

温针灸联合颈肩部拔罐对颈椎病患者影响

贺凯

(宿松县中医院康复一科, 安徽 宿松 246500)

摘要: 目的: 探究温针灸联合颈肩部拔罐对颈椎病患者影响。方法: 根据治疗方法的不同将本院自2022年4月至2023年12月收治的90例颈椎病患者分为常规组和联合组, 每组各45例。常规组接受西医治疗, 在此基础上联合组接受温针灸联合颈肩部拔罐治疗, 治疗2周后, 比较两组临床疗效、中医证候积分, 并测量颈肩疼痛度、活动度、运动功能。结果: 治疗后, 联合组临床总有效率显著高于常规组 ($P<0.05$), 治疗后, 联合组主症、次症、中医证候积分总分均显著低于常规组 ($P<0.05$), 联合组患者颈椎疼痛程度各分量表评分均显著低于常规组 ($P<0.05$), 联合组患者左侧屈、右侧屈、左旋转、右旋转度均显著高于常规组 ($P<0.05$), 联合组患者NDI各项评分均显著低于常规组 ($P<0.05$)。结论: 与常规西医治疗相比, 温针灸联合颈肩部拔罐治疗颈椎病患者临床疗效显著, 显著改善患者颈肩疼痛, 提高颈肩活动度, 提高运动功能。

关键词: 颈椎病; 温针灸; 拔罐; 疼痛

中图分类号: R 246.2 **文献标志码:** A **文章编号:** 1000-3649 (2024) 10-0211-04

颈椎病是临床常见的疾病, 以颈椎退行性病理改变为发病机制, 引发头痛、颈背疼痛、上肢麻木等症状, 严重影响患者的工作和生活。西医治疗颈椎病主要采用消炎镇痛类药物, 以及颈椎牵引等物理治疗, 虽能改善颈椎疼痛等临床症状, 但症状易反复, 且药物存在一定的副作用, 临床使用具有一定的局限性^[1]。在中医上, 认为颈椎病主要病机为风寒侵袭, 气滞血瘀, 导致经络闭阻、气血不畅, 引起痹、麻、痛等症状, 引发该病^[2]。传统的中医疗法治疗颈椎病均具有良好的效果, 如拔罐, 具有消肿止痛、温经通络、通经散寒的作用, 但对于病程较长的颈椎病患者来说, 整体疗效欠佳, 故考虑联合治疗^[3]。温针灸是一种将艾灸和针刺结合的中医治疗法, 具有疏通经络、行气活血、散寒止痛的功效, 临床常用于治疗关节疼痛、腹部冷痛等症状, 效果良好^[4]。近年陆续有研究将温针灸联合颈肩部拔罐用于颈椎病患者治疗, 并

取得一定的获益, 但受样本量、疗效评定标准等因素的影响, 不同报道结论不尽相同。鉴于此, 本研究将探究温针灸联合颈肩部拔罐治疗颈椎病患者临床效果, 旨在为临床治疗颈椎病提供参考依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 根据治疗方法的不同将本院自2022年4月至2023年12月收治的90例颈椎病患者分为常规组和联合组, 每组各45例。纳入标准: (1) 符合颈椎病临床诊断标准^[5]; (2) 符合中医项痹诊断标准^[6], 辨证分型为气滞血瘀证型; (3) 患者或其家属知情同意本研究。排除标准: (1) 合并肿瘤、肝肾功能异常、免疫系统异常等疾病患者; (2) 合并颈部骨折、外伤等患者; (3) 近1个月有接受其他颈椎病中医治疗患者; (4) 肩颈部有皮肤病等, 不宜接受温针灸、拔罐治疗患者; (5) 本研究使用药物禁忌证患者。常规组男29例, 女16例; 年龄35~73岁, 平均

