

胆和胃之功。导赤散清心而不伤阴，利水而不伤正，有清心利水、滋阴降火之功。然肝与胆、脾与胃互为表里，不论在生理还是病理方面，肝脾的关系均甚为密切，故两方合用，共奏疏肝解郁、健脾除湿、清热化痰之效。方中生地黄清热凉血，黄连走血分，泻心脾之火，清热燥湿；淡竹叶清心火，渗湿热，除胃火，导热邪，利小便；栀子清泻三焦；石膏清热泻火，配伍防风、藿香辛温芳香。而用量独以风药为重，是散火即所以泻火，深得“火郁发之”之微旨，可使脾火清泻而正气无伤，诸症得愈，非纯用苦寒清泻者可比。口腔溃疡反复发作，脾经郁热不除，往往因肝经郁热不达，故加左金丸(黄连、吴茱萸)清肝泻火。牡丹皮、金银花、蒲公英凉血清热解毒，焦三仙健脾和胃、疏肝化滞。木通清热解毒、泻火利尿，当归味甘而重，故专能补血，其气轻而辛，故又能行血。甘草调和诸药，缓急止痛。现代药理研究结果显示，淡竹叶、牡丹皮联用可改善微循环，从而促进溃疡愈合，不但加速了愈合还可防止疾病复发^[3-4]。上

述组方通过随证加减，标本兼治。

本研究结果显示，治疗组痊愈率、总有效率均高于对照组($P < 0.05$)，复发率低于对照组($P < 0.05$)，且在溃疡愈合时间及不良反应情况上也较对照组更为理想。因此笔者认为，应用中组方从病因上防治复发性口腔溃疡，不但可以改善临床症状，还可以调节微循环，增强抵抗力，是一种安全且疗效显著的方法，值得在临床上推广和应用。

[参考文献]

- [1] 李秉琦. 口腔黏膜病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 50.
- [2] 胡玲, 郑晓凤, 鄢雪辉, 等. 泻黄散合藿朴夏苓汤加减治疗湿热口疮 35 例[J]. 新中医, 2009, 41(3): 73-74.
- [3] 李文东, 李丽萍. 中西医结合治疗复发性口腔溃疡 63 例疗效观察[J]. 中国现代医生, 2008, 46(10): 95, 126.
- [4] 杨淑芳. 中医药治疗复发性口腔溃疡的体会[J]. 河北中医, 1998, 20(5): 32.

(责任编辑: 刘淑婷, 吴凌)

强肾除痹汤联合颈椎推拿术治疗神经根型颈椎病疗效观察

金国军, 曹逸

宁波市北仑区中医院, 浙江 宁波 315800

[摘要] 目的: 观察强肾除痹汤联合颈椎推拿术治疗神经根型颈椎病(CSR)的近期疗效。方法: 将90例CSR患者随机分为2组各45例。对照组采用仰卧拔伸手法结合侧卧位理筋法进行颈椎推拿治疗。治疗组加服强肾除痹汤。2组疗程均为2周。观察治疗前后临床症状和体征。结果: 经Ridit分析, 治疗组疗效优于对照组($P < 0.05$); 2组治疗后颈肩部疼痛与不适、上肢疼痛与麻木、手指麻木、工作和生活能力、手的功能、椎间孔挤压试验和颈项活动功能等指标评分均治疗前上升($P < 0.01$), 治疗后治疗组上述指标评分均高于对照组($P < 0.01$)。结论: 采用强肾除痹汤联合颈椎推拿术能明显改善CSR患者的症状、体征, 提高临床疗效, 近期疗效显著, 值得临床使用。

[关键词] 神经根型颈椎病(CSR); 推拿; 强肾除痹汤; 中医疗法

[中图分类号] R681.5+5 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2014)05-0110-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.05.043

[收稿日期] 2014-01-02

[作者简介] 金国军(1973-), 男, 主治中医师, 主要从事骨科临床工作。

神经根型颈椎病(CSR)是颈椎病中最常见的类型, 占所有颈椎病的60%, 复发率很高, 大多数患者可经保守疗法得到缓解甚至痊愈, 手术仅仅适用于极少数经过严格的长期非手术治疗无效并且有明显神经根受压者^[1]。推拿、按摩、整骨等手法是临床最为常用的保守方法, 具有安全性高、疗效确切、经济简便、可操作性强、费用较为低廉等优点。CSR主要表现为颈肩僵痛、颈椎活动受限、单侧或双侧上肢疼痛、麻木等不适, 学者认为属于五体痹范畴, 当从“筋痹”论治^[2]。笔者以强肾除痹汤配合颈椎推拿术治疗CSR取得显著疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 纳入2012年4月~2013年6月本院门诊CSR患者90例, 随机分为2组各45例。对照组男18例, 女27例; 年龄27~65岁, 平均(48.4±6.76)岁; 病程2~68月, 平均(21.5±10.6)月。观察组男20例, 女25例; 年龄25~64岁, 平均(47.7±7.15)岁; 病程3~75月, 平均(20.8±11.4)月。2组一般资料比较, 差异无显著性意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《第二届颈椎病专题座谈会纪要》^[3]中相关诊断标准制定: 具有较典型的根性症状及体征(上肢疼痛、麻木); 压颈试验或臂丛牵拉试验阳性; 影像学所见与临床表现一致; 除外颈椎外病变。

