DOI:10.13193/j.issn.1673-7717.2025.11.044

蠲痹汤加减结合雷火灸大椎穴治疗颈型颈椎病(寒湿阻络型)临床效果观察

张宝庆[1],李文高[1],党建军[1],李聪[2]
(1.陕西省中医医院,陕西 西安 710000;2.陕西中医药大学,陕西 咸阳 712046)

摘要:目的 探讨蠲痹汤加减结合雷火灸大椎穴治疗颈型颈椎病(寒湿阻络型)临床效果。方法 研究合计纳入颈型颈椎病(寒湿阻络型)患者120例,采取随机数字表法将患者分为常规组与中医组,各组60例,常规组患者均采取塞来昔布胶囊治疗,中医组患者采取塞来昔布胶囊及蠲痹汤加减结合雷火灸大椎穴治疗,研究过程中常规组脱落4例,中医组脱落3例,对比各组数据:临床治疗效果、治疗前后中医证候积分(颈肩部疼痛及麻木、胸闷、头痛、纳呆、上肢沉重等)变化及转化生长因子β1(transforming growth factor-β1,TGF-β1)、白细胞介素-1β(interleukin-1β,IL-1β)、血清肿瘤坏死因子-α(tumor necrosis factor α,TNF-α)等血清水平变化、颈椎生理曲度及疼痛量表(visual analog scale,VAS)评分变化、颈椎病临床评价量表(clinicol assessment scale for cervical spondylosis,CASCS)评分及颈椎功能障碍指数(neck disabilitv index,NDI)评分变化、不良反应。结果 中医组患者治疗总有效率(96.49%,55/57)比常规组(85.71%,48/56)更高($P<0.05$);治疗后各组患者的中医证候积分(颈肩部疼痛及麻木、胸闷、头痛、纳呆、上肢沉重等)、TGF-β1、IL-1β及TNF-α水平、VAS评分均下降,颈椎生理曲度指标上升,CASCS评分以及NDI评分均改善,中医组患者治疗后中医证候积分(颈肩部疼痛及麻木、胸闷、头痛、纳呆、上肢沉重等)、TGF-β1、IL-1β及TNF-α水平、VAS评分低于常规组,颈椎生理曲度大于常规组,CASCS评分以及NDI评分优于常规组($P<0.05$);中医组患者治疗不良反应率(1.75%,1/57)比常规组(12.50%,7/56)更低($P<0.05$)。结论 蠲痹汤加减结合雷火灸大椎穴治疗颈型颈椎病(寒湿阻络型)临床效果良好,患者症状改善,颈椎功能恢复较好,治疗安全可靠。

关键词:颈型颈椎病;寒湿阻络型;蠲痹汤加减;雷火灸大椎穴;临床疗效;不良反应;疼痛
中图分类号:R274.981.55 **文献标志码**:A **文章编号**:1673-7717(2025)11-0217-04

Clinical Effect of Modified Juanbi Decoction(蠲痹汤加减) Combined with Thunder-Fire Moxibustion at Dazhui(DU14) in Treatment of Cervical Spondylosis(Cold-Dampness Blocking Collateral Type)

ZHANG Baoqing[1],LI Wengao[1],DANG Jianjun[1],LI Cong[2]
(1.Shaanxi Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine,Xi'an 710000,Shaanxi,China;
2.Shaanxi University of Traditional Chinese Medicine,Xianyang 712046,Shaanxi,China)

