type (qi stagnation and blood stasis type) is better than that of single rotary lifting manipulation.

Key words: Cervical spondylosis of nerve root type; Qi stagnation and blood stasis type; Jingzhuirongtong formula; Rotary lifting manipulation

中图分类号:R274.9 **文献标识码**:B doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.03.057

神经根型颈椎病(Cervical Spondylotic Radiculopathy, CSR)是主要由颈椎间盘和骨韧带退行性改变累及相应神经根发生炎性病变的一类疾病,主要临床表现为颈、肩、上肢放射痛和神经支配区麻木[1]。近年来,CSR 发病率有所上升,并趋于年轻化。据统计,气滞血瘀型 CSR 占 21.95%[2]。临床非手术治疗常作为首选,如果常规系统保守治疗 3 个月失败,并且仍然严重影响生活质量,可采取手术治疗。西太平洋地区临床实践指南中推荐的手法治疗和中药疗法的强度分别为 A 和 B[3]。我们对 80 例气滞血瘀型 CSR 患者采用旋提手法联合自拟颈椎融通方治疗后发现其疗效显著,总有效率、疼痛视觉模拟评分(VAS)、颈椎弓弦距差值等观察指标均优于单纯旋提手法。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究经江西中医药大学附属医院伦理学委员会批准。选取 2018 年 10 月 ~2020 年 1 月江西中医药大学附属医院门诊收治的符合神经

通信作者:郑甦,E-mail:2587796840@qq.com

根型颈椎病诊断标准，中医辨证分型为气滞血瘀型的 80 例患者，按就诊的先后顺序编号，经单盲设计，使用随机数字表法，分为观察组和对照组各 40 例。观察组使用自拟颈椎荣通方结合旋提手法治对照组仅采用旋提手法治疗。两组一般资料比较，差异无统计学意义（$P>0.05$），具有可比性。见表 1。

表 1　两组一般资料比较（$\bar{x}\pm s$）

组别	n	男（例）	女（例）	平均年龄（岁）	平均病程（月）	VAS 评分（分）	弓弦距（mm）
观察组	40	18	22	50.15± 15.13	13.62± 7.83	5.72± 0.75	5.37± 4.74
对照组	40	21	19	49.45± 15.21	11.52± 7.32	5.77± 0.73	5.73± 4.60
t/χ^2		0.200		-0.206	-1.238	0.301	0.338
P		0.327		0.837	0.219	0.764	0.736

1.2　诊断标准

1.2.1　中医诊断标准　参照《中医病证诊断疗效标准》[4]2012 版中的颈椎病诊断标准制定。（1）有颈部长期、慢性劳损史；（2）颈肩部及上肢刺痛或胀痛、麻木不适，位置通常固定不移；（3）颈椎弧度异常，受累颈椎棘突和椎旁可有压痛，颈椎不同程度屈伸旋转功能障碍，严重者可有肌萎缩，椎间孔挤压试验（+），臂丛牵拉试验（+），舌质紫暗，有瘀点、瘀斑，脉弦或涩；（4）X 线片显示：颈椎曲度异常，椎间隙缩窄，有骨质和韧带的增生钙化。

1.2.2　西医诊断标准　参照 2018 年出版的《颈椎病的分型、诊断及非手术治疗专家共识》[1]的诊断标准。颈肩、上肢放射痛、麻木不适症状与颈脊髓神经根所支配皮肤体表区域基本一致，椎间孔挤压试验阳性和臂丛牵拉试验阳性；辅助检查结果能解释临床症状与体征。

1.3　入组标准　（1）纳入标准：年龄范围 20~69 岁；符合 CSR 中西医诊断标准；最近 1 个月内未接受其他相关治疗；能够积极配合治疗及试验；自愿参加本试验项目，同意并签署知情同意书。（2）排除标准：年龄＜20 岁或＞70 岁；近期颈部外伤、其他型颈椎病、胸廓出口综合征、周围神经卡压综合征、运动神经元病、脊髓侧索硬化症、颈椎畸形、颈椎肿瘤、颈椎结核和颈椎感染等疾病；有颈部重大外伤及手术史；既往有心、脑、肺、肾等重要脏器疾病；孕产妇、哺乳期妇女及精神病患者；近 1 个月内接受过其他治疗；颈和肩部患有皮肤疾病；其他疾病引起的上肢疼痛、麻木；不愿意接受治疗方案或不能配合治疗，拒绝签署知情同意书。（3）脱落标准：受试者因各种原因退出、失去随访或死亡；数据采集不完整；发生严重不良反应等影响检测结果判断。

