

- Surg, 1997, 5(1): 1- 10.
- [5] McKee MD, Pugh DM, Wild LM, et al. Standard surgical protocol to treat elbow dislocations with radial head and coronoid fractures. Surgical technique [J]. The Journal of Bone & Joint Surgery, 2005, 87 Suppl 1(Pt 1): 22- 32.
- [6] Morrey BF, Adams RA, Bryan RS. Total replacement for post-traumatic arthritis of the elbow [J]. J Bone Joint Surg Br, 1991, 73(4): 607- 612.
- [7] 林松, 陈荣, 何和与. 肘关节“恐怖三联征”并发症处理[J]. 中国矫形外科杂志, 2010, 18(2): 163- 165.
- [8] 翁益平, 郁忠杰, 戚有成, 等. 肘关节恐怖三联征手术治疗体会[J]. 临床骨科杂志, 2013, 16(3): 290- 292.
- (责任编辑: 刘淑婷, 吴凌)

从伏邪论治颈椎病 116 例疗效观察

吴健放, 阮永队, 叶碧霞, 李亚坤

东莞市塘厦医院, 广东 东莞 523700

[摘要] 目的: 观察以伏邪致痹论治神经根型颈椎病的临床疗效。方法: 将 218 例患者随机分为 2 组, 治疗组 116 例, 按伏邪致痹处方治疗; 对照组 102 例按一般痹症处方治疗; 均治疗 4 周, 检测治疗前、治疗后第 1~8 周的疼痛视觉模拟 (VAS) 评分, 并取其平均值描成折线型图表, 治疗后评估临床疗效。结果: VAS 评分曲线结果显示, 在治疗期间 2 组的 VAS 评分平均值均有明显的下降, 但治疗组 VAS 评分下降的幅度明显大于对照组; 停药观察 1 月内 2 组 VAS 评分均值维持在相对平稳定态, 但对照组 VAS 评分均值明显大于治疗组。愈显率治疗组为 80.17%, 对照组为 65.69%, 2 组比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。治疗期间 2 组均无发生不良反应事件, 血常规、肝、肾功能检测均无医源性损害。结论: 从伏邪致痹论治较按一般痹证论治神经根型颈椎病, 在缓解疼痛及提高临床疗效方面具有一定优势。

[关键词] 颈椎病; 痹证; 伏邪致痹; 辨证论治

[中图分类号] R681.5⁵

[文献标识码] A

[文章编号] 0256-7415 (2014) 10-0107-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.10.044

目前, 颈椎病的发病率越来越高, 且发病年龄呈现低龄化趋势。自 2007 年 7 月以来, 笔者以伏邪致痹理论为指导, 辨证选方联合透邪法治疗神经根型颈椎病, 收到较好疗效, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 病例选择 ①诊断符合《颈椎病的诊断标准及治疗原则》^[1]中神经根型颈椎病诊断标准; ②病程≥6 月; ③中医辨证为阴(寒)证为主, 且无明显实热证; ④无手术指征; ⑤不伴有颈椎先天畸形、骨折、结核、肿瘤; ⑥无心脑血管疾病、糖尿病、甲亢、精神病等疾病; ⑦妊娠、哺乳期妇女除外。

1.2 一般资料 观察病例均来自 2007 年 7 月~

2013 年 12 月本院诊治的患者, 共 218 例, 男 135 例, 女 83 例; 年龄(44.86±7.42)岁; 病程(15.79±10.15)月。病变累及单一节段者 154 例, 其中 C_{3~4} 者 18 例, C_{4~5} 者 21 例, C_{5~6} 者 67 例, C_{6~7} 者 51 例; 累及 2 个节段者 42 例, 其中 C_{4~5}、C_{5~6} 20 例, C_{5~6}、C_{6~7} 23 例。累及 3 个节段者 19 例, 其中 C_{3~4}、C_{4~5}、C_{5~6} 者 5 例, C_{4~5}、C_{5~6}、C_{6~7} 者 5 例。累及 4 个节段 3 例, 分布于 C_{3~4}、C_{4~5}、C_{5~6}、C_{6~7}。所有患者随机分为 2 组。治疗组 116 例, 男 71 例, 女 45 例; 年龄(45.35±6.27)岁; 病程(15.56±9.25)月; 疼痛视觉模拟(VAS)评分(7.25±1.23)分; 辨证分型: 寒湿痹阻型 37 例, 气虚血瘀型 18 例, 肝肾两