Abstract:*Objective* To explore the clinical effect of Modified Juanbi Decoction(蠲痹汤加减) combined with thunder-fire moxibustion at Dazhui(DU14) in the treatment of cervical spondylosis. *Methods* A total of 120 patients with cervical spondylosis(cold-dampness blocking collateral type) admitted from September 2022 to September 2023 were included in the study. The patients were divided into the conventional group and the traditional Chinese medicine group by random number table method, with 60 cases in each group. The conventional group was treated with Celecoxib Capsule,while the traditional Chinese medicine group was treated with Celecoxib Capsule and Modified Juanbi Decoction combined with thunder-fire moxibustion at Dazhui(DU14). During the study,4 cases fell off in the conventional group and 3 cases fell off in the traditional Chinese medicine group. The data of each group,including clinical treatment efficacy,the traditional Chinese medicine syndrome scores(neck and shoulder pain and numbness,chest tightness,headache,nausea,upper limb heaviness,etc.) before and after treatment, serum the levels of transforming growth factor-β1(TGF-β1),interleukin-1β(IL-1β) and tumor necrosis factor alpha(TNF-α),the changes of cervical physiological curvature and pain scale(visual analog scale,VAS) scores,the cervical spondylosis(CASCS) scores and neck disability index(NDI) scores and adverse reactions were observed and compared. *Results* The total effective rate of the traditional Chinese medicine group(96.49%,55/57) was higher than that of the conventional group(85.71%,48/56)($P<0.05$). After treatment,the TCM syndrome scores(neck and shoulder pain and numbness,chest tightness,headache,nausea,upper limb heaviness,etc.),the levels of TGF-β1,IL-1β and TNF-α and VAS scores were all decreased in both groups,

基金项目:陕西省自然科学基金青年项目(2024JC-YBQN-0948);陕西省自然科学基础研究计划项目(2019JQ-557);陕西省三秦学者创新团队项目(陕组通字〔2020〕45号);陕西省名中医传承工作室建设项目(陕中医药发2019019)
作者简介:张宝庆(1992-),男,陕西西安人,主治医师,硕士,研究方向:脊柱外科。
通讯作者:党建军(1966-),男,陕西西安人,主任医师,学士,研究方向:中医骨伤病。E-mail:dang6@126.com。

physiological curvature indexes of cervical vertebra were increased, CASCS scores and NDI scores were improved. The above indexes in the traditional Chinese medicine group were lower than those in the conventional group, and the physiological curvature of cervical spine was higher than that in the conventional group, CASCS scores and NDI scores were higher than those in the conventional group ($P<0.05$). The adverse reaction rate of the traditional Chinese medicine group (1.75%, 1/57) was lower than that of the conventional group (12.50%, 7/56) ($P<0.05$). *Conclusion* Modified Juanbi Decoction combined with thunder-fire moxibustion at Dazhui (DU14) in the treatment of cervical spondylosis (cold-dampness blocking collateral type) has good clinical effect, with improved symptoms and better cervical function recovery, and the treatment is safe and reliable.

Keywords: cervical spondylosis; cold-dampness blocking collateral type; Modified Juanbi Decoction (蠲痹汤加减); thunder-fire moxibustion at Dazhui (DU14); clinical effect; adverse reactions; pain

颈型颈椎病是临床常见疾病，又称为局部型颈椎病，发病后患者出现肩颈部疼痛及僵硬等症状，患者常伴有椎体不稳、轻度骨质增生等生理变化[1-3]。近年来，颈型颈椎病发病率显著上升，影响患者日常生活，引起临床关注[4-5]。临床治疗颈型颈椎病多采取保守治疗，塞来昔布胶囊为常用药物，可较好改善患者病情，但临床疗效并不十分显著[6-8]。中医对颈型颈椎病具有一定认识，治疗该病具有一定优势，故而引起临床重视[9-11]。临床总结发现，寒湿阻络型颈型颈椎病是比较常见证型，该病患者发病是由寒湿之邪入侵机体，阻滞患者颈部脉络故而发病，故而可给予该病患者祛寒除湿、除痹止痛、化瘀通络之法治疗[12-14]。蠲痹汤加减结合雷火灸大椎穴具有较好祛寒除湿、除痹止痛、化瘀通络之功效，乃治疗颈型颈椎病（寒湿阻络型）有效方案，取得较好临床效果，可深入探讨。故而本次纳入120例颈型颈椎病（寒湿阻络型）患者进行分组，探讨蠲痹汤加减结合雷火灸大椎穴治疗效果，报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 研究合计纳入2022年9月—2023年9月收治的颈型颈椎病（寒湿阻络型）患者120例，采取随机数字表法将患者分为常规组与中医组，每组60例。研究过程中常规组脱落4例，中医组脱落3例。常规组56例，男26例，女30例，年龄20~69岁，平均（56.24±4.23）岁，病程2~18个月，平均（11.65±2.12）个月。中医组57例，男27例，女30例，年龄20~70岁，平均（56.24±4.23）岁，病程2~19个月，平均（11.59±2.22）个月。中医组与常规组患者临床资料比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。