1.4　治疗方法　对照组每隔 1 日进行 1 次旋提手法治疗，持续 2 周。观察组手法治疗同对照组，每天再早晚口服自拟中药颈椎荣通方治疗，疗程均为 2 周。两组的操作和处方均由同一资深主任中医师操作和处理。旋提手法治疗：一般让患者自然放松坐于高约 50 cm 的矮凳上，全身放松，双脚与肩同宽，操作者站在患者身后，用按压、揉捏等手法治疗 10 min 来放松颈部和肩部肌肉，然后用双手前后固定患者头部，做 2~3 次屈伸旋转运动来引导患者头部向患侧弯屈颈约 30°，操作者左手托住后颈，右手钩握住下颌，稳住缓慢向上端提 3~5 s 后同时向前、向健侧、向后旋转；同法向健侧再行 1 次旋提，然后做 2~3 次屈伸旋转运动，最后以放松手法结束。如有不良反应立即暂停，对症治疗。自拟中药颈椎荣通方组方：党参 30 g、黄芪 20 g、茯苓 15 g、白术 15 g、熟地 15 g、当归 15 g、鸡血藤 15 g、桂枝 12 g、川芎 10 g、白芍 12 g、甘草 12 g。将以上药材加水煎煮，取汁 200 ml，每日 1 剂，分别于早晚服用，2 周为一个疗程，如有不良反应立即停药，必要时对症处理。

1.5　观察指标　（1）临床疗效。治愈：治疗前的症状及体征减轻≥95%，颈椎及上肢肌力和功能恢复正常，可回归正常生活及工作；显效：95%＞症状、体征减少≥70%，颈、肢体功能大部分得到改善；好转：30%≤症状和体征减轻＜70%，颈及上肢功能得到部分改善；无效：症状和体征及功能改善＜30%[4]。（2）疼痛视觉模拟评分。患者依据自身疼痛程度，在背面标示有无痛到极限疼痛的直尺（美国国立卫生研究院监制的标尺）上标出 0~10 cm 对应位置，医师从正面得出 VAS 评分。（3）颈椎弓弦距。颈椎标准侧位片标准体位：保持头颈中立位，颈椎正中矢状面与探测器平行，双肩自然下垂，下颌略抬使视线向上呈 15°角，球管距离 1.5 m，射线从下颌角下 2 cm 水平射入。标准片中下颌骨不与椎体重叠，清晰显示 C_1~C_7 颈椎椎体、椎间隙、椎间关节、关节突关节等。采用 Pacs Viewer 4.6.3.6 版本图像处理软件测量治疗前、后弓弦距的数值。测量方法：自 C_2 齿状突最尖处稍后缘至 C_7 椎体下后缘画一条线 A，沿 C_1~C_7 椎体后缘画一条弧线 B，在 AB 之间测量垂直距离最大者即为弓弦距，测量结果精确到 0.01 mm[5]。（4）不

良反应：头晕、心慌、呕吐、药物过敏、原有神经根症状加重、脊髓损伤（截瘫）等不良反应。治疗前、治疗后 1 个月由另两位不参与治疗的医师分别对患者进行疗效评价、VAS 评分，取两次评分结果的平均值；治疗前和治疗 2 周后对颈椎侧位片弓弦距测量并记录，数据由 2 位医师分别测量 2 次，2 次测量时间间隔 1 周，结果取平均值。

1.6 统计学处理 所获得的数据由不参与该试验的医师采用统计学软件（IBM 22.0 版 SPSS）进行数据分析。计量资料（年龄、病程、VAS 评分、弓弦距）用（$\bar{x} \pm s$）表示，根据样本类型分别采用配对样本 t 检验、独立样本 t 检验；计数资料（疗效、有效率）以%表示，采用 χ^2 检验。$P<0.05$ 则差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组不良反应发生情况比较 所有病例均获得至少 1 个月随访且资料完整，患者依从性好，无失访脱落病例，无头晕、心慌、呕吐、药物过敏、原有神经根症状加重、脊髓损伤（截瘫）等不良反应。

2.2 两组治疗后疗效比较 观察组总有效率为 92.50%，明显高于对照组的 75.00%，$P<0.05$，差异具有统计学意义。见表 2。

表 2 两组治疗后疗效比较

组别	n	治愈（例）	显效（例）	好转（例）	无效（例）	总有效率（%）
对照组	40	6	9	15	10	75.00
观察组	40	17	13	7	3	92.50
χ^2						12.666
P						0.005

2.3 两组治疗1 个月后的 VAS 评分比较 治疗前，观察组及对照组的 VAS 评分数据均符合正态分布，且方差齐性。治疗后，两组 VAS 评分均明显下降，观察组下降更明显。治疗前后两组组内 VAS 评分经配对样本 t 检验，$P<0.01$，差异具有统计学意义。两组间治疗后 VAS 评分采用独立样本 t 检验，$P<0.01$，差异具有统计学意义。见表 3。

