

# 国医大师李士懋发汗法(寒痉汤)治疗寒凝证型颈椎病的多中心随机对照临床研究

胡志勇<sup>1</sup> 程文会<sup>1</sup> 刘清磊<sup>1</sup> 王文娟<sup>1</sup> 周然然<sup>1</sup> 王金榜<sup>2△</sup> 杨燕兵<sup>3</sup>

**[摘要]** **目的:**观察国医大师李士懋应用发汗法(寒痉汤)治疗寒凝证型颈椎病的临床效果。**方法:**选取寒凝证型颈椎病患者 480 例,随机分为对照组(4 个)和观察组,每组 96 例,4 个对照组分别给予颈椎牵引、颈复康颗粒、颈椎针灸、颈椎推拿治疗,观察组给予寒痉汤治疗。观察五组患者治疗后的视觉模拟量表(VAS)评分、田中靖久颈椎病症状量表(20 分法)评分、颈椎前凸角(CLA)、血浆黏度(PV)、红细胞压积(HCT)及临床疗效。**结果:**与 4 个对照组治疗前比较,五组患者治疗后 VAS 评分、颈椎病症状、颈椎前凸角、血浆黏度、红细胞压积等明显改善,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。观察组总有效率为 94.79%,4 个对照组总有效率分别为 82.29%,79.17%,84.38%和 85.42%,观察组总有效率明显高于 4 个对照组,与 4 个对照组比较总有效率差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。观察组颈椎前凸角改善幅度不及牵引组、推拿组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),但在疼痛缓解、血液流变学指标改善方面优势显著,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。观察组不良反应发生率为 6.25%(6/96),对照组总不良反应发生率为 7.50%(29/384),组间差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),所有不良反应经对症处理后均缓解,未出现严重不良事件。**结论:**发汗法能够有效治疗寒凝证型颈椎病,缓解临床症状,减轻疼痛,改善颈椎前凸角及血液流变学指标,而且安全性高,值得临床推广应用。

**[关键词]** 发汗法;寒痉汤;颈椎病;寒凝证;颈椎前凸角;血液流变学;随机对照试验

**[中图分类号]** R681.5 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 1005-0205(2026)05-0025-07

**DOI:** 10.20085/j.cnki.issn1005-0205.260504

## A Multi-Center Randomized Controlled Clinical Study on the Treatment of Cervical Spondylopathy of Cold-Congeeing Pattern with National Master of Traditional Chinese Medicine Li Shimao's Diaphoresis Method (HJD)

HU Zhiyong<sup>1</sup> CHENG Wenhui<sup>1</sup> LIU Qinglei<sup>1</sup> WANG Wenjuan<sup>1</sup>  
ZHOU Ranran<sup>1</sup> WANG Jinbang<sup>2△</sup> YANG Yanbing<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Cangzhou Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine in Hebei Province, Hebei Key Laboratory of Integrated Traditional and Western Medicine in Osteoarthritis Research (Preparing), Cangzhou 061000, Hebei China;

<sup>2</sup> Hebei Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shijiazhuang 050011, China;

<sup>3</sup> The Second People's Hospital of Hengshui, Hengshui 053000, Hebei China.

**Abstract Objective:** To observe the clinical efficacy of the diaphoretic method developed by Li Shimao in treating cervical spondylosis with the cold-congealing pattern. **Methods:** A total of 480 patients with cervical spondylosis of cold-congealing

pattern were randomly assigned to four control groups and one observation group, with 96 cases in each group. The four control groups received cervical traction, Jingfukang granules, cervical acupuncture, and cervical tuina manipulation, respectively. The observation group was treated with Han-jing decoction (HJD) administered according to the diaphoretic method. Visual analogue scale (VAS) scores, Tanaka cervical spondylosis symptom score (20-point), cervical lordosis angle (CLA), plasma viscosity

基金项目:“十二五”国家科技支撑计划项目(2013BAI13B02)

河北省中医药管理局项目(2022258)

<sup>1</sup> 河北省沧州中西医结合医院,河北省中西医结合骨关节病研究重点实验室(筹)(河北 沧州,061000)

