

“肌骨同治”学术思想指导神经根型颈椎病治疗的临床观察

陈伟健¹, 陈泽华¹, 许学猛^{1,2}, 杜建平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】观察“肌骨同治”学术思想指导治疗肝肾不足型神经根型颈椎病的临床疗效。【方法】将68例肝肾不足型神经根型颈椎病患者随机分为观察组和对照组, 每组各34例。观察组给予“肌骨同治”学术思想指导下行“三位动正”整脊手法、小针刀疗法、功能锻炼和口服补肾强筋胶囊治疗, 对照组给予小针刀疗法联合口服塞来昔布胶囊治疗, 疗程为6周。分别于治疗前和治疗6周后用MyotonPRO手持便携肌肉性能测量仪测量2组患者的胸锁乳突肌及上斜方肌的肌肉张力和硬度, 并观察2组患者治疗前后疼痛视觉模拟量表(VAS)评分、Northwick Park 颈痛量表(NPQ)评分的变化情况。【结果】(1)治疗6周后, 2组患者的VAS评分和NPQ评分均较治疗前明显降低($P < 0.01$), 且观察组对VAS评分和NPQ评分的降低作用均明显优于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.01$)。 (2)治疗6周后, 观察组的胸锁乳突肌及上斜方肌的张力和硬度均较治疗前降低($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$), 而对照组的胸锁乳突肌及上斜方肌的张力和硬度治疗前后比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$); 组间比较, 观察组对胸锁乳突肌及上斜方肌的张力和硬度的降低作用均明显优于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.01$)。【结论】“肌骨同治”学术思想指导治疗肝肾不足型神经根型颈椎病临床疗效确切; “肌骨同治”学术思想对全面认识和诊治神经根型颈椎病具有较高理论指导及临床应用价值。

关键词: 肌骨同治; 神经根型颈椎病; 肝肾不足型; 整脊手法; 小针刀疗法; 补肾强筋胶囊

中图分类号: R274.9; R681.5*5

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213(2021)11-2353-07

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbcm.2021.11.010

Clinical Observation on the Treatment of Cervical Spondylotic Radiculopathy Guided by the Academic Thought of Musculoskeletal Co-treatment

CHEN Wei-Jian¹, CHEN Ze-Hua¹, XU Xue-Meng^{1,2}, DU Jian-Ping²

(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 observe the clinical effect of comprehensive therapy guided by the academic thought of musculoskeletal co-treatment in treating cervical spondylotic radiculopathy with liver and kidney insufficiency syndrome. **Methods** Sixty-eight patients of cervical spondylotic radiculopathy with liver and kidney insufficiency syndrome were randomly divided into observation group and control group, 34 cases in each group. The observation group was treated with the three-pronged movement chiropractic manipulations, acupotomy, functional exercises and oral use of *Bushen Qiangjin* Capsules under the guidance of academic thought of musculoskeletal co-treatment, while the control group was treated with acupotomy combined with oral use of Celecoxib Capsules. The course of treatment for the two groups lasted 6 weeks. The muscle tension and hardness of sternocleidomastoid muscle and superior trapezius muscle were measured by MyotonPRO portable instrument for measuring muscle performance before treatment and after 6 weeks of treatment. The visual analogue scale (VAS) pain scores and Northwick Park Questionnaire (NPQ) scores for neck pain were observed before and after treatment. **Results** (1) After 6 weeks of treatment, the VAS scores and NPQ scores of the two groups were significantly lower than those before treatment ($P < 0.01$), and the effect on decreasing the VAS scores and NPQ scores in the observation

收稿日期: 2021-03-22

作者简介: 陈伟健(1994-), 男, 硕士研究生; E-mail: bandone11@126.com

通讯作者: 许学猛, 男, 教授, 主任中医师, 博士研究生导师; E-mail: xuxuemeng@163.com

基金项目: 广东省科技计划项目(编号: 2021B1111610007); 广东省软科学研究计划项目(编号: 2018B020207009); 广东省自然科学基金项目(编号: 2021A1515011545)

