

## 和胃平肝饮治疗痰湿阻络型颈椎病的临床观察

林文麟<sup>1</sup> 林建南<sup>1△</sup> 陈志慧<sup>1</sup> 林定华<sup>1</sup> 许一雷<sup>1</sup> 胡心影<sup>1</sup> 叶朱文<sup>1</sup>

**[摘要]** 目的:探讨和胃平肝饮在治疗痰湿阻络型颈椎病中的临床效果。方法:选取 2024 年 8 月至 2025 年 5 月收治的 72 例痰湿阻络型颈椎病(椎动脉型)患者,采用随机数字表法将其分为两组,观察组和对照组各 36 例。对照组患者给予塞来昔布胶囊基础治疗,观察组患者给予和胃平肝饮治疗,治疗周期为 14 d。观察比较两组患者的临床疗效、不良反应发生率及治疗前后中医证候评分、ESCV 评分、NDI 评分、JOA 评分和椎基底动脉血流动力学指标。结果:治疗后观察组总有效率达 91.7%(33/36),明显优于对照组(75.0%,27/36),两组之间差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。两组中医证候评分与治疗前比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),同时观察组与对照组相比,其证候评分明显降低,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。两组 ESCV 评分与治疗前比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),观察组得分明显下降且低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。两组患者 NDI 评分相较于治疗前均降低,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );而 JOA 评分相对于治疗前有所提高,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );观察组这两项指标的改善与对照组相比差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。椎基底动脉各项参数两组患者均相对于治疗前有明显的改善( $P < 0.05$ ),观察组患者各项参数变化与对照组比差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。在治疗周期内各组患者的不良反应发生率差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。结论:和胃平肝饮能够明显提高痰湿阻络型颈椎病患者的颈椎功能,改善椎基底动脉的血液动力学指标,减轻眩晕等症状,是一种安全、有效的治疗方法。

**[关键词]** 痰湿阻络;颈椎病;和胃平肝饮;阳明为先;临床观察

**[中图分类号]** R681.5 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 1005-0205(2026)03-0079-05

**DOI:** 10.20085/j.cnki.issn1005-0205.260312

## Clinical Observation on the Treatment of Cervical Spondylosis with Phlegm-Dampness Obstructing Meridians by He Wei Ping Gan Decoction

LIN Wenlin<sup>1</sup> LIN Jiannan<sup>1△</sup> CHEN Zhihui<sup>1</sup> LIN Dinghua<sup>1</sup>  
XU Yilei<sup>1</sup> HU Xinying<sup>1</sup> YE Zhuwen<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Rui'an Hospital of Traditional Chinese Medicine, Ruian 325200, Zhejiang China.

**Abstract Objective:** To explore the clinical effect of He Wei Ping Gan decoction in the treatment of the cervical spondylosis of phlegm-dampness blocking the collaterals type (vertebral artery type). **Methods:** A total of 72 patients with cervical spondylosis of the phlegm-dampness blocking the collaterals type (vertebral artery type) from August 2024 to May 2025 were selected and randomly divided into two groups (observation group and control group) using the random number table method, with 36 patients in each group. The control group received celecoxib capsules as the basic treatment, while the observation group was treated with He Wei Ping Gan decoction. The treatment duration was 14 d. Then, the clinical efficacy, adverse reaction rate, and TCM syndrome scores, ESCV scores, NDI scores, JOA scores, and hemodynamic parameters of the vertebral basilar artery were observed and compared between the two groups before and after treatment.

**Results:** After treatment, the total effective rate of the observation group was 91.7% (33/36), which was significantly higher than that of the control group (75.0%, 27/36), and the difference between the two groups was statistically significant ( $P < 0.05$ ). There was a significant difference in TCM syndrome scores compared with those before treatment ( $P < 0.05$ ), and the syndrome scores of the observation

基金项目:浙江省中医药科技计划项目(2025ZX220)

<sup>1</sup> 瑞安市中医院(浙江 瑞安, 325200)