作者简介: 贺凯, 本科, 主治医师, 研究方向: 中医针灸, E-mail: 947650258@qq.com。

- [8] 彭清华. 中医眼科学 (第4版) [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2016: 216-218.
- [9] 吕敏, 曾科学, 魏正林. 针刺眼周穴位结合五脏俞皮内针治疗眼干燥症临床研究 [J]. 山东中医杂志, 2022, 41 (4): 414-419.
- [10] 徐静, 黎彦宏, 桑可欣, 等. 原发性青光眼患者睡眠和视觉相关生活质量 [J]. 西部医学, 2021, 33 (11): 1703-1707, 1713.
- [11] Noriko N, Yuriya K, Ami K, et al. Primary isolated amyloidosis in the extraocular muscle as a rare cause of ophthalmoplegia: a case report and literature review [J]. American Journal of Ophthalmology Case Reports, 2021, 22 (1): 101052-101052.
- [12] Yi L, Yidan Z, Yu W, et al. Safety and efficacy of the under-corrected frontalis sling in myogenic ptosis accompanying extraocular muscle paralysis [J]. The Journal of craniofacial surgery, 2020, 31 (8): e802-e805.
- [13] 刘金粉, 孙灵芝. 眼外肌麻痹31例病例回顾 [J]. 山东中医杂志, 2021, 40 (5): 486-490.
- [14] 刘少鹏, 尹洪娜, 韩名媛, 等. 高维滨电眼针及带动针法治疗眼病

- 临床经验介绍 [J]. 中国针灸, 2022, 42 (8): 915-918, 934.
- [15] 胡艺, 彭清华. 彭清华教授应用补阳还五汤治疗眼病的临床经验 [J]. 湖南中医药大学学报, 2023, 43 (6): 1060-1064.
- [16] 李宝花, 宁博彪, 徐宇秋, 等. 从“风”探讨对眼外肌麻痹的中医认识 [J]. 环球中医药, 2020, 13 (4): 702-704.
- [17] 谢立科, 陈子扬, 郝晓凤. 基于优势病种研究模式探讨中医眼科研究现状和展望 [J]. 中国中医眼科杂志, 2023, 33 (3): 201-205.
- [18] 张越, 崔丽红, 田晓丹, 等. 复方樟柳碱治疗对后天性麻痹性斜视患者血清MDA SOD水平的影响 [J]. 河北医学, 2019, 25 (12): 1957-1960.
- [19] 孙红双, 尹丹, 刘颖, 等. 老年性白内障患者血清及房水中SOD、MDA表达与后囊膜混浊的关系 [J]. 眼科新进展, 2023, 43 (6): 476-479.
- [20] 冯坤, 王文, 彭一, 等. 韦氏三联九针治疗糖尿病性眼肌麻痹的疗效及对血液流变学的影响 [J]. 中国中医眼科杂志, 2023, 33 (8): 732-736, 761.

(收稿日期 2024-02-20)

年龄 (50.81±8.71) 岁; 病程 2~8 年, 平均病程 (4.71±2.19) 年; 颈椎病类型: 神经根型、椎动脉型、脊髓型、混合型分别有 26、12、1、6 例。联合组男 27 例, 女 18 例; 年龄 31~72 岁, 平均年龄 (51.68±8.26) 岁; 病程 1~9 年, 平均病程 (5.13±2.71) 年; 颈椎病类型: 神经根型、椎动脉型、脊髓型、混合型分别有 25、12、1、7 例。两组上述基本资料均衡 ($P>0.05$), 可研究对比, 研究经本院医学伦理委员会批准。

1.2 方法 (1) 常规组: 接受颈椎牵引、抗炎、镇痛等常规西医治疗, 颈椎牵引: 采用多功能牵引床进行治疗, 患者取仰卧位, 全身肌肉放松, 颈部前屈 15°左右进行牵引, 根据患者体重选择牵引重量, 一般为 5~8kg, 不超过患者体重的 6%, 每天进行 1 次牵引治疗, 每次 10~25min, 根据病情轻重治疗 7~14 天, 7 天为 1 个疗程。(2) 联合组: 接受常规西医治疗+颈部拔罐+温针灸治疗, 颈部拔罐治疗: 患者取坐位, 对患者颈肩部进行按压, 根据压痛敏感部位, 选取夹脊、百会、大椎、风池位, 对穴位皮肤进行消毒后, 选取大小合适的火罐对穴位处进行拔罐, 留罐 5min~10min, 每天拔罐治疗 1 次, 治疗 1 天休息 1 天。留罐时密切关注罐内皮肤状况, 若出现异常状况及时停止治疗, 告知患者起罐后注意避水避风。温针灸治疗: 取穴夹脊、大椎、风池, 对穴位皮肤进行消毒后, 将一次性无菌毫针 (0.3mm×40mm) 对准穴位缓慢进针, 提插捻转手法, 得气后将艾柱插于针尾点燃, 每次温针灸 2 根, 时间为 30min, 每周温针灸治疗 5 天, 休息 2 天, 连续治疗 2 周, 针灸过程中做好防烫措施。

