

- 疗效标准[A]//中华医学会第八次全国物理医学与康复学学术会议[C]. 2006: 346.
- [20] 俞光岩, 顾晓明, 蔡志刚. 周围性面瘫[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 36.
- [21] 王嘉麟, 唐娜, 王椿野, 等. 化风丹联合甲钴胺、针刺治疗风痰阻络型特发性面神经麻痹36例临床观察[J]. 中医杂志, 2019, 60(17): 1488-1492.
- [22] 张加英, 戴丽娟, 王淑兰, 等. 翳风穴穴位注射甲钴胺治疗急性期面瘫的临床观察[J]. 中国中医急症, 2019, 28(7): 1241-1243.
- [23] 傅宗浩, 陆金男. 透刺、散刺结合推拿等方法综合治疗顽固性面瘫41例[J]. 中国针灸, 2019, 39(2): 166-168.
- [24] 冯喜莲, 王景峰, 何天有. “拔河对刺、补泻兼施法”治疗顽固性周围性面瘫120例[J]. 中国针灸, 2018, 38(4): 415-416.
- [25] 蒋雨伶, 杨洁, 沈丽萍, 等. 中药熏蒸联合针灸治疗顽固性面瘫的疗效及对面神经功能的影响[J]. 上海针灸杂志, 2020, 39(8): 993-997.
- [26] 敬娜, 孙健, 莫宗权, 等. 从患肌角度探讨浮针治疗股骨头坏死的作用机制[J]. 中医药导报, 2020, 26(8): 39-40, 48.
- [27] 李桂凤, 符仲华. 浅谈浮针对疼痛医学发展的启示[J]. 中国针灸, 2014, 34(6): 591-593.
- [28] 李青融, 王子好. 三七总皂苷药理作用的研究进展[J]. 湖南中医杂志, 2017, 33(9): 216-218.
- [29] 韩淑娴, 游云. 三七总皂苷心脑血管药理作用及其溶血反应[J]. 中国中药杂志, 2016, 41(5): 818-822.
- [30] 黄家林, 田代雄. 三七总皂苷抗炎免疫药理研究进展[J]. 中华中医药杂志, 2016, 31(11): 4657-4660.
- [31] 张赛, 杜庆红, 李卫红, 等. 三七总皂苷对拟缺血脑微血管内皮细胞RIG-I表达的影响[J]. 世界中医药, 2016, 11(4): 699-702.

【责任编辑：宋威】

低头摇正法联合桂枝加葛根汤治疗神经根型颈椎病的临床研究

黄颖姿¹, 欧志文¹, 毛志涛¹, 苏美意², 卢桂梅² (指导: 范德辉^{1,2})

(1. 广州中医药大学第五临床医学院, 广东广州 510405; 2. 广东省第二中医院, 广东广州 510095)

摘要:【目的】探讨龙氏治脊疗法之低头摇正法治疗神经根型颈椎病(CSR)的临床疗效。【方法】将60例CSR患者随机分为治疗组和对照组, 每组各30例。对照组给予传统推拿手法治疗, 治疗组给予龙氏治脊疗法之低头摇正法治疗, 在此基础上, 2组患者均给予桂枝加葛根汤加减治疗, 10 d为1个疗程, 共治疗2个疗程。观察2组患者治疗前后颈痛视觉模拟量表(VAS)评分、颈椎功能障碍指数(NDI)和田中靖久颈椎病症状量表(TTYS)评分的变化情况, 并评价2组患者的临床疗效和安全性。【结果】(1)经2个疗程治疗后, 治疗组的总有效率为96.7%(29/30), 对照组为80.0%(24/30), 组间比较, 治疗组的疗效明显优于对照组($P < 0.05$)。(2)治疗后, 2组患者的VAS评分和NDI指数均较治疗前明显下降($P < 0.01$), 且治疗组对VAS评分和NDI指数的降低作用均明显优于对照组($P < 0.01$)。(3)治疗后, 2组患者TTYS的症状评分、体征评分、工作和生活能力评分、手的功能评分及总分均较治疗前明显升高($P < 0.01$), 且治疗组的升高作用均明显优于对照组($P < 0.01$)。(4)治疗过程中, 2组患者均未出现疼痛加重、骨折等不良反应。【结论】对于神经根型颈椎病患者, 采用低头摇正法联合桂枝加葛根汤或常规推拿手法联合桂枝加葛根汤治疗, 均能缓解颈部疼痛, 增大颈椎活动度的灵活性, 促进颈椎功能的恢复, 但低头摇正法联合桂枝加葛根汤治疗的总体疗效更为显著。