1.2 诊断标准 西医诊断颈型颈椎病参照《颈椎病的分型、诊断及非手术治疗专家共识（2018）》[15]：颈项肩部疼痛，影像学检查提示患者颈椎正常或者退行性改变。中医诊断颈型颈椎病（寒湿阻络型）参照《中药新药临床研究指导原则》[16]：主症-颈肩部疼痛及麻木、遇寒加重、遇热缓解；次症-胸闷、头痛、纳呆、上肢沉重；舌脉-舌淡、苔白腻、脉沉迟。

1.3 纳入排除标准 纳入标准：符合颈型颈椎病诊断，中医辨证为寒湿阻络型；自愿加入本次研究；年龄20~70岁之间，病程2~19个月之间；可接受塞来昔布胶囊、蠲痹汤加减、雷火灸大椎穴治疗；伦理批准研究进行[批件号：（2023）伦审第（48）号]。排除标准：其他类型颈椎病；1周内接受其他方法治疗；合并免疫疾病；局部感染与溃疡；凝血功能异常；心理疾病与精神疾病无法配合治疗与研究等。

1.4 治疗方法 常规组：口服塞来昔布胶囊（厂家为北京亚宝生物药业有限公司；国药准字为H2022301819；规格：0.2 g）进行治疗，1次/d，0.2 g/次，治疗1个月。中医组：接受塞来昔布胶囊常规治疗，并结合蠲痹汤加减结合雷火灸大椎穴治疗。蠲痹汤加减：桑枝15 g，海风藤10 g，肉桂10 g，独活10 g，羌活10 g，川芎10 g，秦艽10 g，当归10 g，木香6 g，乳香6 g，甘草6 g。湿偏重患者加薏苡仁10 g、茯苓20 g；寒偏重患者加制川乌3 g、细辛6 g。水煎煮，1剂/d，取汁450 mL，分早中晚各150 mL服药，治疗1个月时间。雷火灸大椎穴：雷火灸条主要成分为艾绒、木香、麝香、穿山甲、羌活、茵陈、干姜、乳香、沉香等。于患者大椎穴3 cm位置进行雷火灸治疗，患者取坐位，将雷火灸条点燃，进行温和灸，时间为30 min，施展灸法过程中需保证患者的安全，避免温度过高烫伤患者皮肤。施灸后取患者双侧颈夹脊穴及风池、天柱、曲池及列缺、悬钟、后溪等穴进行针刺治疗，消毒穴位，采取平补平泻手法针刺治疗，留针30 min，隔日1次，治疗1个月。

1.5 观察指标 ①对比常规组与中医组患者临床疗效[17]。显效-患者肩颈部疼痛及麻木等症状消失，颈部、肢体活动恢复正常，对日常生活无影响；有效-患者肩颈部疼痛及麻木等症状显著好转，颈部、肢体活动恢复较好，对日常生活影响较小；无效-治疗后未达到显效、有效标准。总有效率=显效率+有效率。②对比常规组与中医组患者治疗前后的颈肩部疼痛及麻木、胸闷、头痛、纳呆、上肢沉重等中医证候积分情况，各项证候积分0~3分，分值越高表示患者证候越严重[18]。③对比常规组与中医组患者治疗前后血清转化生长因子β1（transforming growth factor-β1，TGF-β1）、白细胞介素-1β（interleukin-1β，IL-1β）、血清肿瘤坏死因子-α（tumor necrosis factor α，TNF-α）水平，采取酶联免疫吸附法进行测定。④对比常规组与中医组患者治疗前后颈椎生理曲度及疼痛量表（visual analog scale，VAS）评分变化。颈椎生理曲度测定：采取采用Borden法测定颈椎生理曲度C值，拍摄颈椎X线侧位片。VAS评分[19]：0~10分，分值越高表示患者颈肩部疼痛越剧烈。⑤对比常规组与中医组患者治疗前后颈椎病临床评价量表（clinicol assessment scale for cervical spondylosis，CASCS）[20]评分及颈椎功能障碍指数（neck disabilitv index，NDI）[21]评分变化。CASCS评分标准：包括临床体征及症状、适应能力等内容，总分0~100分，分值越高表示患者恢复越好。NDI评分：评估颈痛强度及其对患者日常生活影响，指数越高表示患者颈椎功能恢复越差。⑥对比常规组与中医组患者不良反应。