1.3 纳入标准 符合上述CSR诊断标准; 年龄18~65岁, 男女不限; 近3月内未接受过推拿治疗; 取得患者知情同意。

1.4 排除标准 症状由胸廓出口综合征、网球肘、腕管综合征、肘管综合征、肩周炎、颈背部筋膜炎、肱二头肌腱鞘炎、旋前圆肌综合症等所致者; 合并心血管、肝、肾、造血系统和内分泌系统等严重原发病, 精神病, 局部皮肤有感染或溃疡者; 妊娠或哺乳期妇女。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用仰卧拔伸手法^[4]结合侧卧位理筋法。取坐位, 先用轻柔的按、捏、拿、一指禅推等手法在颈椎两侧及肩部治疗, 使紧张痉挛的肌肉放松, 手下感觉肌肉松弛; 以中等强度力量勾揉风池、风府、阿是穴, 按揉肩井穴, 约5 min; 以中等强度力量沿项韧带及其两旁自下而上弹拨, 两手交替进行,

反复5遍; 取仰卧位, 术者立其头端, 双手重叠自第3、4颈椎下将颈部稍微托起, 与水平方向呈15°~20°角拔伸, 着力点位于棘突间, 持续时间不少于1 min, 反复5遍; 取健侧侧卧位, 以平滑弹拨法, 沿斜方肌、竖脊肌、提肩脾肌边缘, 垂直于肌腱和肌纤维走向作大面积、广泛的弹拨, 上下往返操作2~3次; 在阿是穴或后枕部、乳突部、肩脚骨内角、肩峰端的肌肉起止点处以及患椎横突旁, 垂直于肌腱和肌纤维走向作深入的、较重的勾拨法, 每处操作5~8次, 以使局部产生明显的温热感为度。

2.2 治疗组 手法治疗同对照组, 另加服强肾除痹汤, 药物组成: 杜仲、骨碎补、桑寄生、何首乌、秦艽、葛根、鸡血藤各15 g, 淫羊藿、白芷各12 g, 五加皮、桂枝、姜黄各10 g, 白芍20 g, 甘草6 g。每天1剂, 常规水煎分2次热服。

2组疗程均为2周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 症状及体征积分 采用日本田中靖久症状量表法^[5], 颈肩部疼痛与不适(0分, 常很严重; 1分, 常有或有时严重; 2分, 时有; 3分, 没有); 上肢疼痛与麻木(0分, 常很严重; 1分, 常有或有时严重; 2分, 时有; 3分, 没有); 手指麻木(0分, 常很严重; 1分, 常有或有时严重; 2分, 时有; 3分, 没有); 工作和生活能力(0分, 不能完成; 1分, 轻度障碍; 2分, 不能持续; 3分, 正常); 手的功能(0分, 有功能障碍; 1分, 仅有无力、不适而无功能障碍; 2分, 正常); 椎间孔挤压试验(0分, 既有上肢、手指疼痛, 又有颈椎运动受限; 1分, 既有上肢、手指疼痛, 又有颈椎运动受限; 2分, 有颈肩疼痛而无颈椎运动受限; 3分, 阴性); 颈项活动功能(0分, 侧屈、前屈、后仰 $< 20^\circ$, 侧转 $< 45^\circ$; 1分, 侧屈、前屈、后仰 $20^\circ \sim 29^\circ$, 侧转 $45^\circ \sim 59^\circ$; 2分, 侧屈、前屈、后仰 $30^\circ \sim 40^\circ$, 侧转 $60^\circ \sim 75^\circ$; 3分, 侧屈、前屈、后仰大于 40° , 侧转大于 75°)。

3.2 统计学方法 采用SPSS17.0统计软件进行数据处理, 计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 采用 t 检验, 等级资料采用Ridit分析, 以 $P < 0.05$ 为差异有显著性意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中医病证诊断与疗效标准》, 治愈: 颈、肩、背部疼痛或上肢麻木、疼痛、不适基本消失, 症状体征积分改善大于90%; 显效: 颈、

肩、背部疼痛或上肢麻木、疼痛、不适部分消失，无明显压痛点，症状体征积分改善大于60%，但小于90%；有效：轻度颈、肩、背部疼痛或上肢麻木、疼痛、不适，症状体征积分改善大于30%，但小于60%；无效：颈、肩、背部疼痛及上肢麻木、疼痛、无好转，症状体征积分改善不足30%。