<sup>2</sup> 河北省中医院

<sup>3</sup> 衡水市第二人民医院

△通信作者 E-mail: wjbshjzh138@sina.com

(PV), hematocrit (HCT), and clinical efficacy were evaluated before and after treatment in all five groups. **Results:** Compared with baseline, all five groups showed significant improvement after treatment in VAS scores, cervical spondylosis symptom scores, CLA, PV, and HCT (all  $P < 0.05$ ). The overall response rate was 94.79% in the observation group, and 82.29%, 79.17%, 84.38%, and 85.42% in the four control groups, respectively. The overall response rate in the observation group was significantly higher than that in each control group ( $P < 0.05$ ). The observation group showed a smaller improvement in CLA than the traction and tuina manipulation groups ( $P < 0.05$ ), but demonstrated significant advantages in pain relief and hemorheological improvement. The incidence of adverse reactions in the observation group was 6.25% (6/96), while the total incidence of adverse reactions in the control groups was 7.50% (29/384). The difference between the groups was not statistically significant ( $P > 0.05$ ). All adverse reactions resolved spontaneously or were alleviated with symptomatic treatment, and no serious adverse events occurred. **Conclusion:** The diaphoretic method is effective for the treatment of cervical spondylosis of cold-congealing pattern. It alleviates clinical symptoms, reduces pain, improves cervical lordosis angle and hemorheological indices, and demonstrates good safety, suggesting that it warrants broader clinical application.

**Keywords:** diaphoretic method; Hanjing decoction; cervical spondylosis; cold-congealing pattern; cervical lordosis angle; hemorheology; randomized controlled trial

颈椎病是指颈椎间盘退变、颈项部组织增生导致颈项部僵硬、酸痛及上肢疼痛、麻木为主的疾病<sup>[1]</sup>, 1948年由Brain等首先提出,可分为多个类型,以神经根型最常见,因颈椎周围组织压迫神经根,出现颈、肩及上肢疼痛、酸胀、麻木,可伴有颈椎僵硬、头痛、眩晕等症状,严重者会影响日常生活和工作<sup>[2-3]</sup>。

颈椎病属于中医“项痹”等范畴,《灵枢·寿夭刚柔篇》曰:“寒痹之为病也,留而不去,时痛而皮不仁。”中医认为项痹大多因感受风寒湿邪,轻者侵袭皮表、筋肉,重者可直中脏腑、经脉,风寒湿邪凝滞,经络挛急,气血运行不畅,阻塞不通,而致病。肌肉等组织长期失养,则出现四肢酸麻、肌肉萎缩无力、蠕动感等<sup>[4-5]</sup>。

据临床报道大部分颈椎病患者可应用牵引、针灸、推拿按摩、物理疗法、口服及外用药物等保守治疗取得满意疗效<sup>[6]</sup>。但现有保守治疗(牵引、推拿按摩、针灸等)多聚焦于松解粘连、调整力学平衡,但对寒凝证型颈椎病的“阳虚寒凝、气血瘀滞”核心病机针对性不足,部分患者疗效欠佳<sup>[7]</sup>。本研究传承国医大师李士懋“温阳散寒、发汗通络”学术思想,采用寒痉汤(桂枝去芍药加麻辛附汤合止痉散化裁)配合规范发汗法,针对性改善寒凝证病机,填补了发汗法治疗寒凝证型颈椎病的大样本随机对照研究空白,现报告如下。

## 1 研究对象和方法

### 1.1 研究对象

选取2022年3月至2025年6月于河北省沧州中西医结合医院东院区、骨科院区及河北省中医院、衡水市第二人民医院门诊收治的寒凝证型颈椎病患者480例(性别不限,年龄为20~70岁),采用简单随机法,分为观察组和4个对照组,每组96例。本实验通过本院伦理委员会审批,伦理审批号为2021-KY-123.1,所有

患者均签署知情同意书,明确告知治疗方案、风险及替代治疗选项。

### 1.2 诊断标准

中医诊断标准参照2021年版《中药新药临床研究指导原则》项痹诊断标准的诊断及证候分类,制定寒凝证型颈椎病诊断标准<sup>[8]</sup>,临床表现为:1)颈肩及上肢疼痛,可伴有上肢麻木、酸胀不适,其以疼痛为主。2)恶寒怕冷和(或)形寒肢冷,为次要诊断。3)面色发白或青紫,舌淡,苔白,脉弦紧等。西医神经根型颈椎病诊断标准依据《颈椎病的分型、诊断及非手术治疗专家共识(2018)》<sup>[9]</sup>制定,表现为上肢疼痛、麻木、酸胀等较明确的神经根刺激症状,可伴有颈肩部疼痛、酸麻不适,其症状表现与颈椎神经根走行所支配的范围一致。X线片可表现为颈椎退行性改变,如骨质增生、颈椎生理曲度异常、颈椎滑脱、不稳等。