1.3 观察指标 (1) 中医证候积分: 于治疗前后, 对两组患者中医症状进行评分, 其中主症 (颈、肩、上肢麻木疼痛、恶寒畏风) 按 0、2、4、6 分对应无~重度进行评分, 次症 (颈部僵硬强痛、头沉重感、四肢拘急、肢端疼痛麻木等) 按 0~3 分对应无~重度进行评分, 并计算治疗前后的总积分。(2) 颈椎疼痛: 于治疗前后, 对两组颈椎疼痛程度采用 McGill 疼痛问

卷^[7]进行评估, 该问卷包括 3 个分量表。其中疼痛分级指数量表由研究人员向患者提问, 记录患者回答的疼痛程度, 0~3 分对应无、轻度、中度、重度; 视觉模拟疼痛量表指导患者在 0~10cm 标尺上标记疼痛程度相应数值点, 总分 10 分, 得分与疼痛程度成正比; 现时疼痛强度由患者的主观感受记录相应分值, 0~5 分分别对应无、轻度不适、不适、难受、可怕、极度痛苦。(3) 活动度: 于治疗前后, 采用多功能颈椎测试训练系统测量两组患者左右侧屈、左右旋转颈椎活动度。(4) 运动功能: 于治疗前后, 采用颈椎功能障碍指数 (NDI)^[8] 进行评估, NDI 包括睡眠、驾驶阅读、工作、驾驶等共 10 分方面, 每个方面采用 0~5 分计分, 得分与颈椎功能障碍严重程度成正比。

1.4 疗效标准 依据患者治疗前后的中医证候积分变化情况将疗效分为以下四个等级: 临床症状、体征消失, X 线显示正常, 积分减少 95%~100% 为治愈; 临床症状、体征消失, X 线显示明显好转, 积分减少 95%~70% 为显效; 临床症状、体征基本消失, X 线显示有好转, 积分减少 79%~30% 为有效; 临床症状、体征、X 线均无改善, 积分减少<30% 为无效。

1.5 统计学分析 采用 SPSS 26.0 统计学软件分析数据。计数资料以例 (%) 表示, 行 χ^2 检验; 计量资料以 ($\bar{x}\pm s$) 表示, 行 t 检验; $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 治疗后, 联合组总有效率显著高于常规组 ($P<0.05$), 见表 1。

表 1 两组临床疗效比较 (%、例)

组别	<i>n</i>	治愈	显效	有效	无效	总有效率
常规组	45	30(66.67)	3(6.67)	2(4.44)	10(22.22)	35(77.78)
联合组	45	40(88.89)	2(4.44)	1(2.22)	2(4.44)	43(95.56)

2.2 两组患者中医证候积分比较 治疗后, 联合组主症、次症、中医证候积分总分均显著低于常规组 ($P<0.05$), 见表 2。

表 2 两组患者中医证候积分比较 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	<i>n</i>	主症		次症		中医证候积分总分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
常规组	45	8.19±1.14	3.17±1.07 ^a	8.76±2.15	3.37±1.34 ^a	16.95±3.58	6.54±1.95 ^a
联合组	45	7.93±1.64	2.45±0.94 ^{ab}	8.34±2.22	2.79±0.94 ^{ab}	16.39±3.61	4.94±1.24 ^{ab}

注: 与治疗前比较, ^a $P<0.05$; 与对照组比较, ^b $P<0.05$ (下同)

2.3 两组颈椎疼痛程度比较 治疗后, 联合组患者颈椎疼痛程度各分量表评分均显著低于常规组 ($P<$

0.05), 见表 3。

表 3 两组患者颈椎疼痛程度比较 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	<i>n</i>	疼痛分级指数		视觉模拟疼痛量表		现时疼痛强度	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
常规组	45	4.57±1.41	3.91±1.09 ^a	3.59±1.49	2.44±1.24 ^a	3.47±0.64	2.14±0.53 ^a
联合组	45	4.73±1.38	2.81±1.11 ^{ab}	3.64±1.58	1.76±0.93 ^{ab}	3.41±0.73	1.75±0.61 ^{ab}

2.4 两组患者颈椎活动度比较 治疗后, 联合组患者左侧屈、右侧屈、左旋转、右旋转度均显著高于常规

组 ($P<0.05$), 见表 4。

表 4 两组患者颈椎活动度比较($\bar{x}\pm s$,度)

组别	n	左侧屈		右侧屈		左旋转		右旋转	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
常规组	45	26.98±3.45	39.57±4.11 ^a	27.69±3.68	39.69±4.16 ^a	39.87±3.64	57.27±4.58 ^a	41.27±3.61	59.73±4.58 ^a
联合组	45	27.54±3.36	44.27±4.15 ^{ab}	28.11±3.61	44.98±4.37 ^{ab}	41.24±3.91	64.17±4.52 ^{ab}	40.81±3.91	66.57±5.11 ^{ab}