4.2 2组疗效比较 见表1。经Ridit分析，治疗组疗效优于对照组($P < 0.05$)。

4.3 2组症状及体征积分比较 见表2。2组治疗后

颈肩部疼痛与不适、上肢疼痛与麻木、手指麻木、工作和生活能力、手的功能、椎间孔挤压试验和颈项活动功能等指标评分均较治疗前上升($P < 0.01$)，治疗后治疗组上述指标评分均高于对照组($P < 0.01$)。

表1 2组疗效比较

组别	n	治愈	显效	有效	无效
对照组	45	11	15	14	5
治疗组	45	16	20	9	0

表2 2组症状及体征积分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	颈肩部疼痛与不适	上肢疼痛与麻木	手指麻木	工作和生活能力	手的功能	椎间孔挤压试验	颈项活动功能
对照组	45	治疗前	1.05 ± 0.48	0.95 ± 0.56	1.15 ± 0.51	1.27 ± 0.65	1.02 ± 0.55	1.12 ± 0.48	0.96 ± 0.68
		治疗后	1.93 ± 0.25	2.21 ± 0.23	2.18 ± 0.35	2.16 ± 0.45	1.56 ± 0.25	2.23 ± 0.57	2.14 ± 0.53
治疗组	45	治疗前	1.03 ± 0.54	0.97 ± 0.59	1.09 ± 0.58	1.18 ± 0.54	1.08 ± 0.46	1.09 ± 0.52	1.01 ± 0.62
		治疗后	2.45 ± 0.32	2.57 ± 0.34	2.64 ± 0.40	2.37 ± 0.41	1.85 ± 0.27	2.61 ± 0.35	2.57 ± 0.38

与治疗前比较，① $P < 0.01$ ；与对照组治疗后比较，② $P < 0.01$

5 讨论

颈椎病的病因病机主要是风寒湿邪入侵，客于筋脉，注于经络，留于关节，气血失和，或因气血亏损，肝肾不足，不能濡养筋骨，或因外伤以及长期的姿势不良等导致颈部肌肉紧张痉挛，均可导致致经络阻塞，气血运行不畅，造成感觉与运动功能障碍。内、外因素的共同作用，使痰瘀互结，滞淤顶部，胶着于筋骨，使筋骨变性，致使“筋出槽”、“骨错缝”而发为本病^[6]。

推拿手法治疗CSR是中医学治疗的一大特色和优势。推拿是解除肌肉紧张、痉挛的有效方法，可直接放松肌肉，并能解除引起肌肉紧张的内在原因，达到“松筋”、“展筋”的治疗目的；拔伸整复手法可以调节椎体活动节段的对应关系，理顺肌纤维，梳理韧带，起到了纠正“筋出槽”、“骨错缝”的作用；理筋整复如旋转、端提、摇晃等方法可以使旋转错位的颈椎得以纠正，使筋顺而骨正。研究证实推拿能纠正椎间关节紊乱、减除压迫、松解局部组织的炎性粘连、解除肌肉痉挛，恢复脊柱平衡的作用。

根据CSR肝肾不足，风、寒、湿痰(瘀)痹阻经络的病机，笔者设强肾除痹汤配合推拿进行治疗，方中杜仲、骨碎补、桑寄生、淫羊藿、何首乌补肾强筋，鸡血藤活血舒筋通络，白芷化痰通络，秦艽祛风湿，舒筋络；五加皮能祛风湿，又能补肝肾，强筋骨；葛

根解肌散寒，姜黄活血止痛，白芍柔筋止痛，桂枝温经通络，甘草调和诸药。全方共奏补肾强筋、通络止痛之功。

本研究显示，采用强肾除痹汤联合颈椎推拿术治疗CSR能进一步地减轻CSR的颈肩部疼痛与不适、上肢疼痛与麻木、手指麻木等症状，提高临床疗效，与推拿起到协同作用，值得临床使用。

[参考文献]

- [1] 郭凯, 李林, 詹红生, 等. 手法治疗神经根型颈椎病临床随机对照试验的系统评价[J]. 环球中医药, 2012, 5(1): 3-5.
- [2] 叶秀兰, 李晓锋, 李军. 筋痹方治疗神经根型颈椎病150例临床观察[J]. 上海中医药杂志, 2012, 46(5): 58-60.
- [3] 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): 156-157.
- [4] 吴健康, 熊爱民, 詹红生, 等. 仰卧拔伸手法治疗神经根型颈椎病83例临床分析[J]. 上海中医药大学学报, 2008, 22(3): 42-44.
- [5] 姜宏, 施杞. 介绍一种神经根型颈椎病的疗效评定方法[J]. 中华骨科杂志, 1998, 18(6): 381.
- [6] 陈威, 陈东煜, 吴耀持, 等. 仰卧位拔伸整复手法与针刺治疗颈椎病的对比临床研究[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2007, 15(9): 23-25.

(责任编辑: 骆欢欢, 李海霞)