### 1.3 纳入标准

1)符合中医寒凝证型颈椎病诊断标准;2)符合西医神经根型颈椎病诊断标准;3)年龄为20~70岁;4)中医寒凝证量化评分 $\geq 4$ 分,视觉模拟量表(VAS)评分 $\geq 3$ 分;5)患者或家属签署知情同意书;6)入选前1周内未应用本治疗相应方法治疗。

### 1.4 排除标准

1)身患严重心脑血管疾病(如高血压病Ⅲ级、心肌梗死病史、脑梗死急性期)或正在服用影响凝血功能、抗炎止痛的药物者(如华法林、布洛芬等);2)哺乳及妊娠期妇女;3)有颈椎病手术史、脊髓型颈椎病、颈椎骨折、脱位、结核、肿瘤等器质性病变者;4)不能配合完成相关治疗者。

### 1.5 脱落与剔除标准

1)治疗过程中自行退出者;2)治疗过程中受试者

依从性差,影响有效性和安全性评价者;3)发生严重不良事件、并发症和特殊生理变化,不宜继续接受治疗者;4)非规定范围内联合用药,特别是合用对治疗药物影响较大的药物,影响有效性和安全性判断者;5)纳入治疗后未曾服药者。

## 1.6 方法

**1.6.1 牵引组** 颈椎枕颌带牵引:智能温热牵引机(型号为 YK-6000D)行枕颌带坐位牵引,牵引角度为头前屈  $15^{\circ}\sim 20^{\circ}$ ,首次牵引质量约 4 kg,依据患者体重、牵引效果等情况增加牵引质量,最大牵引质量为患者体重的  $1/7$ ,以患者耐受、无不适感为宜,牵引频率为牵引 50 s 放松 10 s,1 次/d,20 min/次,由同一治疗师操作,牵引机定期校准。牵引治疗 6 d 休息 1 d,疗程为 2 周<sup>[10]</sup>。

**1.6.2 颈复康组** 给予颈复康颗粒口服。药物组成:川芎、羌活、葛根、红花、桃仁(去皮)、地龙(酒炙)、黄芪、地黄、秦艽、土鳖虫(酒炙)、威灵仙、丹参、乳香(制)、白芍、没药(制)、苍术、王不留行(炒)、石决明、黄柏、滑石(煅)。颈复康颗粒 5 g $\times$ 14 袋,国药准字 Z13022204,承德颈复康药业集团有限公司。2 袋/次,2 次/d,饭后热水冲服,2 周为 1 个疗程<sup>[11]</sup>。

**1.6.3 针灸组** 给予针灸治疗。穴位定位参照《腧穴学》(第 5 版),毫针规格为  $\Phi 0.30\text{ mm}\times 40.00\text{ mm}$ ,得气后行平补平泻法,留针 30 min,每 10 min 行针 1 次,2 周为 1 个疗程,由具备 5 年以上针灸经验的医师操作,采用 Kappa 检验评估穴位定位一致性( $\kappa=0.85$ )<sup>[12]</sup>。

**1.6.4 推拿组** 给予推拿治疗。手法操作规范参照《中医推拿操作规范》(GB/T 21709.1-2008),禁用扳法,重点松解颈夹脊、肩井、天宗等部位,由两名经过统一培训的推拿医师操作,一致性检验  $\kappa=0.82$ 。让患者分别于坐位、俯卧位进行推拿按摩,主要按摩手法有揉、推、按、揉、拿等,30 min/次,1 次/d,2 周为 1 个疗程<sup>[13]</sup>。

**1.6.5 观察组** 口服寒痉汤加减。寒痉汤组成:全蝎 2~10 g,蜈蚣 2~10 条,炮附子 15 g(先煎),桂枝 12 g,麻黄 8 g,细辛 6 g,生姜 8 g,炙甘草 10 g,大枣 9 g。桂枝、细辛、生姜、全蝎购于北京益通柏瑞医药科技有限公司;麻黄、炮附子、炙甘草、大枣购于河北安草堂药业有限公司;蜈蚣购于山东百味堂中药饮片有限公司。所有药材均符合《中华人民共和国药典》(2020 年版)标准,炮附子为盐附子炮制,经薄层色谱法检测乌头碱含量 $<0.02\%$ (安全限度)。全蝎、蜈蚣用量根据身体质量调整:身体质量 $<60\text{ kg}$ 者用 2~5 g,身体质量 $\geq 60\text{ kg}$ 者用 5~10 g。用法:炮附子 15 g 先煎 1.5 h,至口尝无麻辣感为度;其余药材按常规方法煎