2.5 两组患者运动功能比较 治疗后,联合组患者 NDI 各项评分均显著低于常规组 ($P<0.05$),见表 5。

表 5 两组患者运动功能比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	颈椎疼痛强度		头痛		集中注意力		睡眠		个人护理	
		干预前	干预 1 个月后	干预前	干预 1 个月后	干预前	干预 1 个月后	干预前	干预 1 个月后	干预前	干预 1 个月后
常规组	45	4.11±0.81	2.77±0.81 ^a	3.79±1.06	2.67±0.61 ^a	3.71±1.02	2.69±0.71 ^a	3.81±0.91	2.47±0.67 ^a	3.79±1.13	2.18±0.51 ^a
联合组	45	4.06±0.82	1.93±0.46 ^{ab}	4.11±1.32	2.07±0.53 ^{ab}	3.85±1.11	1.77±0.64 ^{ab}	3.69±0.87	1.72±0.38 ^{ab}	3.91±0.95	1.54±0.37 ^{ab}

组别	n	提起重物		阅读		工作		驾驶		娱乐	
		干预前	干预 1 个月后	干预前	干预 1 个月后	干预前	干预 1 个月后	干预前	干预 1 个月后	干预前	干预 1 个月后
常规组	45	3.89±0.88	2.77±0.62 ^a	4.03±1.01	2.37±0.39 ^a	4.09±1.01	2.17±0.41 ^a	3.89±1.02	2.19±0.93 ^a	4.18±0.83	2.61±0.66 ^a
联合组	45	4.08±0.81	1.59±0.37 ^{ab}	3.78±1.15	1.89±0.26 ^{ab}	3.97±1.05	1.94±0.58 ^{ab}	3.71±1.14	1.73±0.43 ^{ab}	4.01±0.98	1.29±0.61 ^{ab}

3 讨 论

近年来,中医疗法因具有简单易行、毒副反应少等优点,在临床广泛应用。中医上根据颈椎病临床症状将其归属于“痹证”“项痹”等范畴,认为发病外因是风寒入侵,气滞血瘀;经络阻塞,导致气血运行不畅,久则筋骨萎弱,筋脉拘挛,关节疼痛;内因是肝肾亏虚、气血不足,血脉空虚,不荣则引发颈椎疾病;另一方面,过度劳累、久病虚耗也会引发颈椎病^[9,10]。因此,中医主张治疗颈椎病的关键在于补益肝肾、温经散寒、行气活血。拔罐、针刺、艾灸均是中医上常用的治疗颈椎病手法,而温针灸是将针刺与艾灸的结合的治疗手法。罗萍^[11]等人的研究指出,温针灸结合针刺和艾灸的双重作用,发挥散寒祛瘀、温经通络、祛风止痛、补益气血等作用。因此,本研究将探究温针灸联合颈肩部拔罐对颈椎病患者颈肩疼痛、活动度和运动功能的影响。

研究结果显示,治疗后,与常规西医治疗相比,温针灸联合颈肩部拔罐治疗的联合组临床总有效率显著更高,治疗后,联合组主症、次症、中医证候积分总分均显著更低,联合组患者颈椎疼痛程度各分量表评分均显著更低,提示说明,与常规西医治疗,颈椎病患者接受温针灸联合颈肩部拔罐治疗临床疗效更优,能显著改善肩颈疼痛、上肢麻木等临床症状,减轻颈肩疼痛。尤阳^[12]等人的研究结果表示,将温针灸用于治疗颈椎病患者,其与本研究结果一致,温针灸对颈椎病患者颈肩疼痛和颈肩功能的改善作用更显著,临床治疗效果更良好,进一步证实了温针灸在颈椎病患者用的临床应用价值。分析原因,温针灸通过针刺穴位发挥疏通经气的作用;在留针期间,将艾条置于毫针后,艾条的热力通过毫针持续传入穴位,热量有助于扩张血管,改善颈肩部位微循环,同时在颈肩部产生热量,减轻椎动脉压迫、改善脑组织微循环。本研究温针灸选取夹脊穴为太阳膀胱与督脉的交会穴,针刺夹脊穴具有舒筋脉、行气血、止痛的作用,同时调理脏腑,补益肝肾。有研究指出^[13],针刺