group was significantly superior to that in the control group, the difference being statistically significant ($P < 0.01$). (2) After 6 weeks of treatment, the tension and hardness of sternocleidomastoid muscle and superior trapezius muscle in the observation group were decreased compared with those before treatment ($P < 0.05$ or $P < 0.01$), while there was no statistical significance in the control group before and after treatment ($P > 0.05$). The intergroup comparison showed that the effect on decreasing tension and hardness of the sternocleidomastoid muscle and superior trapezius muscle in the observation group was significantly superior to that in the control group, the difference being statistically significant ($P < 0.01$). **Conclusion** Certain clinical effect can be achieved in the treatment of cervical spondylotic radiculopathy with liver and kidney insufficiency syndrome guided by the academic thought of musculoskeletal co-treatment. The academic thought of musculoskeletal co-treatment has high value of theoretical guidance and clinical application for the comprehensive understanding and diagnosis and treatment of cervical spondylotic radiculopathy.

Keywords: musculoskeletal co-treatment; cervical spondylotic radiculopathy; liver and kidney insufficiency syndrome; chiropractic manipulations; acupotomy; *Bushen Qiangjin* Capsules

神经根型颈椎病(cervical spondylotic radiculopathy, CSR)是颈椎病中最常见的一种类型,约占颈椎病发病率的65%^[1],患者临床常表现为肩颈部疼痛不适,上肢麻木、僵硬、疼痛,且出现根性痛的部位一般与脊神经所支配的区域一致^[2]。随着病程进展,患者的肩颈部及上肢活动受限加重,严重者可导致肌肉萎缩,对患者的身心健康造成了极大影响^[3]。目前神经根型颈椎病多以保守疗法为主,许学猛教授认为神经根型颈椎病的诊治,不能单纯以病变椎体为出发点,更应该重视患部周边肌肉组织的变化,提出了“肌骨同治”的学术思想,即应整体把握骨、筋、肉三者 in 颈椎病发生和发展中的相互影响关系,做到防治并重。

许学猛教授是国家二级教授、国务院特殊津贴专家、广东省名中医、广州中医药大学博士研究生导师、“邓铁涛中医学奖”获得者、国家级重点专科中医骨伤科学学术带头人、“肌骨同治”学术流派代表性传承领军人物,从事骨科疾病临床、科研、教学30余年,学验俱丰,其“肌骨同治”疗法已入选广州市非物质文化遗产名录。现将许学猛教授“肌骨同治”学术思想在诊治神经根型颈椎病中的临床应用进行归纳总结,以飨同道。

1 对象与方法

1.1 研究对象及分组 收集2019年12月至2020年11月在广东省第二中医院骨科门诊就诊的肝肾不

足型神经根型颈椎病患者,共68例。采用随机数字表将患者随机分为观察组和对照组,每组各34例。本研究经广东省第二中医院伦理委员会审议通过,且所有参与者在研究开始前均自愿签署知情同意书,并可随时退出研究。

1.2 病例选择标准

1.2.1 诊断标准 西医诊断标准:参照中国康复医学会颁布的《颈椎病诊治与康复指南》(2010年版)中的神经根型颈椎病诊断标准:①具有根性分布的症状(麻木、疼痛)和体征;②椎间孔挤压试验或/和臂丛牵拉试验阳性;③影像学检查所见与临床表现基本相符合。中医辨证标准:参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[4]的辨证标准,中医证型为肝肾不足型。

1.2.2 纳入标准 ①符合神经根型颈椎病的诊断标准;②符合中医肝肾不足型的辨证标准;③25岁≤年龄≤75岁,出现神经根性症状3个月或更久;④近1个月未接受肩颈痛的针刺、推拿、小针刀、牵引治疗;⑤依从性好,能理解和配合治疗;⑥自愿参加本研究并签署知情同意书的患者。

1.2.3 排除标准 ①有颈部外伤史的患者;②有先天性肌肉、骨关节疾病,如先天性斜颈、先天性肌无力等的患者;③有颈部骨折或手术史的患者;④有中风病史的患者;⑤颈椎外病变(如胸廓出口综合征、网球肘、腕管综合征、肘管综合征、肩周炎、肱二头肌长头腱鞘炎等)所致的上肢麻木、疼痛、乏力患者。