表 3 两组治疗 1 个月后的 VAS 评分比较（分，$\bar{x} \pm s$）

组别	n	治疗前	治疗后	t	P
观察组	40	5.72± 0.75	1.22± 1.54	25.136	0.001
对照组	40	5.77± 0.73	2.52± 1.76	16.109	0.001
t		0.301	3.502		
P		0.764	0.001		

2.4 两组治疗前后颈椎弓弦距比较 两组治疗前后颈椎弓弦距及其差值数据均符合正态分布，方差齐。两组治疗 2 周后颈椎弓弦距均有一定程度增加，与同组治疗前相比较，t=-0.145，$P>0.05$，差异无统计学意义。两组治疗前后颈椎弓弦距差值经独立样本 t 检验，$P<0.01$，差异具有统计学意义。见表 4。

表 4 两组治疗前后颈椎弓弦距比较（mm，$\bar{x} \pm s$）

组别	n	治疗前	治疗后	差值	t	P
观察组	40	5.37± 4.74	6.40± 4.64	1.03± 0.24	-26.450	0.001
对照组	40	5.73± 4.60	6.25± 4.52	0.52± 0.14	-23.231	0.001
t		0.338	-0.145	-11.197		
P		0.736	0.885	0.001		

3 讨论

CSR 是骨科常见病，被世界卫生组织列为影响健康的十大疾病之一，常表现为相应神经支配区麻木、放射痛，或酸软无力，严重影响患者生活质量。颈椎正常生理曲度、椎间盘具有缓冲压力的作用，并能保护脊髓、血管和神经根。颈曲异常、椎间盘及周围组织退变等因素改变了颈椎动静力平衡，导致神经根机械卡压产生无菌性炎症。

中医认为“筋骨平衡失调”可导致神经根型颈椎病。近年来，学者对 CSR 中医证候分型基本达成了共识，其中气滞血瘀较为常见。颈项部气血瘀滞，痹阻不通，经脉失养，不通则痛。临床上常辨证使用活血化瘀、补益气血、温经通络类药物治疗[6]。黄芪桂枝五物汤治气虚血滞，筋脉失养所致的肌肤麻木不仁等功效显著。四君子汤助脾阳，为补气诸方之首。四物汤养脾阴，乃补血诸方之冠，配以补气生血的当归补血汤功效倍增。八珍汤加黄芪可治因劳损所致颈肩部疼痛不适，在《济阴济阳纲目》中就有相关加载，加以源自《伤寒论》的芍药甘草汤缓急止痛，止痛效果显著。诸方合用，形成以荣通法为名的颈椎荣通方。方中重用党参、黄芪补气固表，桂枝解肌发表、温经通脉，祛邪外出，鸡血藤补血活血、舒筋活络，四药合用扶正祛邪，温经通络为君；当归、川芎活血化瘀，茯苓、白术、熟地健脾为臣；白芍、甘草缓急止痛为佐。此外，疼痛明显者可加细辛、延胡索；冷痛者加附子、干姜，附子有毒，一般用量 3~6 g，先煎、久煎至口尝无麻辣感为宜；后项疼痛者加羌活、独活；牵扯至头两侧疼痛者加柴胡、黄芩；影响睡眠者加酸枣仁、远志、合欢皮；麻木、转筋明显者加威灵仙、木瓜、地龙；肝肾亏虚明显者加桑寄生、杜仲、续断、补骨脂、淫羊藿等。

现代药理学研究表明，黄芪桂枝五物汤能抑制炎症反应、缓解疼痛、增强抵抗力，还能活血散瘀，使神经根缺血和缺氧的恶性循环得到改善，最终促进神经功能恢复[7]。鸡血藤水提取物及酊剂具有促进

骨髓造血功能、抑制炎症、拮抗氧化等作用[8]。方中芍药甘草汤对中枢性疼痛、外周神经末梢和炎性疼痛能起到很好抑制作用。白芍中的芍药苷解痉镇痛功效显著，白芍水煎剂能抑制急性炎症水肿，还能促进免疫细胞（巨噬细胞和 T 淋巴细胞）的吞噬功能。此外，芍药甘草汤还能减少肿瘤坏死因子、白细胞介素 -6 等炎症介质的释放，改善椎间盘及神经根炎性水肿，延缓病理改变[9~10]。

旋提手法由中医正骨理筋手法（颈项旋扳法）通过不断改良而形成，符合国际手法学术界公认的 HVLA（High Velocity Low Amplitude）特征。近年来，颈椎有限元模型及生物力学研究表明，旋提手法符合颈椎耦合运动机制，能改变颈椎曲度、椎间盘压力分布，扩大椎间孔容积，在一定程度上前移椎间盘，松解神经根与纤维环、辐射状韧带等周围组织的粘连，从而达到治疗 CSR 的作用[11~13]。