关键词: 龙氏治脊疗法; 低头摇正法; 桂枝加葛根汤; 神经根型颈椎病; 临床疗效观察

中图分类号: R244.13

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213(2021)10-2179-06

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtcm.2021.10.023

收稿日期: 2020-12-23

作者简介: 黄颖姿(1995-), 女, 在读硕士研究生; E-mail: 674954769@qq.com

通讯作者: 范德辉(1969-), 男, 硕士, 教授, 主任中医师, 博士研究生导师; E-mail: 1317073040@qq.com

基金项目: 范德辉广东省名中医传承工作室建设项目(粤中医办函[2018]134号); 卢桂梅全国名老中医药传承工作室建设项目(国中医药人教函[2018]134号)

Clinical Study of Head-Lowering Chiropractic Therapy Combined with *Guizhi* and *Gegen* Decoction in the Treatment of Cervical Spondylotic Radiculopathy

HUANG Ying-Zi¹, OU Zhi-Wen¹, MAO Zhi-Tao¹, SU Mei-Yi²,
LU Gui-Mei² (Advisor: FAN De-Hui^{1,2})

(1. The Fifth Clinical Medical School of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou 510405 Guangdong, China;

2. Guangdong Second Traditional Chinese Medicine Hospital, Guangzhou 510095 Guangdong, China)

Abstract: Objective To investigate the clinical effect of Long's head-lowering chiropractic therapy combined with *Guizhi* and *Gegen* Decoction in the treatment of cervical spondylotic radiculopathy (CSR). **Methods** Sixty patients with CSR were randomly divided into treatment group and control group, 30 patients in each group. The treatment group was treated with head-lowering chiropractic therapy, the control group was treated with traditional massage therapy, and then the patients in both groups were treated with modified *Guizhi* and *Gegen* Decoction. Ten days constituted one courses of treatment and the treatment lasted 2 courses. The changes of visual analogue scale (VAS) scores, neck dysfunction index (NDI) and the total Tanaka Yasuhisa 20-Score Scale (TTYs) scores for cervical spondylopathy in the two groups were observed before and after treatment, and the clinical efficacy and safety of two groups were evaluated after treatment. **Results** (1) After 2 courses of treatment, the total effective rate of the treatment group was 96.7% (29/30), and that of the control group was 80.0% (24/30). The intergroup comparison showed that the curative effect of the treatment group was superior to that of the control group ($P < 0.05$). (2) After treatment, the VAS scores and NDI in the two groups were significantly decreased compared with those before treatment ($P < 0.01$), and the effect on decreasing VAS scores and NDI in the treatment group was significantly superior to that in the control group ($P < 0.01$). (3) After treatment, the symptom scores, sign scores, scores of working and ability of daily life, hand function score and overall TTYs scores in the two groups were significantly improved in comparison with those before treatment ($P < 0.01$), and the effect on increasing the scores in the treatment group was significantly superior to that in the control group ($P < 0.01$). (4) During the treatment, no adverse reaction such as aggravation of pain and fracture occurred in the two groups. **Conclusion** For the treatment of cervical spondylotic radiculopathy (CSR), both head-lowering chiropractic therapy combined with *Guizhi* and *Gegen* Decoction and conventional massage manipulation combined with *Guizhi* and *Gegen* Decoction are effective on relieving neck pain, increasing the range of motion of cervical vertebrate, and promoting the recovery of cervical vertebrate function for patients with CSR. However, the head-lowering chiropractic therapy combined with *Guizhi* and *Gegen* Decoction has performed a more significant therapeutic effect. **Keywords:** Long's chiropractic therapy; head-lowering chiropractic therapy; *Guizhi* and *Gegen* Decoction; cervical spondylotic radiculopathy(CSR); clinical efficacy observation