1.3 治疗方法

1.3.1 观察组 给予“肌骨同治”学术思想指导下行“三位动正”整脊手法、小针刀疗法、功能锻炼和口服补肾强筋胶囊治疗。(1)“三位动正”整脊手法。①坐位前屈旋扳改善肢体症状(以右侧为例)手法:医者站立于患者背后,让患者自然低头,双肩及上肢下垂放松,医者用左手张开虎口置于患者颈部并以拇指触压患椎,以此为定点固定,用右上肢屈肘托住患者的下颌部,同时下肢半屈蹲,让胸口顶住患者头顶部,先行引导患者低头屈曲左右旋转以测定受力点(上颈椎以略后伸位,颈4、5节约屈曲45°,颈6、7节约屈曲60°)。锁定好位置角度后实施整脊手法:将患者头颈部由左往右屈曲旋转至极限时轻轻用力往患者右眼方向旋拉(注意医者左手和胸口处必须顶住患者相应部位),即可定点整脊。左侧症状者,相反动作施之。②卧位下颈椎旋扳改善左侧颈椎不适手法:患者俯卧于治疗床上,双肩放松,低头脸部自然置于枕头上,双臂自然下垂于治疗床两侧;医者站立于治疗床的床头,左手掌按压在患者左侧颈部,右手按压在患者右侧头部,朝患者左边用力旋推按压。右侧症状者,相反动作施之。③卧位上颈椎旋扳改善左侧颈椎不适手法:患者俯卧于治疗床,头面部略后伸置于枕头上,双肩放松,双臂自然下垂于治疗床两侧,医者站立于治疗床的床头,左手拇指按压患者颈椎触及颈椎凸起后用手固定,右手置于患者右侧头部,引导患者头部左右旋转测定受力的角度,锁定好位置角度后,将患者头部由右往左旋转到耐受极限时轻轻用力按压。右侧症状者,相反动作施之。以上各手法每周施行1次。(2)针刀治疗:触按患者的颈部椎旁肌、肩部及肩胛内侧的肌肉,找寻条索、结节状劳损点或痛点,常规消毒后于定点处垂直皮肤而平行身体纵轴插入小针刀;待穿透皮肤后再旋转,使针刀垂直于韧带纤维方向,切开松解触摸有结节感、酸痛感的反应点,随后出针,针口贴上止血贴。(3)指导患者功能锻炼。①弓步站立拍掌:患者双脚前后弓步站立,躯干正向前方,头上抬45°,目视前上方,两手臂高举起来,于头正上方拍掌,随后放松放下,顺势摆到身后下方拍掌。如此反复拍掌200次,每天重复5次。②顶墙站立:患者双脚并拢,面向一面墙,站离墙15~20 cm远,以额头顶着墙,头、颈、躯

干、腿成一直线,略倾斜站立,注意脚跟不离地。每次站立5 min,每日3次。③小燕飞:在床上或平整地板上,取俯卧位,脸部朝下,双臂以肩关节为支撑点,轻轻抬起,手臂向上的同时轻轻抬头,双肩向后向上收起,同时双下肢伸直轻轻抬起,腰底部肌肉收缩,尽量让肋骨和腹部支撑身体,持续15 s;然后放松复原,休息15 s后再做。每次20个,每日3~5次。(4)药物治疗:补肾强筋胶囊(本院制剂,由骨碎补、熟地黄、杜仲、补骨脂、血竭、全蝎等药物组成,具有补肝肾、强筋骨的功效;批准文号:粤药制字Z20071352;规格:0.45 g),口服,每次2粒,每日3次。

1.3.2 对照组 给予小针刀疗法联合口服塞来昔布胶囊治疗。(1)小针刀治疗:触按患者的颈部椎旁肌、肩部及肩胛内侧的肌肉,找寻条索、结节状劳损点或痛点,常规消毒后于定点处垂直皮肤而平行身体纵轴插入小针刀,待穿透皮肤后再旋转,使针刀垂直于韧带纤维方向,切开松解触摸有结节感、酸痛感的反应点,随后出针,针口贴上止血贴。(2)药物治疗:塞来昔布胶囊(辉瑞制药有限公司生产,批准文号:国药准字J20140072;规格:0.2 g),口服,每次1粒,每日1次。