1.6 统计学方法 各组患者的数据录入SPSS 26.0软件处理，计量资料（中医证候积分、TGF-β1、IL-1β及TNF-α水平、VAS评分、颈椎生理曲度、CASCS评分以及NDI评分等）与计数资料（临床疗效和不良反应等）分别实施t/χ^2检验，当$P<0.05$时，说明数据比较差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效比较 中医组患者治疗总有效率（96.49%）比常规组（85.71%）更高（$P<0.05$）。见表1。

2.2 中医证候积分比较 各组治疗后的颈肩部疼痛及麻木、胸闷、头痛、纳呆、上肢沉重等中医证候积分均下降，中医组治疗后中医证候积分均低于常规组（$P<0.05$）。见表2。

表 1 两组颈型颈椎病(寒湿阻络型)患者临床疗效比较

单位:例(%)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
常规组	56	36	12	8	48(85.71)
中医组	57	46	9	2	55(96.49)
χ^2 值	-	-	-	-	4.067 2
P 值	-	-	-	-	0.043 7

2.3 血清 TGF-β1、IL-1β 及 TNF-α 水平比较 各组治疗后的 TGF-β1、IL-1β 及 TNF-α 水平均下降,中医组治疗后 TGF-β1、IL-1β 及 TNF-α 水平均低于常规组($P<0.05$)。见表 3。

2.4 颈椎生理曲度及 VAS 评分比较 各组治疗后的颈椎生理曲度均上升,VAS 评分下降,中医组治疗后颈椎生理曲度高于常规组,VAS 评分低于常规组($P<0.05$)。见表 4。

表 2 两组颈型颈椎病(寒湿阻络型)患者中医证候积分比较($\bar{x}\pm s$)

单位:分

组别	例数	治疗时间	颈肩部疼痛及麻木	胸闷	头痛	纳呆	上肢沉重
常规组	56	治疗前	2.39±0.18	1.94±0.25	1.79±0.21	1.94±0.22	2.00±0.25
		治疗后	0.59±0.09*	0.50±0.06*	0.48±0.05*	0.43±0.04*	0.50±0.06*
中医组	57	治疗前	2.41±0.16	1.89±0.31	1.81±0.19	2.00±0.15	2.03±0.23
		治疗后	0.21±0.08*#	0.18±0.05*#	0.14±0.03*#	0.16±0.05*#	0.15±0.04*#

注:* 与各组治疗前比较,$P<0.05$;# 与常规组治疗后比较,$P<0.05$。

表 3 两组颈型颈椎病(寒湿阻络型)患者 TGF-β1、IL-1β 及 TNF-α 水平比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	治疗时间	TGF-β1/(μg/L)	IL-1β/(pg/mL)	TNF-α/(μg/L)
常规组	56	治疗前	1.33±0.29	10.06±2.05	4.09±0.58
		治疗后	0.56±0.10*	6.42±1.53*	2.26±0.39*
中医组	57	治疗前	1.29±0.31	10.01±1.99	4.11±0.60
		治疗后	0.42±0.09*#	5.16±1.02*#	1.24±0.29*#

注:* 与各组治疗前比较,$P<0.05$;# 与常规组治疗后比较,$P<0.05$。

表 4 两组颈型颈椎病(寒湿阻络型)患者颈椎生理曲度及 VAS 评分比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	治疗时间	颈椎生理曲度/(°)	VAS 评分/(分)
常规组	56	治疗前	1.49±2.34	5.96±0.58
		治疗后	3.39±2.12*	1.95±0.57*
中医组	57	治疗前	1.51±2.29	6.10±0.62
		治疗后	5.86±2.49*#	0.95±0.15*#

注:* 与各组治疗前比较,$P<0.05$;# 与常规组治疗后比较,$P<0.05$。

2.5 CASCS 评分以及 NDI 评分比较 各组治疗后的 CASCS 评分以及 NDI 评分均改善,中医组治疗后 CASCS 评分以及 NDI 评分均优于常规组($P<0.05$)。见表 5。

表 5 两组颈型颈椎病(寒湿阻络型)患者 CASCS 评分以及 NDI 评分比较($\bar{x}\pm s$)