[收稿日期] 2014-03-25

[作者简介] 吴健放 (1963-), 男, 副主任医师, 主要从事中医骨伤科临床工作。

虚型 26 例，脾肾阳虚型 35 例。对照组 102 例，男 64 例，女 38 例；年龄(43.16±8.86)岁；病程(14.35±10.72)月；VAS 评分(7.19±1.36)分；辨证分型：寒湿痹阻型 24 例，气虚血瘀型 30 例，肝肾两虚型 19 例，脾肾阳虚型 29 例。2 组患者年龄、病程、VAS 评分、证型构成等经统计学处理，差异均无显著性意义(P>0.05)，具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 按一般痹证辨证论治。寒湿痹阻型，方用李氏乌头汤加减，处方：制川乌、制附子、麻黄各 15 g，黄芪、炙甘草各 60 g，白芍、生姜各 45 g，蜂蜜 150 g，黑小豆、豨莶草各 30 g，当归 10 g，大枣 20 g。气虚血瘀型，方用补阳还五汤加减，处方：黄芪 120 g，当归尾 30 g，赤芍、地龙各 15 g，川芎、红花、桃仁、乳香、地鳖虫各 10 g。肝肾两虚型，方用独活寄生汤加减，处方：独活、桑寄生、秦艽、姜黄各 10 g，防风、牛膝、茯苓各 15 g，白芍 45 g，党参、川芎各 30 g。脾肾阳虚型，方用理中汤合肾气丸加减，处方：党参、白术、干姜、山药、山茱萸、熟地黄各 30 g，制附子、川芎各 10 g，肉桂(冲服)2 g，茯苓、巴戟天、甘草各 15 g。

2.2 治疗组 从伏邪致痹辨证，配合透邪法加减治疗。中医辨证分型用药同对照组，在此基础上加用透邪法中药。透邪法治疗：表证明显者，治以开表透邪法，药选葛根、桂枝、麻黄、羌活、防风加减；寒邪明显者，治以散寒透邪法，药选麻黄附子细辛汤加减；正虚明显者，治以扶正透邪，药选人参、黄芪、附子；顽固性疼痛选用虫类药、藤类药，如地鳖虫、乌梢蛇、全蝎、蜈蚣、鸡血藤、海风藤。

中药每天 1 剂，水煎 2 次，第 1 次取汁 600 mL，分 2 次温服；第 2 次取药汁浸泡毛巾热敷(以不烫伤为度)疼痛处，每天 1 次，每次 30 min。疗程均为 4 周。

3 观察项目与统计学方法

3.1 观察项目 ①疼痛评估采取 VAS 评分法进行。在纸上划一条 10 cm 的横线，横线的一端为 0，表示无痛，另一端为 10，表示剧痛，中间部分表示不同程度的疼痛。分别在治疗前、治疗开始后第 1~8 周评估患者的 VAS 评分。②治疗结束后 4 周评估临床疗效。③观察记录临床不良反应事件，检测治疗前后血常规、肝、肾功能。

3.2 统计学方法 采用 SPSS13.0 统计软件进行分析，计量资料以(x±s)表示，采用 t 检验；计数资料采用χ² 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[2]结合临床实践制订。临床治愈：原有症状完全消失，肌力正常，颈、肩、肢体功能恢复正常，能参加正常劳动和工作，随访半年未复发；显效：原有症状明显减轻，病情程度改善 1 个等级以上，疼痛程度改善 1 个等级以上或 VAS 减少 3 cm 以上；有效：原有症状减轻，病情或疼痛有改善，但均不显著；无效：症状没有改善甚至恶化。

4.2 2 组治疗前后 VAS 评分变化比较 见图 1。以 VAS 评分值为纵轴、治疗时间为横轴，分别标出治疗组、对照组在治疗前、治疗后 1~8 周 VAS 评分平均值，描成划成曲线表。VAS 评分曲线结果显示，在治疗期间 2 组的 VAS 评分平均值均有明显的下降，但治疗组 VAS 评分下降的幅度明显大于对照组；停药观察 1 月内 2 组 VAS 评分均值维持在相对平稳定状态，但对照组 VAS 评分均值明显大于治疗组。提示改善患者疼痛方面，治疗组具有明显的临床优势。

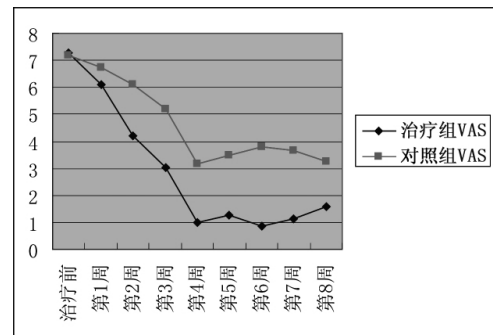


图 1 治疗前、治疗第 1~8 周 2 组 VAS 评分均值比较 (分)

4.3 2 组临床疗效比较 见表 1。愈显率治疗组为 80.17%，对照组为 65.69%，2 组比较，差异有显著性意义(P<0.05)。

Table 1: Comparison of clinical efficacy between treatment and control groups. Columns include group, sample size (n), clinical cure, significant effect, effective, ineffective, and cure rate (%).