颈椎病是指椎间盘退变及其继发性改变刺激或压迫颈部神经、脊髓、血管等邻近组织,引起各种症状和体征的一组症候群^[1]。神经根型颈椎病(cervical spondylotic radiculopathy, CSR)是其中发病率最高、临床最为多见的类型。据统计,CSR大约占颈椎病患者患者的60%~70%,主要表现为与脊神经根分布区相一致的感觉、运动障碍及反射变化^[2]。近年来,由于生活和工作方式的改变,CSR

的发病率不断上升,且有低龄化趋势。目前,西医主要使用药物治疗、局部封闭治疗和手术等方法治疗CSR。但手术治疗有一定的风险,保守治疗如西药治疗和局部封闭治疗的疗效较短,病情易反复^[3]。相关研究指出,治疗若从颈椎病发病机制出发直接作用于颈部病变部位,纠正颈椎异常位置,可恢复颈椎内外平衡,改善CSR的症状^[4-5]。因此,本研究拟探讨龙氏治脊疗法之低头摇正法

治疗CSR的临床疗效,现将研究结果报道如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象及分组 选取2020年9月至2020年12月在广东省第二中医院针灸康复科门诊及住院部就诊并明确诊断为CSR的患者,共60例。根据就诊先后顺序,采用随机数字表将患者随机分为治疗组和对照组,每组各30例。

1.2 诊断标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[6]以及《肌肉骨骼康复学》^[7]中关于CSR的诊断标准拟定。(1)症状:①颈部旋转或后伸活动受限;②颈肩部疼痛或上肢、手指麻木及放射性疼痛或麻木,伴或不伴患肢肌力、感觉减弱。(2)体征:①患者颈椎棘突、关节突、横突旁有压痛点,其范围与颈神经支配的区域相一致;②Spurling试验、臂丛神经牵拉试验等阳性。(3)辅助检查:颈椎X片、核磁共振成像(MRI)等影像学检查提示存在与临床表现基本相符的颈椎病病变征象。

1.3 纳入标准 ①符合上述CSR诊断标准;②属于C2-C6颈椎后关节旋转式错位的CSR;③观察期间没有使用其他治疗方法;④年龄介于22~65岁;⑤意识清楚,能配合治疗;⑥自愿参加本研究并签署知情同意书的患者。

1.4 排除标准 ①存在意识障碍,不能配合治疗的患者;②患有先天性疾病,或存在严重的肝肾功能障碍和造血功能障碍的患者;③患有脑部肿瘤、颈椎肿瘤、骨结核、颈椎骨折或脱位等,不宜行推拿治疗的患者;④患有皮肤过敏、皮疹等皮肤病,不适合行推拿治疗的患者;⑤年龄<22岁或>65岁的患者;⑥妊娠期或哺乳期妇女;⑦依从性差,不能配合龙氏治脊疗法、推拿和中药内服治疗的患者。

1.5 治疗方法

1.5.1 对照组 给予传统推拿手法治疗,具体参考马勇主编的《中医筋伤学》^[8]治疗颈椎病的操作手法。①舒筋法:术者位于患者后方,用双手掌根部沿斜方肌、背阔肌、骶棘肌的纤维方向,分别向项外侧沟及背部梳理肌肉;②提拿法:用双手或单手提拿颈后、颈两侧及肩部的肌肉;③点穴拨筋法:用拇、中指点按天宗、合谷、曲池以及阿是穴,拨腋下的臂丛神经、桡神经、尺神经,以麻传至手指端为主,从外向内拨动背部脊

柱两侧的骶棘肌;④端提运摇法:双手置于颈项部,用力向上提颈,并慢慢用力使头部向左右两侧旋转各30°~40°;⑤拍打法:最后用手掌拍打项背部和肩胛部,力度以患者能耐受为度。治疗时长共20~30 min。每天治疗1次,10次为1个疗程,疗程间休息2 d,共治疗2个疗程。