1.3.3 疗程 2组患者均给予治疗6周后评价疗效。

1.4 观察指标

1.4.1 疼痛程度评估 采用视觉模拟量表(VAS)评分法评估患者的疼痛程度,即使用一把长约10 cm的游动标尺,双面均标有0~10的数字,0分表示无痛,10分表示难以忍受的最剧烈疼痛,让患者根据肩颈、肢体疼痛程度移动标尺,医生记录背面数值。观察2组患者治疗前后VAS评分的变化情况。

1.4.2 Northwick Park 颈痛量表(NPQ)评分 采用NPQ评分评估患者颈部疼痛及颈部功能,量表总计9个问题,共36分,最后折算为标准分100分;分值越低,表示颈椎疼痛程度越低,颈部功能越好。观察2组患者治疗前后NPQ评分的变化情况。

1.4.3 胸锁乳突肌及上斜方肌的肌肉张力和硬度测定 采用MyotonPRO手持便携肌肉性能测量仪测试患者的胸锁乳突肌及上斜方肌的肌肉张力和硬度。测试方法:测试前,告知受试者测试程序,并取得其配合。首先,令受试者端坐于有靠

背的椅子上, 裸露出肩颈部皮肤, 颈部放松, 目视前方, 两手自然放到膝盖上。测试者找到并用记号笔标记好以下测量点: 上斜方肌: 在颈7棘突和肩峰连线的中点, 肌肉隆起处; 胸锁乳突肌: 在从乳突到胸骨上切迹的1/2偏下的肌肉突起明显位置。受试者放松休息2 min后由测试员进行测试。步骤: 先测双侧胸锁乳突肌, 再测双侧上斜方肌, 顺序为先左后右。测试者在同一位点重复测试3次, 最后取平均值。其中硬度($N \cdot m^{-1}$)、张力(Hz)的测量参数值与二者大小成正比, 即测量值越大, 表示肌肉的硬度、张力越大。观察2组患者治疗前后胸锁乳突肌及上斜方肌的肌肉张力和硬度的变化情况。

1.5 统计方法 采用SPSS 22.0统计软件进行数据的统计分析。计量资料以均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表示, 组间比较采用两独立样本 t 检验, 组内治疗前后比较采用配对样本 t 检验, 采用双侧检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者基线资料比较 观察组34例患者中, 男15例, 女19例; 平均年龄为(52.03 ± 10.66)岁; 平均身高为(162.91 ± 8.17)cm, 平均体质量为(60.25 ± 9.09)kg, 平均体质量指数(BMI)为(22.64 ± 2.48) $kg \cdot m^{-2}$ 。对照组34例患者中, 男13例, 女21例; 平均年龄为(52.12 ± 7.74)岁; 平均身高为(163.09 ± 8.13)cm, 平均体质量为(61.62 ± 7.36)kg, 平均BMI为(23.15 ± 2.06) $kg \cdot m^{-2}$ 。2组患者的性别、年龄、身高、体质量、BMI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NPQ评分比较 表1结果显示: 治疗前, 2组患者的VAS评分和NPQ评分比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。治疗后, 2组患者的VAS评分和NPQ评分均较治疗前明显降低($P < 0.01$), 且观察组对VAS评分和NPQ评分的降低作用均明显优于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.01$)。

表1 2组神经根型颈椎病患者治疗前后VAS评分和NPQ评分比较

Table 1 Comparison of VAS scores and NPQ scores between the two groups of patients with cervical spondylotic radiculopathy before and after treatment ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数(例)	VAS评分		t 值/ P 值	NPQ评分		t 值/ P 值
		治疗前	治疗后		治疗前	治疗后	
观察组	34	4.26 \pm 0.86	3.00 \pm 0.70 ^{①②}	8.21/0.00	38.81 \pm 4.86	27.37 \pm 3.63 ^{①②}	5.65/0.00
对照组	34	4.35 \pm 0.92	3.50 \pm 0.66 ^①	5.03/0.00	37.34 \pm 4.89	32.52 \pm 3.78 ^①	8.67/0.00
t 值/ P 值		0.41/0.68	3.03/0.00		1.24/0.22	5.73/0.00	

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组患者治疗前后胸锁乳突肌及上斜方肌张力比较 表2结果显示: 治疗前, 2组患者的胸锁乳突肌及上斜方肌张力比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后, 观察组的胸锁乳突肌及上斜方肌张力均较治疗前降低($P < 0.01$), 而对对照组的胸锁乳突肌及上斜方肌张力治疗前后比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$); 组间比较, 观察组对胸锁乳突肌及上斜方肌张力的降低作用均明显优于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.01$)。