与对照组比较，①P<0.05

4.4 不良反应 治疗期间 2 组均无发生临床不良反应事件，所有患者治疗前后血常规、肝、肾功能检测

均无医源性损害。

5 讨论

5.1 颈椎病形成当重视伏邪致痹 首先,临床上颈椎病多由伏邪所致,或外感反复发作,淫邪留伏于内;或久患脾胃之疾,内生湿邪寒邪;或不良的工作、生活习惯耗伤气血,引邪内伏;或初感治不得法,暂时假愈,后有复发。其次,颈椎病的病情发展,邪初在表,失治则由表入里,正虚无力驱邪外出,邪伏于皮、脉、肉、筋、骨成五体痹,常见于颈型、椎动脉型、神经根型颈椎病;邪伏于脏腑成五脏痹,常见于交感型、脊髓型颈椎病。另外,名中医李可认为,凡久治不效,反复发作的重病顽症痼疾,或交节病作类疾病,必有六淫外邪深伏^[3]。颈椎病的特点之一是时发时止、反复发作,其原因可能是伏邪是邪气潜藏的一种状态,它“莫名其妙,莫见其形”。局部正气虚弱是颈椎病邪伏于内之关键,至虚之处便是颈椎病伏邪盘踞之所。伏邪存内,日久伤正,卫外不固又易招外邪侵袭,则内外相引,互相为用,致伏邪存内难以根除。

5.2 颈椎病伏邪致痹的特点 笔者认为,颈椎病伏邪致痹往往有以下几个特点:①外邪首先侵犯太阳经并可影响督脉,出现恶风怕冷、出汗、颈项强痛、头颈转动受限,类似《伤寒论》的太阳表证。不同之处在于太阳表证以内传为主;而颈椎病则以外传为主,即主要侵犯躯干、四肢的体表经脉、肌肉关节等部位,表现为颈项、肩臂、上肢等部位疼痛、僵硬,并有项部转动不利、肌肤麻木等症状。②颈项部为脑髓之门户,此处经络分布的密度最高,是联系全身脏腑的一个枢纽。伏邪流窜或盘踞颈项部就可以出现多经同病、表里并病。初发时多以里证为主,多数患者兼有表证。其表证隐匿、轻微、短暂;但里证深伏。③伏邪可因热邪失治伏里而成,但更多的是寒、湿、痰、瘀等阴邪伏于阴分。故其表现为阴证、寒证相对较多,阳证、热证相对较少。④既有伏邪,必有征兆。新感引动伏邪,邪正相争而宿疾发作,显示出伏邪盘踞的经络脏腑之征:如反复感冒、背肩部的冷痛沉困、手足太阳经腧穴的压痛、肿胀、硬结。每感冒一次,即有一点寒气积于体内;反复感冒,寒邪就可能一层压一层深伏不出,从而加重病情。故反复感冒

是诊断颈椎病伏邪致痹的依据之一。⑤时轻时重,时发时止。当正虚不足以驱邪外出或邪气相对较弱,正邪处于一种暂时的相对平衡状态伏邪就引而不发。

5.3 从伏邪致痹论治颈椎病 李可认为,伏邪治法,理清邪之来路即邪之出路,因势利导,扶正气,开表闭,引伏邪外透^[3]。笔者治疗颈椎病之伏邪,尤重透邪之法,用药体会主要有以下几个方面:①葛根治疗颈椎病疗效独特,为必用之透邪药,且用量宜大,一般在 60 g 以上,风寒可配桂枝、麻黄;风湿可配羌活、防风。②透邪非独疏风解表,当知辨证变通,如散寒透邪用细辛;扶正透邪益气用人参、黄芪;助阳透邪用附子。③轻型颈椎病,解表仅使用 1~2 次,待表邪解、营卫和即停用。顽固性颈椎病则属重症伏邪,常与痰湿瘀血交织在一起,正邪交争呈拉锯战之势,伏邪不外透,表证则不解。治疗宜“疼痛不息,开表不止;痹证不除,透邪不休”。④伏邪非峻猛之药不足以除之,故在辨证基础上可用一些虫类药、藤类药入络扫荡伏邪,使伏邪无处可藏、无处可乱。

本观察结果显示,治疗组临床疗效明显优于对照组($P < 0.05$)。从 VAS 评分折线图可知:治疗组止痛比较迅速,对照组则相对缓慢。停药观察 1 月内 2 组 VAS 评分均值维持在相对平稳定状态,但对照组明显大于治疗组。故从伏邪论治颈椎病与按常规辨证论治颈椎病比较具有一定的临床优势。但是即使治疗组评估为临床治愈的患者,其治疗前后影像学检查也无明显改变。笔者认为,症状和体征的消失,只能代表颈椎病临床控制而非根治,只要颈椎影像学情况没有根本性改善,一旦正消邪长且邪气处于相对强势,颈椎病就会再次发作。故颈椎病的治疗要重视扶正,针对伏邪的相关治疗要贯彻于治疗全过程。

[参考文献]

- [1] 孙宇,陈琪福. 颈椎病的诊断标准及治疗原则[J]. 中华外科杂志, 1993, 31(8): 472-476.
- [2] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社, 1994: 186.
- [3] 李可. 李可老中医急危重症疑难病经验专辑[M]. 太原:山西科学技术出版社, 2004: 242, 11.

(责任编辑:冯天保)