单位:分

组别	例数	治疗时间	ASCS 评分	NDI 评分
常规组	56	治疗前	70.34±4.93	33.25±5.23
		治疗后	85.23±3.31*	17.65±2.12*
中医组	57	治疗前	70.29±5.00	33.21±5.18
		治疗后	91.24±2.17*#	13.95±2.05*#

注:* 与各组治疗前比较,$P<0.05$;# 与常规组治疗后比较,$P<0.05$。

2.6 治疗不良反应比较 中医组治疗不良反应率(1.75%)比常规组(12.50%)更低($P<0.05$)。见表 6。

表 6 两组颈型颈椎病(寒湿阻络型)患者不良反应比较

单位:例(%)

组别	例数	恶心	呕吐	腹痛	总不良反应
常规组	56	4	2	1	7(12.50)
中医组	57	1	0	0	1(1.75)
χ^2 值	-	-	-	-	4.958 2
P 值	-	-	-	-	0.026 0

3 讨论

中医并无颈型颈椎病病名,将其纳入“痹证”“项痹”等范畴[22-24]。中医认为,该病发生与自身体质、饮食及情志、环境等因素具有密切关系[25]。该病病机较为复杂,对其记载较多[26]。《济生方·痹》记载:“皆因体虚,腠理空疏,受风寒湿气及饮食而成痹也。”《证治准绳》记载:“颈项强直证……脉浮而紧,此风寒客于阳经也”。寒湿阻络型颈型颈椎病是临床常见中医证型,寒湿之邪入侵机体颈项部肌表经络,寒性凝滞、湿邪加重,阻滞脉络,导致气血失畅,不通则痛。故而治疗该类疾病当以祛寒除湿、疏经通络之法[27-28]。蠲痹汤出自《医学心语》,该方具有较好祛风除湿、活血化瘀及调经活络、强劲筋骨功效[29]。本次给予颈型颈椎病(寒湿阻络型)患者蠲痹汤加减治疗,取得较好效果。蠲痹汤加减是由桑枝、海风藤、肉桂、独活、羌活、川芎及秦艽、当归、木香及乳香、甘草等中药组成,方中桑枝可祛风湿、利关节;海风藤具有祛风湿、通经络、止痹痛等功效;肉桂可温中散寒、理气止痛;独活具有祛风除湿、通痹止痛等功效;羌活具有解表散寒、祛风除湿、止痛等功效;川芎可活血化瘀、疏经通络;秦艽可祛风湿、清湿热、止痹痛;当归可补血活血、调经止痛;木香可行气止痛、健脾;乳香可活血定痛;甘草可益气补中、解毒、止痛。湿偏重患者加薏苡仁、茯苓,薏苡仁可利水渗湿、健脾、除痹、解毒;茯苓可利水渗湿、健脾及宁心安神,可较好祛湿。寒偏重患者加制川乌、细辛,制川乌可祛风除湿、温经止痛;细辛可解表散寒,祛风止痛,可较好驱寒改善患者病情。现代药理指出,桑枝可抗氧化、抗炎及抗肝损伤;肉桂可抗炎抑菌、抗氧化;独活有抗关节炎、镇痛、镇静作用;羌活可抗炎、镇痛、解热;川芎具有镇痛、抗炎、抗氧化能力等作用;秦艽可镇静、镇痛、抗炎;当归可增强机体免疫力;乳香可抗炎镇痛、抗菌;甘草可抗炎、抗过敏、调节免疫、保护肝脏。诸药配伍具有较好祛风除湿、散寒止痛、疏经通络、化瘀、止痛等功效[30]。

中医针灸疗法可改善局部循环,缓解疼痛,该方法对颈型颈椎病患者具有积极影响[30-31]。灸法具有温热特性,可弥补针刺治疗颈型颈椎病的缺陷,可通可补[32]。雷火灸发挥灸及药双重作用,本次给予颈型颈椎病患者雷火灸大椎穴治疗,取得较好临床效果。大椎属于阳中之阳穴位,大椎穴可调节机体一身阳气。本次以雷火灸条艾灸患者大椎穴,灸条由艾绒、木香、麝香、穿山甲、羌活、茵陈、干姜、乳香、沉香组成,其中艾绒可驱寒除湿、消除疲劳;木香可行气止痛、健脾;麝香可活血通经;穿山甲可宣通脏腑、贯彻经络、透达关窍;羌活可解表散寒、祛风除湿、止痛;茵陈可清利湿热;干姜可温中散寒、回阳通脉;