夹脊穴具有改善颈椎神经和血管的作用,能有效调节颈部血液循环;针刺大椎穴可发挥行气止痛、散寒祛瘀、解表通阳的作用;风池穴是风寒等外邪入侵的门户,针刺该穴位具有除风止痛、除湿散寒、壮阳益气的作用。在针刺的基础上联合艾条使用,利用艾条的温热效应,加强针灸的疗效,且艾条本身具有活血养血、通络止痛的作用,联合使用发挥散寒祛瘀、温经止痛等作用,以改善患者的颈肩部疼痛,改善颈肩部功能^[14]。拔罐、温针灸均为中医治疗方法,联合使用,发挥 1+1>2 的效应,更好地发挥温经散寒、活血化瘀、祛风止痛的功效,促进患者康复。研究结果还显示,联合组患者左侧屈、右侧屈、左旋转、右旋转度均显著更高,联合组患者 NDI 各项评分均显著更低,提示说明,温针灸联合颈肩部拔罐治疗颈椎病患者能显著提高患者颈肩活动度和颈肩运动功能,进一步证实温针灸联合颈肩部拔罐治疗颈椎病的临床效果。

综上所述,与常规西医治疗,温针灸联合颈肩部拔罐治疗颈椎病患者临床疗效更优,对颈椎病患者临床症状、颈肩疼痛、活动度、运动功能的改善作用更优,值得临床推广应用。但考虑本研究样本量小,且本研究量表多为主观评价量表,具有一定的局限性,仍需在后续的研究中扩大样本量,选取更合适的量表进一步探究证实。

参考文献

[1] 李萌,张颖,王春方,等.本体感觉训练结合针刺治疗对颈型颈椎病的疗效观察[J].中国康复医学杂志,2023,38(5):642-646.
[2] 叶万国,杨易,洪恩四,等.椎针力敏穴治疗神经根、椎动脉混合型颈椎病的临床疗效观察[J].广州中医药大学学报,2023,40(3):630-635.
[3] 杨焕莹,王想福,赵道洲,等.桂枝加葛根汤联合针刺治疗神经根型颈椎病的研究进展[J].西部中医药,2023,36(8):149-152.
[4] 苏日亮,李翠,李修阳.温针灸联合小针刀治疗膝关节炎的疗效及血清 MMP-9、TIMP-1、COMP 水平变化观察[J].四川中医,2023,41(6):206-209.

基于“扶阳通督”理论探讨阳脉超能灸对脾肾阳虚证溃疡性结肠炎患者的疗效及血清 IL-17、TNF- α 的影响*

王若, 彭程, 王晶晶, 李雅芹, 吕品菊, 李旻 Δ

(江苏省中医院消化(脾胃病)科, 江苏 南京 210000)

摘要: 目的: 基于“扶阳通督”理论探讨阳脉超能灸对改善脾肾阳虚证溃疡性结肠炎患者的疗效及血清白细胞介素 17 (IL-17) 及肿瘤坏死因子 (TNF- α) 的影响。方法: 选取本院于 2021 年 1 月~2023 年 12 月期间收治的 150 例脾肾阳虚证溃疡性结肠炎患者为研究对象, 采用随机数字表法平均分为对照组与观察组, 其中对照组行常规西医治疗, 观察组在对照组基础上行阳脉超能灸, 对比两组疗效、中医证候积分、血清炎症因子水平 (包括 IL-17、TNF- α) 及全血细胞计数 (包括白细胞、红细胞及血小板计数)。结果: 治疗 3 周后观察组总有效率明显 (96.00%) 高于对照组 (84.00%) ($P<0.05$); 治疗 2 周及 3 周后观察组中医证候积分明显低于对照组 ($P<0.05$); 治疗 3 周后观察组 IL-17、TNF- α 水平、白细胞及血小板计数明显低于对照组, 红细胞计数明显高于对照组 ($P<0.05$)。结论: 对脾肾阳虚证溃疡性结肠炎患者使用阳脉超能灸治疗能够起到扶阳通督的作用, 对提高临床疗效、改善中医症状有突出效果, 还可控制血清炎症因子水平, 调节微循环。