2.4 2组患者治疗前后胸锁乳突肌及上斜方肌硬度比较 表3结果显示: 治疗前, 2组患者的胸锁乳突肌及上斜方肌硬度比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后, 观察组的胸锁乳突肌及上斜方肌硬度均较治疗前降低($P < 0.05$ 或 $P <$

表2 2组神经根型颈椎病患者治疗前后胸锁乳突肌及上斜方肌张力比较

Table 2 Comparison of muscle tension of sternocleidomastoid muscle and superior trapezius muscle between the two groups of patients with cervical spondylotic radiculopathy before

组别	例数(例)	时间	胸锁乳突肌		上斜方肌	
			治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	34	治疗前	13.76 \pm 1.00	11.51 \pm 0.95 ^{①②}	18.62 \pm 1.63	15.13 \pm 1.39 ^{①②}
	34	治疗后	13.76 \pm 1.00	11.51 \pm 0.95 ^{①②}	18.62 \pm 1.63	15.13 \pm 1.39 ^{①②}
t 值/ P 值			2.87/0.00	3.08/0.00		
对照组	34	治疗前	13.45 \pm 0.77	13.33 \pm 0.62	17.87 \pm 1.60	17.70 \pm 1.51
	34	治疗后	13.45 \pm 0.77	13.33 \pm 0.62	17.87 \pm 1.60	17.70 \pm 1.51
t 值/ P 值			1.28/0.21	1.49/0.15		

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

0.01), 而对照组的胸锁乳突肌及上斜方肌硬度治疗前后比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$); 组间比较, 观察组对胸锁乳突肌及上斜方肌硬度的降低作用均明显优于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$)。

表 3 2 组神经根型颈椎病患者治疗前后胸锁乳突肌及上斜方肌硬度比较

Table 3 Comparison of muscle hardness of sternocleidomastoid muscle and superior trapezius muscle between the two groups of patients with cervical spondylotic radiculopathy before and after treatment ($\bar{x} \pm s, N \cdot m^{-1}$)

组别	例数(例)	时间	胸锁乳突肌	上斜方肌
观察组	34	治疗前	247.56 ± 31.05	371.93 ± 58.86
	34	治疗后	230.07 ± 22.53 ^{①③}	355.44 ± 45.44 ^{②③}
	t值/P值		2.54/0.02	3.43/0.00
对照组	34	治疗前	244.34 ± 13.08	388.51 ± 52.23
	34	治疗后	242.56 ± 13.02	386.40 ± 52.04
	t值/P值		1.53/0.14	1.31/0.20

① $P < 0.05$, ② $P < 0.01$, 与治疗前比较; ③ $P < 0.01$, 与对照组治疗后比较

3 讨论

3.1 以“骨筋肉并重”学说剖析颈椎病 传统观点认为, 颈椎病的发生大多先是椎间盘的退行性病变, 进而出现骨质增生、椎间隙变窄、椎关节不稳等, 造成椎间隙内压升高和分布不均匀, 导致髓核容易发生移位、突出甚至脱出, 从而刺激或压迫神经、脊髓、脊神经根、椎管内血管等而引起各种症状^[5]。而许学猛教授认为, 长期的姿势不良和慢性劳损才是颈椎病的罪魁祸首。由于现代生活方式发生了改变, 很多人需要长时间伏案工作, 同时, 手机的普及又催生了很多“低头族”, 还有睡眠选择的枕头高度不合适等因素影响, 会使颈部肌肉处于长期的疲劳状态, 肌肉力量的平衡偏移, 久而久之, 容易发生损伤而引起颈椎病。《医宗金鉴·正骨心法要旨》曰: “骨肉相连, 筋可束骨”, 故许学猛教授形象地将骨头与周围肌肉比作“亲兄弟”。脊柱乃是人体的“栋梁”, 起支撑作用, 而周围附着的肌肉, 既可以保护好脊柱的稳定性, 减少外力作用造成损伤的机率^[6], 同时也是脊柱活动的动力来源^[7]。中医的“筋”, 应包括现代医学的筋膜、韧带等。如《杂