<sup>△</sup>通信作者 E-mail:775189262@qq.com

group were significantly lower than those of the control group ( $P < 0.05$ ). There was a significant difference in ESCV scores compared with those before treatment ( $P < 0.05$ ), and the scores of the observation group decreased significantly and were lower than those of the control group ( $P < 0.05$ ). The NDI scores of both groups decreased compared with those before treatment ( $P < 0.05$ ), and the JOA scores increased compared with those before treatment ( $P < 0.05$ ). The improvements of these two indicators in the observation group were significantly different from those in the control group ( $P < 0.05$ ). In terms of the parameters of the vertebral basilar artery, both groups showed significant improvement compared with those before treatment ( $P < 0.05$ ), and the changes in the parameters of the observation group were significantly different from those of the control group ( $P < 0.05$ ). Finally, there was no significant difference in the incidence of adverse reactions between the two groups during the treatment period ( $P > 0.05$ ). **Conclusion:** He Wei Ping Gan decoction can significantly improve cervical function in patients with phlegm-dampness obstructing the collaterals type of cervical spondylosis, enhance hemodynamic parameters of the vertebral-basilar artery, and alleviate symptoms such as dizziness. It is a safe and effective treatment approach.

**Keywords:** phlegm-dampness obstructing the meridians; cervical spondylosis; He Wei Ping Gan decoction; Yangming channel involved first; clinical observation

颈椎病是一种因长期维持不良体位或慢性积累性损伤引发的脊柱退行性病理改变,其主要特征包括颈椎骨质增生及椎间盘退变突出。其可通过压迫邻近的神经根、脊髓及椎动脉等结构,进而导致出现一系列症状,如肩区域酸胀疼痛、上肢放射性麻木、短暂性脑缺血所致的眩晕、特定肌群肌力减退,严重者甚至可能出现运动功能障碍乃至四肢瘫痪等神经系统损害表现<sup>[1-2]</sup>。其病理过程涉及椎间关节稳定性下降、韧带增厚钙化等多重机制。椎动脉型颈椎病是颈椎病中常见的临床分型,其病理基础常为颈椎退行性变刺激或压迫椎动脉,导致椎-基底动脉系统血流灌注不足,临床多表现为头部沉重感、搏动性头痛、颈肩部持续性酸痛、耳鸣及发作性旋转性眩晕,同时常出现因眩晕而导致的猝倒,增加了患者跌倒及相关意外损伤的发生风险<sup>[3-5]</sup>。中医学在颈椎病的临床诊治中具有独特的优势,其基于整体观念与辨证论治理论体系,通过审证求因明确病机,结合个体证候特点进行精准立法与处方,在改善临床症状、调节体质状态及降低复发率方面有较为显著的疗效<sup>[6]</sup>。根据椎动脉型颈椎病的发病特征,认为“无痰不作眩”进而提出本病多由痰湿内蕴,阻络而发,治宜化痰祛湿通络<sup>[7-9]</sup>。和胃平肝饮是对经典方剂温胆汤的传承创新,因地制宜,根据市域内痰湿阻络型颈椎病致病的标本均在于“痰湿”,以阳明经湿困为先,久后厥阴经内郁化热传热,故应采取“和胃平肝”的方案,达到治疗颈椎病与颈源性眩晕的目的。本研究通过对照研究,探讨和胃平肝饮对痰湿阻络型颈椎病的疗效及安全性,以期将其推广应用,为更多同类患者服务,现报告如下。

## 1 研究对象和方法

### 1.1 研究对象

本研究以瑞安市中医院骨伤科门诊 2024 年 8 月至 2025 年 5 月间 72 例痰湿阻络型颈椎病患者为研究对象,采用随机数字表法将 72 例患者分成两组,观察

组和对照组各 36 例。本研究经瑞安市中医院伦理委员会审核批准(批件号为伦审 2024 研第 117 号)。

### 1.2 诊断标准

西医诊断:参考《颈椎病的分型、诊断及非手术治疗专家共识(2018)》<sup>[10]</sup>。1)颈椎病的典型症状:颈、肩、枕部疼痛,头部、颈部活动受到限制;或者颈部肌肉紧张,有压痛点。2)伴有头晕、麻木、视力或听力下降、心动过速、心慌、乏力等一系列临床表现。3)影像学检查:主要表现为双侧、双突、切凹征、骨质增生等退行性变化,表现为颈椎间的退变;或出现明显的脊髓受压征象,符合临床表现。