1.5.2 治疗组 给予龙氏治脊疗法之低头摇正法^[9]治疗,具体操作程序分为放松手法、正骨手法(低头摇正法)、强壮手法和痛区手法4步进行。第一步:放松手法。术者用揉捏法、掌揉或拇指揉法沿椎旁以线或片交替作用于以患椎为中心的上下6个椎间以内的软组织。第二步:低头摇正法。患者侧卧,去枕低头,中段颈椎前屈20°,下端颈椎前屈30°,术者一手轻托患者后颈部,拇指按在错位横突,关节突隆起下方作为“定点”,另一手托其面颊部作为“动点”,以枕部作为支点,将头转至最大角度时,托面颊的手用有限度的“闪动力”,在按压“定点”的同时加以阻力,使关节复位。第三步:强壮手法。弹拨、点按或拿捏正骨后患椎旁仍存在的条索状、结节状的软组织硬结,如果是处于深部的软组织可用拍打法。第四步:痛区手法。主要采用传统推拿手法,根据病症选用不同的结束手法,包括抚摩、叩打等镇静手法或弹拨、重力点穴等兴奋手法。根据病情适当选用以上某种或某几种手法治疗,不强调四步手法全用。治疗时长共20~30 min。每天治疗1次,10次为1个疗程,疗程间休息2 d,共治疗2个疗程。

1.5.3 药物治疗 2组患者在行龙氏低头摇正法或传统推拿手法后均给予桂枝加葛根汤加减^[10]治疗。方药组成:桂枝6 g,生姜9 g,甘草6 g,葛根15 g,白芍9 g,大枣3枚。气滞血瘀者,加鸡血藤20 g、川芎9 g;气虚者,加黄芪20 g;湿邪偏胜者,加羌活10 g、薏苡仁30 g;肝肾不足者,加牛膝10 g、桑寄生10 g。每天1剂,常规煎取250 mL,分早晚2次服用。10 d为1个疗程,疗程间休息2 d,共治疗2个疗程。

1.6 观察指标和疗效判定标准

1.6.1 疼痛程度评估 采用视觉模拟量表(VAS)评分法^[11]评定2组患者治疗前后的颈部疼痛程度,总分为0~10分,患者根据自身疼痛情况选对应的数字描述。具体评分标准:0分:无疼痛;3分以

下：轻微的疼痛，可忍受；4~6分：疼痛并且影响睡眠，尚能忍受；7~10分：强烈的疼痛，不能忍受，影响食欲、睡眠。分数越高，表示疼痛程度越高。

1.6.2 颈椎功能评估 采用颈椎功能障碍指数(NDI)^[12]评定2组患者治疗前后的颈椎功能受损情况，分别对颈部疼痛强度、个人护理、提起重物、阅读、头痛、集中注意力、工作、睡觉、驾驶和娱乐等10个方面进行评分。每个项目分值为0~5分，总分为0~50分，分数越高，表示功能障碍程度越重。颈椎功能障碍指数(%)=[总分/(受试对象完成的项目数×5)]×100%。其中，0~20%为轻度功能障碍；21%~40%为中度功能障碍；41%~60%为重度功能障碍；61%~80%为颈椎极重度功能障碍；81%~100%为颈椎完全功能障碍。但要注意详细检查患者，以防夸大症状。

1.6.3 颈椎症状评估 采用田中靖久颈椎症状量表(TTYS)^[13]评定2组患者治疗前后的颈椎症状情况。该量表采用20分法评分，包括症状9分(颈肩部疼痛、上肢疼痛伴或不伴麻木、手指疼痛伴或不伴麻木)，工作和生活能力3分，体征8分(Spurling试验、感觉、肌力、腱反射)，手的功能0~-2分。分数越高，表示颈椎症状改善越好。