乳香可活血定痛;沉香可行气止痛、温中止呕、纳气平喘。灸条药性结合雷火灸可较好祛风除湿、散寒止痛、舒经活络,可较好改善颈型颈椎病(寒湿阻络型)患者寒湿之邪,疏通颈部脉络,故而改善患者病情,与蠲痹汤加减方治疗提升疗效,达到本次治疗目的。数据显示,中医组患者治疗总有效率(96.49%)比常规组(85.71%)更高,提示蠲痹汤加减结合雷火灸大椎穴治疗颈型颈椎病(寒湿阻络型)临床效果显著。中医组患者治疗后中医证候积分(颈肩部疼痛及麻木、胸闷、头痛、纳呆、上肢沉重等)、VAS 评分低于常规组,颈椎生理曲度大于常规组,CASCS 评分以及 NDI 评分优于常规组,提示蠲痹汤加减结合雷火灸大椎穴可较好改善颈型颈椎病(寒湿阻络型)患者病症,改善患者颈椎功能。颈型颈椎病患者发病后机体呈炎症反应,加重患者病情。TGF-β1、IL-1β 及 TNF-α 为临床常用的机体炎症状态评估指标,颈型颈椎病患者发病后以上指标显著上升,而蠲痹汤加减结合雷火灸大椎穴具有较好抗炎抑菌等作用,故而可较好缓解机体炎症状态,有利于疾病好转。中医组患者治疗不良反应率(1.75%)比常规组(12.50%)更低,提示蠲痹汤加减结合雷火灸大椎穴治疗颈型颈椎病(寒湿阻络型)安全可靠。