中医诊断:参照《中医病证诊断疗效标准》<sup>[11]</sup>和《颈椎病中医辨证分型与影像分析》<sup>[12]</sup>所述痰湿阻络型颈椎病的影像学特征。1)有慢性劳损、创伤史,或颈椎先天畸形、颈椎退行性病变、慢性病史者。2)颈肩背痛、头重脚轻、颈部僵硬。3)颈肩肌肉僵硬,可以摸到条索状硬结,活动功能受限,臂丛牵拉试验阳性或压头试验阳性,亦或出现上肢肌力降低和萎缩的症状。4)X 线检查:患者的颈椎曲度存在明显的畸形。5)痰湿阻络证:头晕、头重、目眩、手足麻木、纳呆、干呕、口干口苦、心慌胸闷;舌质暗红,苔厚腻,脉弦或弦数。

### 1.3 纳入标准

1)符合上述中西医诊断标准的患者。2)年龄为 30~60 岁,性别不限。3)未发现有脊髓病变或中枢神经系统疾病的患者。4)在治疗前 1 个月内没有接受过其他颈椎病治疗的患者,且在治疗期间自愿不接受其他治疗(包括口服、外用非本课题组的药品或其他理疗)。5)自愿参加并签署知情同意书的患者,且能够按时参加本项目的定期复诊及回访。

### 1.4 排除标准

1)对和胃平肝饮中所含药物过敏者。2)患有严重高血压病、心脏病、动脉硬化等严重心血管疾病者。3)怀疑或诊断为颈部或其他有关部位的恶性肿瘤者。4)疑有或确诊存在脊髓病变或中枢神经系统病变者。

5) 胃肠道疾病严重,不能接受中药治疗者,本身抵触中药或严重心理障碍者。

### 1.5 剔除、脱落及终止标准

1) 剔除标准:不满足入选条件但误入的患者,或入选后没有进行治疗的患者。2) 脱落标准:患者在临床研究过程中,因未能完成临床试验而中途放弃或经医师判定为患者自动放弃者;没有按照指定的治疗方法进行治疗,或者与其他治疗方法或用药结合后,疗效不能确定。3) 终止标准:有严重不良反应、并发症或特殊的生理改变,不宜继续接受研究者或无法判定疗效者。

### 1.6 方法

**1.6.1 治疗方法** 对照组:患者口服塞来昔布胶囊(H2022301819),1次/d,0.2g/次,疗程14d。观察组:患者给予和胃平肝散对症治疗,1剂/d,早晚分服,150mL/次,疗程14d。和胃平肝散组成如下:半夏6g,竹茹10g,茯苓10g,炒枳壳10g,苏梗10g,泽泻10g,石决明30g,焦六曲10g,炒山楂10g,菖蒲5g,泽荷叶10g,蜈蚣2条,全蝎3g,扯根菜10g。中药由瑞安市中医院中药房提供。

**1.6.2 疗效观察** 1) 中医证候评分。参考痰湿阻络型颈椎病证候评分量表,按照无症状、轻度、中度、重度4个等级分别赋0,2,4,6分,然后分别对患者的相关症状(如头晕目眩、头重如裹、颈部酸痛、视物昏花等)进行评分对比。

2) 眩晕症状相关评分。根据颈椎病的临床特点,采用颈性眩晕症状与功能评估量表(ESCV)进行评定<sup>[13]</sup>,包括眩晕(16分)、头痛(2分)、肩颈痛(4分)、日常生活工作(4分)、心理与社会适应(4分)五个项目,各项目得分各不相同,得分越高说明相关症状越严重。

3) 颈椎功能相关评分。颈椎功能障碍指数(NDI)和日本骨科协会(JOA)颈椎功能量表是目前最常用的颈椎功能评估工具<sup>[14-15]</sup>。其中NDI量表共包含10个条目,总分范围在0~50分之间,分值越高说明症状越严重。JOA评分由6个条目构成,得分范围在0~17分之间,总分越高提示颈椎的功能越好。

4) 动脉血流动力学指标评估。采用经颅多普勒超声测量并评估椎-基底动脉平均血流速度(Velocity Mean,  $V_m$ )、收缩期峰值血流速度(Velocity Systolic,  $V_s$ )、舒张末期血流速度(End of Diastolic Velocity,  $V_d$ )、阻力指数(Resistance Index, RI)和搏动指数