1.6.4 疗效判定标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[6]中的疗效标准对2组患者的治疗效果进行评价。临床痊愈：临床症状、体征消失，颈肩部活动度、肢体功能恢复正常，NDI减分率≥95%；显效：临床症状、体征明显好转，颈部、肢体活动明显改善，70%≤NDI减分率<95%；有效：临床症状、体征有所减轻，颈部、肢体活动有所缓解，30%≤NDI减分率<70%；无效：临床症状、体征无明显改善，颈部、肢体活动无明显缓解，NDI减分率<30%。NDI减分率(%)=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%；总有效率=(临床痊愈例数+显效例数+有效例数)/总病例数×100%。

1.6.5 安全性评价 观察2组患者治疗期间的不良反应发生情况，以评价2种治疗方案的安全性。

1.7 统计方法 应用SPSS 22.0统计软件进行数据的统计分析。计量资料用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示，组内治疗前后比较采用配对 t 检验，组间比较采用两独立样本 t 检验；计数资料用率或构成比表

示，组间比较采用卡方检验；以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者基线资料比较 对照组30例患者中，男14例，女16例；年龄25~65岁，平均(39.97±11.99)岁；病程1~11个月，平均(5.60±2.43)个月。治疗组30例患者中，男15例，女15例；年龄25~61岁，平均(40.60±11.41)岁；病程1~10个月，平均(5.00±2.54)个月。2组患者的性别、年龄、病程等基线资料比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)，具有可比性。

2.2 2组患者治疗前后VAS评分和NDI指数比较 表1结果显示：治疗前，2组患者的VAS评分和NDI指数比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)，具有可比性。治疗后，2组患者的VAS评分和NDI指数均较治疗前明显下降($P < 0.01$)，且治疗组对VAS评分和NDI指数的降低作用均明显优于对照组，差异均有统计学意义($P < 0.01$)。说明两种方法均可减轻颈部疼痛，改善颈椎功能障碍程度，但龙氏治脊手法之低头摇正法联合桂枝加葛根汤效果更佳。

表1 2组神经根型颈椎病(CSR)患者治疗前后VAS评分和NDI指数比较

Table 1 Comparison of VAS scores and NDI between the two groups of patients with CSR before and after treatment ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数(例)	时间	VAS评分(分)	NDI指数(%)
对照组	30	治疗前	6.50±0.94	51.53±7.86
	30	治疗后	3.93±1.74 ^①	13.87±13.48 ^①
治疗组	30	治疗前	6.53±0.73	54.47±6.12
	30	治疗后	1.80±1.13 ^②	3.73±6.82 ^②

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

2.3 2组患者治疗前后TTYS评分比较 表2结果显示：治疗前，2组患者TTYS的症状评分、体征评分、工作和生活能力评分、手的功能评分及总分比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)，具有可比性。治疗后，2组患者TTYS的症状评分、体征评分、工作和生活能力评分、手的功能评分及总分均较治疗前明显升高($P < 0.01$)，且治疗组的升高作用均明显优于对照组，差异均有统计学意义

表 2 2 组神经根型颈椎病 (CSR) 患者治疗前后 TTYs 评分比较

Table 2 Comparison of TTYs scores between the two groups of patients with CSR before and after treatment ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数(例)	时间	症状	体征	工作和生活能力	手的功能	总分
对照组	30	治疗前	2.87 ± 0.97	3.60 ± 1.13	1.53 ± 0.63	-1.30 ± 0.47	7.90 ± 1.63
	30	治疗后	6.10 ± 0.76 ^①	5.93 ± 0.91 ^①	2.00 ± 0.37 ^①	-0.93 ± 0.25 ^①	15.17 ± 0.83 ^①
治疗组	30	治疗前	3.00 ± 1.26	3.50 ± 0.94	1.57 ± 0.68	-1.33 ± 0.48	8.27 ± 1.46
	30	治疗后	7.83 ± 0.83 ^①	6.80 ± 0.76 ^{①②}	2.60 ± 0.50 ^{①②}	-0.27 ± 0.45 ^{①②}	17.40 ± 1.04 ^{①②}