综上所述,蠲痹汤加减结合雷火灸大椎穴治疗颈型颈椎病(寒湿阻络型)效果佳,患者症状好转,颈椎功能恢复好,治疗比较安全、可靠。

参考文献

[1] 王永强,龚海洋,赵磊,等. 深刺温针灸联合中医定向透药疗法治疗寒湿痹阻型椎动脉型颈椎病 48 例[J]. 环球中医药,2022,15(10):1954-1957.
[2] 燕文海,谭明生,顾天雯,等. 脊髓型颈椎病中医证型与脊髓 MRI 征象相关性研究[J]. 中国中医急症,2022,31(9):1337-1340.
[3] 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.
[4] 孙圆圆,徐霞,王亚洁,等. 气血亏虚型神经根型颈椎病中医辨证施护疗效评价的 Meta 分析[J]. 西部中医药,2022,35(5):54-61.
[5] 王辉昊,詹红生. 颈椎病中医实验动物模型的研究进展[J]. 中华中医药杂志,2022,37(6):3335-3339.
[6] 李梁,赵晓玲,詹常森. 治疗脊髓型颈椎病的中药组方及临床评价研究进展[J]. 中成药,2023,45(3):861-865.
[7] 魏加树. 自拟益气活血方治疗椎动脉型颈椎病的临床疗效观察——评《颈椎病中医治疗与调养》[J]. 世界中医药,2023,18(14):2106.
[8] 叶文国,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.
[9] 孙思东,韩涛,赵静. 桂枝加葛根汤联合颈椎整脊治疗神经根型颈椎病[J]. 长春中医药大学学报,2023,39(2):166-170.
[10] 肖勇,刘王皓,孙伟,等. 薏苡仁汤加味治疗神经根型颈椎病(风寒湿证)急性发作期的疗效观察[J]. 中国中医急症,2023,32(1):111-113.
[11] 叶子丰,朱亮亮,常裕绅,等. 基于 CiteSpace 的针灸治疗神经根型颈椎病可视化分析[J]. 中医药导报,2023,29(6):124-129,164.
[12] 王巧芸,徐芳园,张文超,等. 隔药灸贴治疗神经根型颈椎病肝肾不足证疗效及对血浆炎症因子的影响[J]. 中国中医药信息杂志,2023,30(10):168-172.
[13] 蔡建辉,李洪涛,吴振华,等. 输刺结合痹祺胶囊治疗神经根型颈椎病的临床疗效观察[J]. 世界中医药,2023,18(13):1892-1895.
[14] 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.
[15] 李智俐,屈绮文,林漫婷. 滋水涵木活血方结合"颈腰同治"针灸法治疗椎动脉型颈椎病(肝肾不足证)的临床观察[J]. 中医药导报,2023,29(9):68-71,81.
[16] 陈君,李立国,宁南义,等. 针刺联合推拿治疗神经根型颈椎病的疗效及对患者肩部疼痛、颈椎活动度的影响[J]. 湖北中医药大学学报,2023,25(2):90-92.
[17] 王旭,高群兴,李冠彦. 整脊手法联合塞来昔布在急性期神经根型颈椎病治疗中的应用[J]. 中国中医急症,2023,32(10):1778-1781.
[18] 刘小卫,危威,蒋全睿,等. 拨按手三阳经筋远端部对青年颈型颈椎病患者颈部功能改善效应的临床观察[J]. 湖南中医药大学学报,2023,43(10):1858-1863.
[19] 查振庭,何康乐,杨友权,等. 颈痛汤内服配合整脊推拿治疗风寒湿痹型神经根型颈椎病[J]. 长春中医药大学学报,2023,39(9):1006-1011.
[20] 杨小瑞,曹林忠,胡康一,等. 手法治疗神经根型颈椎病的研究进展[J]. 中国中医急症,2023,32(3):560-564.
[21] 罗金峰,秋曙祎,王志民,等. 颈椎后路单开门椎管扩大成形跳跃式与连续性微型钛板固定治疗多节段脊髓型颈椎病的 Meta 分析[J]. 中医正骨,2023,35(10):31-36.
[22] 蔡毅,赵继荣,陈祁青,等. 基于"补肾益髓"理论探讨脊髓型颈椎病的病机及临床治疗[J]. 西部中医药,2023,36(4):142-145.
[23] 邓越,王桂玲,姚金,等. 颈神经不同支配区合谷刺治疗神经根型颈椎病(气滞血瘀证)的临床研究[J]. 中国中医急症,2023,32(6):978-982.
[24] 冯天笑,符碧峰,霍路遥,等. 基于复杂网络分析王平教授治疗神经根型颈椎病的用药规律[J]. 西部中医药,2023,36(1):18-22.
[25] 宁运乾,邹焕汶,朱允滔,等. 跌打热敷散结合间歇颈牵引治疗青年颈型颈椎病[J]. 长春中医药大学学报,2023,39(9):1017-1020.
[26] 王凯,宋敏,巩彦龙,等. 活血定眩胶囊治疗椎动脉型颈椎病的临床疗效与药理作用研究进展[J]. 中成药,2023,45(11):3708-3712.
[27] 黄显兵,利锦,黎家鸿,等. "上病下治"整脊法治疗神经根型颈椎病的疗效观察[J]. 广州中医药大学学报,2023,40(7):1729-1733.
[28] 谢云港,刘荣顺,辛永健,等. 通脉化瘀胶囊治疗椎动脉型颈椎病的疗效及对患者椎动脉血流、颈椎功能的影响[J]. 吉林中医药,2023,43(9):1055-1058.
[29] 范海霞,张宁,王俊. 温针灸结合补肾祛寒治尪汤治疗神经根型颈椎病(寒湿阻络证)的临床观察[J]. 中国中医急症,2023,32(2):294-296.
[30] 刘小丽,李盈莹,叶文平. 温针灸联合身痛逐瘀汤治疗气滞血瘀型神经根型颈椎病的临床研究[J]. 中国医药导报,2023,20(15):159-162.
[31] 冯亮,秦美影,龙翔宇. 理筋推拿联合益气活血汤对气虚血瘀型椎动脉型颈椎病患者的临床疗效[J]. 中成药,2022,44(10):3397-3400.
[32] 张田宁,田千慧,朱咏梅,等. 颈舒汤加减联合推拿康复治疗混合型颈椎病疗效观察[J]. 安徽中医药大学学报,2022,41(3):36-40.