综上所述，CSR 为神经根型炎症和机械压迫等多种病因共同所致，单纯应用旋提手法治疗能达到“筋舒骨合，气血以流”的筋骨平衡状态，能一定程度改善颈椎曲度异常，解除神经根机械压迫而缓解病情。在此基础上加用颈椎荣通方能抗炎、镇痛、解痉、抑制炎症介质、调节免疫、促进瘀血吸收，改善神经根缺血、缺氧的炎症状态。两种治疗联合应用，相辅相成，可共同促进神经功能恢复，显著提高疗效，值得临床推广应用。

参考文献

[1]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.
[2]李亚军,李盛华,宋渊,等.神经根型颈椎病中医证型规范研究[J].西部中医药,2017,30(8):49-53.
[3]魏戌,于杰,冯敏山,等.神经根型颈椎病非手术疗法循证证据纵览[J].中国中医骨伤科杂志,2017,25(2):66-70.
[4]国家中医药管理局医政司编.中医病证诊断疗效标准[S].北京:中国中医药出版社,2012.189-190.
[5]王涛,周理乾,孙孟锟,等.6 种颈椎曲度测量方法的可信度及可重复性比较[J].中国脊柱脊髓杂志,2015,25(4):323-327.
[6]谢辉,刘军,潘建科,等.基于数据挖掘方法的神经根型颈椎病用药规律研究[J].世界中西医结合杂志,2015,10(6):849-852.
[7]陈斌,袁普卫,康武林,等.黄芪桂枝五物汤在骨伤科的应用进展[J].中国中医骨伤科杂志,2015,23(5):71-74.
[8]杨冉冉,刘新,姬蕾,等.鸡血藤质量控制及药理作用研究进展[J].环球中医药,2018,11(11):1833-1838.
[9]朱广伟,张贵君,汪萌,等.中药芍药甘草汤基原及药效组分和药理作用研究概况[J].中华中医药杂志,2015,30(8):2865-2869.
[10]吴大伟,何坚.芍药甘草汤对急性期神经根型颈椎病大鼠炎症因子水平的影响[J].亚太传统医药,2018,14(12):9-13.
[11]黄学成,叶林强,梁德,等.三维有限元模型分析旋转手法中旋转方向对颈椎间盘位移和椎间孔容积的影响[J].中国组织工程研究,2018,22(3):404-408.
[12]王宇,雷建银,辛浩,等.椎间盘退变颈椎（C_2-C_7）在正常承载与推拿下的有限元分析[J].中国组织工程研究,2020,24(27):4278-4284.
[13]邢秋娟,赵东峰,戴薇薇,等.颈椎曲度异常对椎间盘应力分布影响的有限元分析[J].临床骨科杂志,2019,22(1):114-117.

（收稿日期：2020-12-15）

万丽玲教授治疗咽喉源性咳嗽经验浅析 *

李德维[1]　曾德传[1]　黄雪梅[1]　丁兆辉[2]　万丽玲[2#]
（1 江西中医药大学 2018 级研究生　南昌 330004；2 江西中医药大学附属医院　南昌 330004）

关键词：咽喉源性咳嗽；半夏厚朴汤；万丽玲教授
中图分类号：R256.11　　**文献标识码**：B　　doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.03.058

咽喉源性咳嗽是因咽喉不适而咳，其病程长、病位固定。西医治疗多给予抗生素、镇咳药物等，不仅疗效欠佳，还会带来诸多副作用，而相对于西医较为固化的治疗手段，中医药多元性、个体化的治疗方式更具优势。咽喉源性咳嗽这一病名自干祖望老先生提出以来，诸多中医临床家前赴后继、不断深入探讨其病因、病机及治疗方案，万丽玲教授作为江西省中医院肺病科主任医师、江西省名中医，从事肺系疾病治疗为近 40 年，临证经验丰富，对该病的认识与治疗有独到见解，本文就此整理归纳。现报道如下：

1　咽喉源性咳嗽的发展沿革

咽喉源性咳嗽最早于 1985 年由我国著名耳鼻喉专家干祖望先生提出，在中医学疾病分类中应归属于“咳嗽、喉痹”等范畴。其主要症状是咽痒作咳、连声咳，咽喉异物感及频繁清嗓动作，少痰或无痰，病程较长，可达数月或数年，咽喉部乃至肺系而无明显器质性改变[1]。其分型在当前仍无统一标准，最初在 1989 年出版的由干老主编的《中医喉科学》中仅

* 基金项目：江西省科技厅科研项目应用研究培育计划（编号：20181BBG78069）
# 通信作者：万丽玲，E-mail：example47560@qq.com