病源流犀烛·筋骨皮毛发病源流》云: “筋也者, 束节络骨, 为一身之枢纽, 利全身之运动者也。”可见, 筋以关节为枢纽, 将肌肉收缩产生的力, 作用于骨的运动。由椎体、椎间盘和相连的韧带构成的内源性静力平衡系统以及由肌肉的调节和控制外源性动力平衡系统两方面, 维持着颈椎的正常生理状态^[8]。颈椎病的发生多乃“动力失衡为先、静力失衡为主”^[9]。

影像辅助检查, 让医者可以直观地看到患者骨赘增生、椎间隙变窄、颈椎生理曲度变化等病理性改变, 然而颈椎周围肌肉性能的改变, 往往容易被忽视。许学猛教授强调“骨筋肉并重”, 认为“骨为干”, 为人体承重的“梁柱”, 也是活动的杠杆; “筋为刚”, 能约束骨骼, 辅助运动; “肉为墙”, 能抵御外邪和外力的伤害, 为人体动力来源^[10]; “骨筋肉三位一体”, 相辅相依, 共同维持着颈椎正常结构和功能。有“骨”躯体才能支持形体, 如若出现骨折、骨痿, 则如房屋失其梁柱, 筋、肉无所依靠; 有“筋”才能约束骨和肉, 使颈椎稳定, 如若缺少筋或者筋断, 则颈椎失稳, 无法约束骨和肉; 有“肉”才能防御外邪, 驱动颈部运动, 如若肌肉软弱无力失用, 则骨、筋失去保护, 活动失其动力之源。因此, 骨、筋、肉三者对于颈部功能是缺一不可的。捷克神经病学家弗拉基米尔·扬达提出, 骨骼肌肉医学上可分为结构性与功能性两大学派^[11]。近现代诸多学者深受结构性理念的影响, 针对局部的骨骼、肌肉、韧带等损伤, 采取固定、手术或康复手段以获得恢复。但是, 当影像学与症状的表现出现不相符合的情况或针对性的手术治疗后症状没有缓解时, 就很可能是上面所提到的功能性损伤了, 也就是许教授提及的筋与肉的性能异常改变所带来的超脱于单纯骨性结构异常范畴的疼痛不适和功能受限。

3.2 “筋骨同治”思想论治颈椎病 许学猛教授在临床中也发现, 出现明显症状而前来就诊的患者, 其颈椎及其周围肌肉, 都有了不同程度的损伤, 且颈椎周围软组织的损伤, 通常较椎管内组织病变和骨质改变更早, 故在施治上要整体把握兼顾。本研究采用 MyotonPRO 便携手持肌肉性能评估仪器, 对神经根型颈椎病患者的上斜方肌及胸锁乳突肌这两组与发病密切相关的肌肉进行了

治疗前后的测量对比。结果发现,治疗后观察组患者的肌肉硬度及张力明显下降,表明“肌骨同治”治疗方案除了能有效缓解疼痛、麻木、乏力等症状和改善颈椎活动功能外,还可有效降低肩颈肌肉的过高张力和硬度。

3.2.1 “正骨”与“丰肌”并举 颈椎间盘的退变会破坏颈椎与周围筋肉组织的动、静力平衡状态,导致颈椎失稳,进而诱发代偿保护机制,即在椎体边缘、钩椎关节处出现骨质增生,以及出现钩椎关节紊乱、椎间孔的孔径缩小^[12],进而压迫和刺激通过的神经根而出现根性症状。许教授综合众多整脊手法的优点,结合自身丰富的临床经验,创立了“三位动正”整脊手法,其手法以柔、顺为要。要求有三:一者,患者体位合适;二者,引导患者主动转动;三者,做到在转动过程中顺势复位。手法具备无需松筋、无痛苦和复位全面立体的优点,可以有效改善椎间孔狭窄,缓解神经压迫,促进血液循环,从而减轻症状。行手法“正骨”后,如未能纠正不良姿势和恢复周围筋肉组织的正常功能,则不久后又再出现上述的颈椎解剖紊乱,故许教授将指导患者每日进行自主锻炼作为治疗的重要“处方”,认为长期久坐、弯腰低头是颈椎病形成的重要外源因素,故要多做“反向运动”,多做抬头举手、挺胸腰的动作,放松肌肉,通过练功疗法以恢复颈项周围、肩背部的肌肉功能和质量,同时也有利于缓解临床症状^[13],对减轻劳损机率、维持颈椎的稳定性,是尤为关键的。