(Pulsation Index, PI)这5方面数据并根据相关参数进行对比分析。

5) 疗效判断标准。依据《中药新药临床研究指导原则》<sup>[16]</sup>中颈椎病的疗效判定标准,对其进行评价。当症状体征和X线片提示无显著好转,同时证候评分下降小于30%时判定为无效;当症状体征和X线片提示有所好转,同时证候评分降低30%~69%时判定为有效;当症状体征和X线片提示有明显改善,同时证候评分降低70%~94%时判定为显效;当症状体征基本消失,X线片提示颈椎基本正常,同时证候评分下降95%及以上时判定为痊愈。总有效率为有效例数与显效例数、临床痊愈例数之和除以总例数。

6) 不良反应情况评判。根据治疗期间所有患者的不良反应发生情况,将其划分为4个等级,1级为未出现不良反应;2级指出现轻度的不良反应,但无需任何处理后自行消失;3级指虽然出现了中度不良反应,但经过简单处理后并未对整个治疗过程产生影响;4级指出现了严重不良反应,需终止治疗。

### 1.7 统计学方法

采用SPSS 22.0软件对所得数据进行分析,计量资料满足正态分布均以 $\bar{x} \pm s$ 形式表示,且采用两独立样本 $t$ 检验进行比较;计数资料则以“例(%)”表示,采用 $\chi^2$ 检验进行组间差异比较。 $P < 0.05$ 差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 一般资料

对照组男17例,女19例;年龄为33~58岁,平均年龄为(45.5±7.5)岁;病程为2~14个月,平均病程为(8.0±3.7)个月。观察组男20例,女16例;年龄为32~59岁,平均年龄为(45.5±8.0)岁;病程为2~15个月,平均病程为(8.5±4.1)个月。两组患者性别、年龄及病程方面差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

### 2.2 两组患者治疗前后中医证候评分对比

经比较,两组患者治疗前中医证候评分差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),而治疗后两组患者评分则明显减少,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。通过对两组患者治疗后的证候评分进行比较,结果显示观察组中医证候评分较对照组明显降低,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表1。

表1 两组患者治疗前后中医证候评分比较( $n=36, \bar{x} \pm s$ ,分)

组别	时间	头晕目眩	头重如裹	颈部酸痛	视物昏花	四肢麻木	胸闷作恶	呕吐痰涎
对照组	治疗前	4.66±1.12	5.32±0.71	5.50±0.87	4.12±1.01	4.30±1.05	4.23±1.01	5.11±0.77
	治疗后	1.92±0.73 <sup>1)</sup>	2.14±0.70 <sup>1)</sup>	1.91±0.63 <sup>1)</sup>	1.52±0.59 <sup>1)</sup>	1.73±0.61 <sup>1)</sup>	1.48±0.21 <sup>1)</sup>	1.51±0.69 <sup>1)</sup>
观察组	治疗前	4.71±1.09	5.28±1.01	5.58±0.91	4.23±1.11	4.41±0.92	4.17±1.40	5.01±1.02
	治疗后	0.87±0.21 <sup>1)2)</sup>	0.98±0.26 <sup>1)2)</sup>	1.07±0.31 <sup>1)2)</sup>	0.82±0.18 <sup>1)2)</sup>	0.77±0.20 <sup>1)2)</sup>	0.74±0.25 <sup>1)2)</sup>	0.81±0.30 <sup>1)2)</sup>

注:1)与同组治疗前相比, $P < 0.05$ ;2)与对照组治疗后相比, $P < 0.05$ 。

### 2.3 两组患者治疗前后眩晕症状相关评分比较

两组患者治疗前眩晕症状相关评分差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。经过 14 d 治疗后,两组患者 ESCV 评分相比治疗前均有明显降低,差异有

统计学意义( $P<0.05$ );同时,治疗后两组患者 ESCV 评分比较,观察组评分低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),见表 2。

### 2.4 两组患者治疗前后颈椎功能相关评分比较

表 2 两组患者治疗前后眩晕症状相关评分比较( $n=36, \bar{x} \pm s$ , 分)