关键词: 扶阳通督; 阳脉超能灸; 脾肾阳虚证; 溃疡性结肠炎

中图分类号: R 246.2 **文献标志码:** A **文章编号:** 1000-3649 (2024) 10-0214-03

溃疡性结肠炎属于炎症性肠病, 又被成为绿色癌症, 其病因复杂, 病变部位分布广, 病程较长, 且反复发作, 临床患者主要表现为腹痛、便血、呕吐等, 少部分人群会出现关节炎、肝功能障碍等症状, 且该疾病具有一定癌变倾向^[1-2]。目前临床治疗溃疡性结肠炎以药物治疗为主, 常用药物有美沙拉嗪、艾迪莎等, 短期用药疗效较为客观, 但长期使用药物毒性较大, 患者会产生耐药性, 出现不良反应, 且一旦停药复发概率较高^[3-4], 因此需要寻求一种辅助治疗方案来提高疗效, 减少药物使用。中医认为溃疡性结肠炎属于“泄泻”、“久痢”等范畴, 主要病因为外邪侵袭、饮食不节、情志内伤等所致, 脾肾阳虚证为该疾病主要证型之一, 《景岳全书·杂症谟·痢疾》中有言“凡里急后重者, 其病本不在广肠, 而在脾肾”。脾为先天之本, 肾为后天之本, 脾肾阳气亏虚, 会引发泄泻。阳虚体质疾病常见于消化系统、泌尿系统、

呼吸系统及循环系统, 阳气不足为阳虚体质产生的根本原因, 扶阳通督理论在中医学中常用来改善阳虚体质^[5-7]。阳脉超能灸是临床新型中医技术, 通过医疗器械辅助对患者穴位进行艾灸, 且温度可控, 但其临床应用报道尚缺乏, 尤其是尚未有从“扶阳通督”理论探讨其治疗消化系统疾病的临床研究, 本研究主要基于“扶阳通督”理论探讨阳脉超能灸在改善脾肾阳虚证溃疡性结肠炎患者的疗效及应用效果, 希望能丰富此类疾病临床相关治疗方案以及为阳脉超能灸的推广应用提供依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院于 2021 年 1 月~2023 年 12 月期间收治的 150 例脾肾阳虚证溃疡性结肠炎患者为研究对象, 采用随机数字表法平均分为对照组与观察组。诊断标准: (1) 西医诊断标准: 参考《炎症性肠病诊断与治疗的共识意见》^[8], 即持续或反复性腹泻、

* 基金项目: 国家中医药管理局高水平中医药重点学科项目 (中医脾胃病学) (国中医药人教函 [2023] 85 号); 江苏省中医消化病医学创新中心 (苏卫科教 [2022] 15 号)。第一作者: 王若, 本科, 研究方向: 中医相关, E-mail: 13390760220@163.com。 Δ 通讯作者: 李旻, 本科, 研究方向: 中医相关, E-mail: 852744862@qq.com。

- [5] 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.
- [6] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则 (试行). 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 346-347.
- [7] 黄春华, 刘汉顺, 崔竞成, 等. 针刺筋膜疼痛触发点治疗神经根型颈椎病临床疗效观察 [J]. 安徽中医药大学学报, 2023, 42 (4): 44-48.
- [8] 李标, 蒋花, 周伟松, 等. 风池穴电针联合阿是穴对椎动脉型颈椎病患者 CASCs 评分、NDI 评分及眩晕程度的影响 [J]. 海南医学, 2020, 31 (7): 845-848.
- [9] 冯天笑, 李康健, 于大伟, 等. 中医手法治疗颈型颈椎病随机对照试验的质量评价研究 [J]. 中国全科医学, 2022, 25 (29): 3664-3671.
- [10] 晏圣松, 尉迎丽, 唐流刚. 郑氏“颈四步”手法推拿对神经根型颈椎病患者颈功能活动度及实验室指标的影响 [J]. 吉林中医药, 2023, 43 (8): 980-984.
- [11] 罗萍, 何庆生. “颈腰同治”温针灸治疗颈型颈椎病 [J]. 长春中医药大学学报, 2023, 39 (7): 777-781.
- [12] 尤阳, 孔胜建. 温针灸联合颈肩同步牵引治疗神经根型颈椎病的临床研究 [J]. 颈腰痛杂志, 2022, 43 (3): 461-462.
- [13] 梁永璞, 周帅亮, 李德华, 等. 针刺颈夹脊穴治疗椎动脉型颈椎病临床疗效及对血管内皮功能的影响 [J]. 现代中西医结合杂志, 2023, 32 (5): 676-679.
- [14] 吴树钦, 林冬莉, 郑凉, 等. 基于“颈腰同治”理论温针灸疗法对神经根型颈椎病患者椎动脉血流速度及颈椎功能的影响 [J]. 长春中医药大学学报, 2021, 37 (6): 1363-1366.

(收稿日期 2024-05-08)