3.2.2 靶点治疗,重塑平衡 《素问·痿论》曰:“宗筋主束骨而利机关也”。许教授认为,脊柱和周围筋、肉组织在保持颈椎力学的动态平衡中起协同作用,共同维系颈椎的稳定性。颈椎周围的肌肉、韧带肌腱等“肌”组织的退变均会削弱“束骨而利机关”的作用,使颈椎的动静态力学平衡均发生改变。由此可见,重塑并保持“肌骨”的力学平衡是防治神经根型颈椎病关键的一环。许教授在临床诊治过程中发现,神经根型颈椎病患者的颈椎旁肌、肩背部肌肉及其起止点、周围韧带等处可触及明显疼痛靶点,这些靶点是影响“肌骨”力学平衡的重要因素。针对疼痛靶点,许教授采用针刀松解的治疗方法,对疼痛靶点进行粘连松解,以消除无菌性炎症、减轻炎症水肿,

从而有效减轻疼痛症状^[14-15]。松解后肩颈局部劳损点气血流通、经筋通畅,则颈椎的动静态平衡稳定都会恢复。

3.2.3 注重补益肝肾,强筋壮骨 神经根型颈椎病属中医“项痹”范畴,历代众多医家认为,颈椎病的发生离不开风寒湿邪及跌打损伤、过劳等外因,但与肝肾亏虚的内因同样密不可分^[16]。《济生方·痹》中有云:“皆因体虚,腠理空疏,受风寒湿气而成痹也”。肝肾亏虚,气血不荣,筋脉关节失于濡养,加之感受外邪而发病,病属本虚标实,故临床中项痹患者以老年人居多。许教授研发的中成药制剂补肾强筋胶囊,由骨碎补、熟地黄、杜仲、补骨脂、血竭、全蝎等药物组成,具有补肝肾、强筋骨的功效,临床上用之治疗肝肾不足型神经根型颈椎病,可取得良好的疗效。

综上所述,“肌骨同治”学术思想在全面认识、诊治神经根型颈椎病中具有较高的理论指导价值与临床应用价值,且临床疗效确切。颈椎“骨筋肉”的“失衡”与神经根型颈椎病的发生和发展密切相关,可以通过综合的疗法,整体把握治疗“骨”与“肌”,实现骨正筋柔肌肉壮,以达到“无不舒服”的目的。

参考文献:

- [1] CHEN B, ZHANG C, ZHANG R P, et al. Acupotomy versus acupuncture for cervical spondylotic radiculopathy: protocol of a systematic review and meta-analysis [J]. BMJ Open, 2019, 9(8): e029052.
- [2] 张林子, 吴立群, 陈睿哲, 等. 基于数据挖掘的针刺治疗神经根型颈椎病选穴规律分析[J]. 中国针灸, 2020, 40(11): 1259-1262.
- [3] 张悦, 岳群, 郭文辉. 经筋理论指导小针刀治疗神经根型颈椎病的疗效观察[J]. 针灸临床杂志, 2017, 33(11): 43-46.
- [4] 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.
- [5] 张义, 郭长青. 颈肌改变与颈椎病关系的研究进展[J]. 现代中西医结合杂志, 2012, 21(18): 2045-2047.
- [6] 仲卫红, 李宇涛, 林建平, 等. 通督强脊“三步五法”推拿对颈型颈椎病肌肉功能影响的临床研究[J]. 中华中医药杂志, 2019, 34(11): 5501-5505.
- [7] 杨超, 吕立江, 王玮娃, 等. 基于“筋骨失衡, 以筋为先”理念探讨颈型颈椎病的治疗[J]. 中医正骨, 2019, 31(4): 64-65, 69.
- [8] 赵勇, 方维, 闫安, 等. 肩胛肌筋膜炎软组织张力与颈椎生理曲度改变相关性探讨[J]. 中国骨伤, 2014, 27(5): 376-378.
- [9] 朱立国, 张旭, 冯敏山. 旋提手法配合颈椎康复操防治神经根