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

($P < 0.01$)。说明两种方法均可改善颈椎症状, 但龙氏治脊手法之低头摇正法联合桂枝加葛根汤效果更佳。

2.4 2 组患者临床疗效比较 表 3 结果显示: 经 2 个疗程治疗后, 治疗组的总有效率为 96.7%(29/30),

对照组为 80.0%(24/30), 组间比较, 治疗组的疗效明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.5 不良反应情况 治疗过程中, 2 组患者均未出现疼痛加重、骨折等不良反应, 表明两种治疗方案均具有较高的安全性。

表 3 2 组神经根型颈椎病 (CSR) 患者临床疗效比较

Table 3 Comparison of clinical efficacy between the two groups of patients with CSR

[例(%)]

组别	例数(例)	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	30	7(23.3)	14(46.7)	3(10.0)	6(20.0)	24(80.0)
治疗组	30	22(73.3)	7(23.3)	0(0.0)	1(3.3)	29(96.7) ^①

① $P < 0.05$, 与对照组比较

3 讨论

神经根型颈椎病(CSR)是一种临床表现为颈肩部疼痛、上肢放射性疼痛或麻木, 伴或不伴患肢肌力、感觉减弱的颈椎病, 晚期可引起肌肉萎缩、四肢功能障碍, 极大地影响着人们的生活和工作。从解剖学角度来看, 颈椎间盘退行性变及由此继发的椎间关节退变是发病的基础, 不良的工作姿势、不当的锻炼、头颈部的外伤等外因诱发使得骨赘、突出的椎间盘、增生的关节刺激或压迫神经根, 从而产生相应的临床症状和体征。西医现阶段还未有治疗 CSR 的特效药物, 镇痛剂和封闭疗法能够暂时缓解症状, 但无法改变解剖结构的异常, 停止治疗后的复发机会较大。手术治疗虽可在根本上缓解局部的压迫, 但其作为外科手术有一定的操作风险, 患者的接受程度不高^[4]。

中医学认为, CSR 多属“痹证”“痿证”“颈肩痛”等范畴, 其病因主要有脏腑虚弱、外邪侵袭、跌扑和劳损等。《素问·至真要大论》曰:“阴痹者, 腰脊头项痛, 时眩……病本于肾”, 指出肾气不足, 肾精亏虚, 骨髓失养, 可导致颈椎间盘

发生退行性变。《诸病源候论》曰:“体虚弱, 若中风寒, 随邪所中之筋则挛急, 不能屈伸。”其对外邪侵袭的病因进行了明确的描述。《张氏医通》云:“肾气不循故道, 气逆挟脊而上, 致肩背痛……或观书对弈久坐致脊背痛。”描述了久坐可致经气不通, 气血瘀滞, 筋骨劳损。《医宗金鉴·正骨心法要旨》云:“因跌、仆、闪、失, 以致骨缝开错, 气血郁滞, 为肿为痛”, 指出跌扑外伤引起筋骨错缝也可致 CSR。目前, 中医治疗主要采取针灸、推拿、中药等方式, 通调气血营卫和脏腑功能, 但未能形成系统的、优化的治疗方案, 研究结论均存在一定的局限性^[5]。

桂枝加葛根汤加减的基础方来自于张仲景的《伤寒论》:“太阳病, 项背强几几……桂枝加葛根汤主之。”足太阳膀胱经从头走项背, 过腰膝、大腿外侧至小趾, 当受到外邪入侵时, 太阳经所过之处首当其冲, 经脉不通, 气血阻滞, 筋脉失养, 则项背强急, 故颈肩部疼痛可从太阳经病来考虑使用方药^[6]。基础方由桂枝、生姜、甘草、葛根、白芍、大枣组成。桂枝解肌和营、温通经脉, 生姜解表散寒, 葛根合桂枝共行解肌之功,

通经活络,白芍、甘草缓急止痛,濡养筋脉,大枣益气养血。诸药合用,共行活血化瘀、祛湿止痛、发表解肌的功效。此外,鸡血藤、川芎舒筋活血、行气止痛,黄芪补气养血、行气通痹,羌活、薏苡仁祛湿止痛除痹,牛膝、桑寄生祛风湿、强筋骨、补益肝肾。