组别	时间	眩晕	头疼	肩颈痛	日常生活工作	心理及社会适应
对照组	治疗前	13.89±2.13	1.37±0.67	3.01±1.01	2.77±0.67	2.33±1.22
	治疗后	7.18±1.32 <sup>1)</sup>	0.78±0.41 <sup>1)</sup>	1.81±0.21 <sup>1)</sup>	1.44±0.37 <sup>1)</sup>	1.02±0.21 <sup>1)</sup>
观察组	治疗前	13.77±1.91	1.21±0.54	2.95±0.77	2.87±0.51	2.52±1.28
	治疗后	4.76±0.89 <sup>1)2)</sup>	0.36±0.11 <sup>1)2)</sup>	0.66±0.21 <sup>1)2)</sup>	0.68±0.40 <sup>1)2)</sup>	0.41±0.15 <sup>1)2)</sup>

注:1)与同组治疗前相比, $P<0.05$ ;2)与对照组治疗后相比, $P<0.05$ 。

两组患者治疗前 NDI 评分及 JOA 评分差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。治疗结束后,两组患者的颈椎功能障碍指数都明显降低,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),JOA 评分则相比治疗前有明显的提高,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。观察组患者治疗后 NDI 评分和 JOA 评分相较对照组治疗后改善明显,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),见表 3。

表 3 两组患者治疗前后颈椎功能相关评分比较( $n=36, \bar{x} \pm s$ , 分)

组别	时间	NDI 评分	JOA 评分
对照组	治疗前	37.65±5.17	8.01±1.03
	治疗后	20.11±4.21 <sup>1)</sup>	11.97±1.31 <sup>1)</sup>
观察组	治疗前	38.12±4.89	7.87±1.41
	治疗后	13.21±2.35 <sup>1)2)</sup>	15.52±1.27 <sup>1)2)</sup>

注:1)与同组治疗前相比, $P<0.05$ ;2)与对照组治疗后相比, $P<0.05$ 。

### 2.5 两组患者治疗前后椎基底动脉血流动力学指标比较

在椎基底动脉血流动力学指标方面,两组患者治疗前各项参数对比差异无统计学意义( $P>0.05$ )。治疗结束后两组患者  $V_m$ 、 $V_s$  和  $V_d$  均明显增高,阻力指

数和搏动指数则明显降低,且各项参数变化差异有统计学意义( $P<0.05$ )。同时,与对照组比较,观察组各指标的变化差异均有统计学意义( $P<0.05$ ),见表 4。

表 4 两组患者治疗前后椎基底动脉血流动力学指标比较( $n=36, \bar{x} \pm s$ )

组别	时间	$V_m/(cm \cdot s^{-1})$	$V_s/(cm \cdot s^{-1})$	$V_d/(cm \cdot s^{-1})$	RI	PI
对照组	治疗前	32.01±2.98	38.33±5.78	24.57±2.13	0.76±0.15	1.37±0.37
	治疗后	40.06±4.31 <sup>1)</sup>	51.61±6.71 <sup>1)</sup>	31.52±3.77 <sup>1)</sup>	0.61±0.11 <sup>1)</sup>	0.93±0.17 <sup>1)</sup>
观察组	治疗前	32.59±3.19	39.30±6.02	23.68±2.78	0.70±0.18	1.29±0.23
	治疗后	49.89±7.20 <sup>1)2)</sup>	65.50±7.27 <sup>1)2)</sup>	36.09±3.20 <sup>1)2)</sup>	0.47±0.10 <sup>1)2)</sup>	0.71±0.18 <sup>1)2)</sup>

注:1)与同组治疗前相比, $P<0.05$ ;2)与对照组治疗后相比, $P<0.05$ 。

### 2.6 两组患者临床疗效比较

观察组治疗后总有效率为 91.7%(33/36),显著高于对照组总有效率 75.0%(27/36),且差异有统计学意义( $P<0.05$ ),见表 5。

表 5 两组患者临床疗效比较( $n=36$ , 例)