- 型颈椎病的应用研究[J]. 世界中西医结合杂志, 2014, 9(12): 1324-1327.
- [10] 于长志, 谢国平. 许学猛教授治疗膝骨性关节炎经验总结[J]. 按摩与导引, 2007, 23(11): 34-35.
- [11] 伍亮. 基于肌肉失衡理念的慢性非特异性腰痛临床研究[D]. 成都: 成都中医药大学, 2016.
- [12] 时宏伟. 颈椎卧式整脊法治疗神经根型颈椎病的临床研究[J]. 中医临床研究, 2020, 12(33): 102-104.
- [13] 陈国茜, 申震, 吴佳涛, 等. 从“筋骨并重”理论到“骨肉并重”理论的探讨[J]. 中医正骨, 2020, 32(8): 52-56.
- [14] 张锦平, 张惠忠, 肖年生. 小针刀治疗神经根型颈椎病的临床疗效[J]. 现代医院, 2012, 12(S2): 53-54.
- [15] 王雷, 杨锋, 陈坤. 微创治疗神经根型颈椎病的中西医结合研究进展[J]. 中国中医急症, 2020, 29(11): 2050-2053.
- [16] 汤晓燕. 中医治疗项痹病(神经根型颈椎病)经验[J]. 内蒙古中医药, 2020, 39(10): 151-152.

【责任编辑: 陈建宏】

舒筋止痛方联合富血小板血浆治疗肱骨外上髁炎的临床疗效分析

位春巍^{1,2}, 郑臣校², 郭柱能², 林毅秋², 林小永²

(1. 广州中医药大学研究生院, 广东广州 510006; 2. 中山市中医院, 广东中山 528400)

摘要:【目的】观察舒筋止痛方联合富血小板血浆局部注射治疗肱骨外上髁炎的临床疗效。【方法】将76例肱骨外上髁炎患者随机分为治疗组和对照组, 每组各38例。对照组给予富血小板血浆局部注射治疗, 治疗组在对照组的基础上给予舒筋止痛方内服治疗, 疗程为4周。观察2组患者治疗前后疼痛视觉模拟量表(VAS)评分、日常生活能力(ADL)评分及Mayo肘关节功能评分的变化情况, 并评价2组患者的临床疗效和安全性。【结果】(1)治疗4周后, 治疗组的总有效率为94.7%(36/38), 对照组为72.4%(26/38), 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)治疗后, 2组患者的VAS评分均较治疗前明显降低($P < 0.05$), ADL评分和Mayo肘关节功能评分均较治疗前明显升高($P < 0.05$), 且治疗组对VAS评分的降低作用及对ADL评分和Mayo肘关节功能评分的升高作用均明显优于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。(3)治疗过程中, 2组患者均未出现疼痛加重、肘关节局部肿胀、破损等不良反应情况。【结论】舒筋止痛方联合富血小板血浆治疗肱骨外上髁炎疗效确切, 可有效减轻患者疼痛症状, 改善患者肘关节功能及日常生活能力。

关键词: 肱骨外上髁炎; 舒筋止痛方; 富血小板血浆; 局部注射; 临床研究

中图分类号: R274.9

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213(2021)11-2359-05

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtcm.2021.11.011

Clinical Effect Analysis of *Shujing Zhitong* Prescription Combined with Platelet-Rich Plasma in the Treatment of External Humeral Epicondylitis

WEI Chun-Wei^{1,2}, ZHENG Chen-Xiao², GUO Zhu-Neng²,
LIN Yi-Qiu², LIN Xiao-Yong²

(1. Graduate School of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou 510006 Guangdong, China;

2. Zhongshan Hospital of Traditional Chinese Medicine, Zhongshan 528400 Guangdong, China)

Abstract: **Objective** To investigate the clinical effect of *Shujing Zhitong* Prescription combined with platelet-rich

收稿日期: 2021-03-27

作者简介: 位春巍(1995-), 男, 硕士研究生; E-mail: 1571047142@qq.com

通讯作者: 林小永, 男, 主任医师; E-mail: lxycz@126.com

基金项目: 中山市医学科研项目(编号: 2020J138); 2018年全国名老中医药专家传承工作室建设项目; 苏培基全国名老中医药专家传承工作室建设项目