龙氏治脊疗法是将中医学的伤科正骨、筋伤学、针灸推拿学与生物力学、生理解剖学相结合,创制而成的一套治疗椎间盘突出、脊椎关节错位、软组织损伤、关节滑膜嵌顿等解剖结构位置异常的手法。其强调“三步定位”诊断方法,即神经症状定位诊断、触诊定位诊断、影像学定位诊断,辨别出病变椎体位置及错位方式,通过发挥其“稳、准、轻、巧、安全有效”的特点,可达到“筋归槽、骨合缝、气血和”的治疗目标^[17-18]。低头摇正法是龙氏手法中治疗颈椎关节错位的常用手法之一,通过纠正颈椎关节错位,缓解肌肉痉挛,松解组织粘连,调整神经根与其周围组织的关系,使颈椎恢复生物力学平衡,最终达到解除神经受压而引起的一系列症状和体征,使患者的颈椎功能得以恢复。

本研究结果显示,龙氏治脊疗法之低头摇正法结合桂枝加葛根汤治疗CSR的总有效率达96.7%,明显优于传统推拿结合桂枝加葛根汤组的80.0%,且其对VAS、TTSYS评分和NDI指数的改善程度更优。由此可见,对于CSR患者而言,此两种治疗方法均具有较好疗效,而龙氏手法之低头摇正法结合桂枝加葛根汤是一种更优化的治疗方案,这得益于其严谨的三步定位诊断法,通过对具体错位方式的判断并采取对应的手法治疗,从根本上解决神经压迫刺激状态,从而达到理想的治疗效果,值得临床推广应用。

参考文献:

[1] 王和鸣,黄桂成.中医骨伤科学[M].北京:中国中医药出版社,2012:279.

- [2] 胥少汀,葛宝丰,卢世璧.实用骨科学下[M].4版.郑州:河南科学技术出版社,2019:1971-1986.
- [3] 欧国峰,董博,刘继华,等.神经根型颈椎病中西医的治疗进展[J].现代中西医结合杂志,2017,26(7):791-793.
- [4] 范德辉,刘刚,王廷臣,等.腹针结合龙氏正骨手法治疗神经根型颈椎病近远期疗效观察[J].中国针灸,2010,30(11):909-912.
- [5] 陈博来,林定坤,孔畅,等.神经根型颈椎病中医临床路径的建立和初步评价[J].广州中医药大学学报,2011,28(2):120-123.
- [6] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[S].北京:中国医药科技出版社,2002:346-349.
- [7] 岳寿伟.肌肉骨骼康复学[M].北京:人民卫生出版社,2018.
- [8] 马勇.中医筋伤学[M].北京:人民卫生出版社,2012:66-72.
- [9] 范德辉.龙氏治脊疗法[M].广州:广东科技出版社,2019.
- [10] 孙玮琦,吕永飞.桂枝葛根汤联合针灸治疗神经根型颈椎病临床疗效观察[J].实用中西医结合临床,2020,20(2):74-75.
- [11] MELZACK R. The short-form McGill pain questionnaire [J]. Pain, 1987, 30(2): 191-197.
- [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] 田中靖久,国分正一,佐藤哲郎,等.颈部神经根症に対する保存的治療の成績とその予測[J].整外,1997(40):167-174.
- [14] 李建全,曹向阳,宋永伟.保守治疗神经根型颈椎病的研究现状[J].中国医药导刊,2020,22(9):607-609.
- [15] 伊智雄.实用中医脊柱病学[M].北京:人民卫生出版社,2002.
- [16] 戎毅,马勇,郭杨,等.从“项背强几几”探讨葛根汤及桂枝加葛根汤在颈肩疾病中的应用[J].湖北中医杂志,2020,42(8):48-50.
- [17] 段俊峰,龙层花.脊椎相关疾病的研究与龙氏治脊疗法[A]//中国康复医学会颈椎病专业委员会第十二次学术年会暨颈椎病国际学术交流会议资料汇编[C].北京:中国康复医学会颈椎病专业委员会,2013.
- [18] 龙层花.脊柱病因治疗学[M].北京:世界图书出版公司,2012.

【责任编辑:陈建宏】