组别	治愈	显效	有效	无效	总有效率/%
对照组	10	11	6	9	75.0
观察组	16	8	9	3	91.7 <sup>1)</sup>

注:1)与对照组相比, $P<0.05$ 。

### 2.7 两组患者不良反应发生率比较

两组患者不良反应发生率比较见表 6。两组患者服药后均无严重的不良反应,其中对照组有 2 例患者在服用塞来昔布胶囊后第 2 天出现轻微便秘表现,未经任何处理后自行缓解。观察组有 1 例患者由于对中药耐受性较差,前期不适应,出现轻度恶心,2 d 后缓解;2 例患者出现乏力。两组患者中出现的不良反应均为一过性且未对治疗产生任何影响。两组患者的不

良反应发生率比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

表 6 两组患者不良反应发生率比较( $n=36$ , 例)

组别	1 级	2 级	3 级	4 级	不良反应发生率/%
对照组	34	2	0	0	5.56
观察组	33	3	0	0	8.33

## 3 讨论

中医学并无颈椎病病名,根据其发病特点将其纳入“痹证”或“项痹”等范畴,中医认为该病的发生多与体质、饮食、情志及环境等因素密切相关,此外该病发病机制较为复杂,因此导致多种不同证型<sup>[17-19]</sup>。痰湿阻络型颈椎病多由于痰湿重着,遏制阳气,使气血运行不畅,清阳不升;痰湿中蕴,脾胃运化失常,故食少纳呆、胸闷痞满,肌肉失养,颈部耐力下降,又因长时间保持同一姿势,易致气血壅滞而不适发为此病<sup>[20]</sup>。

“阳明为先”治疗痰湿阻络型颈椎病是依据阳明循经部位延伸而来,《灵枢·经脉》曰:“胃足阳明之脉……至额;其一支起于胃口,下循腹至足跗。同名手

阳明大肠经……出于柱骨之会，而后下入缺盆，络肺，过膈，属大肠，其支从缺盆上颈入齿……。”治阳明可改善循经部位的气血运行。足阳明胃经与太阴脾经互为表里，脾胃失健，痰湿由生，脾胃健运则痰湿自除。同时，手阳明大肠经“主津所生病”，若手阳明大肠经受累可致水湿痰饮内生<sup>[21]</sup>。《素问·至真要大论篇》曰“诸痉项强，皆属于湿”。治阳明可化痰湿，痰湿化胃部津液可循经上承于口，可改善口干口苦；痰湿化，清阳升，头晕困重可除。此外，治阳明可强筋，《素问·痿论篇》曰：“阳明者，五藏六府之海，主润宗筋，宗筋主束骨而利机关也。”阳明经为气血生化之源，濡养肌肉，且经过颈前区<sup>[22]</sup>，故调阳明经可强颈前区肌肉，利机关，以达筋强骨随，筋柔骨正。

中医药在颈椎病的防治中具有历史悠久、经验丰富、疗效好及副作用轻微等优势<sup>[23-24]</sup>。和胃平肝饮由半夏、竹茹、茯苓、炒枳壳、苏梗、泽泻、石决明、焦六曲、炒山楂、菖蒲、泽荷叶、蜈蚣、全蝎、扯根菜 14 味中药构成，其中以半夏燥湿化痰、石决明平肝潜阳共为君药，直折痰浊与亢阳；竹茹清热化痰，茯苓、泽泻渗湿利水，枳壳、苏梗调气降逆，焦六曲、炒山楂消食助运，菖蒲开窍醒神，泽荷叶分清降浊，扯根菜清热利湿，蜈蚣、全蝎虫类搜剔息风通络，诸药寒温并用、标本兼顾，共奏化痰祛湿、平肝息风、开窍通络之功，主治痰湿阻络型颈椎病之眩晕、颈项强痛、肩臂麻木等诸症。研究数据显示，观察组患者的总有效率达到 91.7% 比对照组 (75.0%) 更高，说明和胃平肝饮在痰湿阻络型颈椎病的治疗中临床效果显著。观察组患者中医证候评分、ESCV 评分和 NDI 评分均低于对照组，JOA 评分高于对照组。此外，治疗后观察组患者  $V_m$ 、 $V_s$ 、 $V_d$ 、RI 和 PI 均优于对照组，提示和胃平肝饮有利于改善颈椎病患者的椎基底动脉血流动力学状态。

综上所述，和胃平肝饮治疗痰湿阻络型颈椎病具有显著的疗效，患者症状改善明显，颈椎功能得到提高，且安全性高。

#### 参考文献

[1] 章薇, 李金香, 娄必丹, 等. 中医康复临床实践指南·项痹(颈椎病)[J]. 康复学报, 2020, 30(5): 337-342.

[2] 庞晓东, 吴兵, 高春华, 等. 颈椎间盘源性头晕发病机制研究进展[J]. 中华疼痛学杂志, 2022, 18(5): 707-711.

[3] 金明卜, 王海宁, 孙辉, 等. 针刺在颈椎病治疗中的作用及对椎动脉血流动力学、疼痛介质、内皮素、颈椎功能等的影响研究[J/OL]. 中华中医药学刊, 1-7[2025-08-08]. <https://link.cnki.net/urlid/21.1546.R.20250912.1303.018>

[4] MENG F Q, XU S, LIANG Y, et al. Cervical balance and clinical outcomes in cervical spondylotic myelopathy treated by three-level anterior cervical discectomy and fusion and hybrid cervical surgery: a CONSORT-compliant study with minimum follow-up period of 5 years[J]. Medicine,

2021, 100(18): e25824.

[5] 王鑫, 李艾琳, 闫绍妹, 等. 平衡针刀联合温针灸治疗椎动脉型颈椎病的疗效观察[J]. 针刺研究, 2022, 47(7): 625-629.

[6] 郭六玲, 高红娟, 郭鹏. 当归川芎汤联合晕三针治疗椎动脉型颈椎病眩晕疗效分析[J]. 中西医结合研究, 2025, 17(4): 228-231.

[7] 张燕. 颈眩汤治疗椎动脉型颈椎病痰瘀阻络型临床体会[J]. 实用中医药杂志, 2022, 38(9): 1638-1639.

[8] 王林娟, 陈家平, 丁明俊, 等. 定眩通络方联合透灸法治疗痰湿阻络型混合型颈性眩晕临床研究[J]. 山东中医杂志, 2025, 44(3): 302-307.

[9] 李孔正, 刘业帅, 谭明芳, 等. 基于“太阴主湿”肺脾同治针刺治疗痰湿阻络型颈性颈椎病的临床研究[J]. 中外医学研究, 2023, 21(21): 1-5.

[10] 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.

[11] 国家中医药管理局医政司. 中医病证诊断疗效标准[S]. 北京: 中国中医药出版社, 2017.

[12] 陈刚, 刘泽华. 颈椎病中医辨证分型与影像分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2015, 15(36): 102.

[13] 柳开阳. 平乐正骨配合抗阻运动治疗颈性眩晕的临床研究[J]. 按摩与康复医学, 2022, 13(6): 1-3.

[14] 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.

[15] 任树军, 黄柄祥, 王塘琦, 等. 超声引导下刃针松解颈椎横突后结节治疗神经根型颈椎病的临床研究[J]. 中国中医急症, 2022, 31(10): 1742-1744.

[16] 国家食品药品监督管理局. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002.

[17] 刘献强, 唐臻一, 王博韬, 等. 近 5 年中医药治疗颈性颈椎病研究进展[J]. 光明中医, 2022, 37(10): 1882-1884.

[18] 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.

[19] 郜顺兴. 我国颈椎病定义及分型的历史沿革[J]. 中医正骨, 2020, 32(4): 44-47.

[20] 梅杰, 梅国强. 国医大师梅国强辨治颈椎病经验初探[J]. 中华中医药杂志, 2020, 35(2): 706-708.

[21] 张汗, 张琦. 试论温中燥土法治疗颈椎病[J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(1): 187-190.

[22] 徐善达, 孔令军, 朱清广, 等. 颈性颈椎病“筋骨失衡”的运动学特性研究[J]. 中华中医药杂志, 2020, 35(9): 4739-4742.

[23] 彭斯伟, 宋敏, 范凯. 基于络病理论探讨络虚通补法在气虚血瘀型椎动脉型颈椎病中的应用[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2021, 23(7): 2461-2466.

[24] 侯宇龙, 王晶石, 赵文海, 等. 国医大师刘柏龄治疗脊髓型颈椎病用药规律探析[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2021, 23(7): 2467-2472.

(收稿日期: 2025-08-16)