煮,两次煎液混合浓缩至 400 mL,分 2 袋密封。早餐后 2 h 开始服 200 mL,若服药后 2 h 未出正汗,可饮热米粥 200 mL,加盖薄被保暖,仍未出汗则 3 h 后服第二袋;每日最多服药 2 剂,连续 3 d 未出正汗则停药,视为发汗无效。正汗出表现为全身均匀微汗,持续 30 min 以上,无头晕、心慌、乏力等不适,汗停身静,脉改为平脉或其他脉象<sup>[14]</sup>。服用寒痉汤发汗后患者痊愈或成为他证,脉也随之变为平脉或其他脉,则表示寒凝证消失,此时应再次辨证论治,继续口服相对应的中药汤剂治疗。

**1.6.6 治疗期间伴随治疗及健康教育** 如患者早期疼痛剧烈,可予洛索洛芬钠片(迪沙药业集团有限公司,60 mg,生产批号为 B231207,国药准字 H20050437)口服,每天 2 或 3 次,1 片/次。嘱避免长时间低头,选择合适枕头,避免颈部外伤,避风寒、潮湿。

## 1.7 观察指标

1)治疗效果;2)疼痛 VAS 评分;3)田中靖久颈椎病症状量表 20 分法评分;4)颈椎前凸角;5)血液流变学指标(血浆黏度、红细胞压积)。

## 1.8 临床疗效判定标准

1)颈椎病寒凝证型的中医疗效评分标准根据《中医病证诊断疗效标准》制定:中医证候评分包括颈肩及上肢疼痛,肢体酸胀、麻木,怕冷恶寒、颈部不适等。单个症状分为 0~3 分,0 分最轻,3 分最重。疗效共 4 个等级:治愈,上肢及颈肩背疼痛,麻木、酸胀感,怕凉恶寒肢冷完全消失,工作生活如常;显效,上肢及颈肩背部疼痛、酸胀、麻木等感觉,肢冷恶寒怕冷基本消失,工作生活如常;有效,颈肩及上肢疼痛,酸胀、麻木感,肢冷怕冷恶寒部分消失,能够适度工作生活;无效,上述临床症状无变化甚至加重。

2)采用 VAS 评分评估五组治疗前后疼痛程度(0~10 分),患者按自觉感受评分,0 分无痛,10 分疼痛最剧烈。

3)采用田中靖久颈椎病症状量表 20 分法评估五组治疗前后分值,具体症状包括颈肩部疼痛与痛苦感,上肢疼痛和(或)麻木,手指疼痛和(或)麻木,感觉,肌力,体征,工作、生活能力,腱反射和手的功能<sup>[15]</sup>。

4)颈椎前凸角:采用颈椎侧位 X 线片,由两名放射科医师盲法测量(颈 2 下终板与颈 7 下终板连线夹角),测量 3 次取平均值,一致性检验组内相关系数为 0.91<sup>[16]</sup>。

5)血液流变学指标:空腹 12 h 后采集肘静脉血 5 mL,4 $^{\circ}\text{C}$ 下 3 000 r/min 离心 10 min,2 h 内完成检测,检测仪器定期校准,批内变异系数 $<5\%$ 。使用全自动血流变测试仪(SA-5600 型,北京赛科希德科技股份有限公司)测定患者治疗前后的血浆黏度、红细胞

压积。

### 1.9 统计学方法

应用统计软件 SPSS 25.0 进行处理, 计量资料经 Shapiro-Wilk 检验符合正态分布, 用  $\bar{x} \pm s$  形式表示, 多组间比较采用单因素方差分析, 两两比较采用 Bonferroni 法校正多重比较误差; 组内前后比较采用配对样本  $t$  检验; 等级资料(临床疗效)采用 Kruskal-Wallis  $H$  检验, 组间比较采用 Dunn 检验; 计数资料(不良反应)采用  $\chi^2$  检验;  $P < 0.05$  差异有统计学意义。

样本量估算依据: 以总有效率为主要指标, 预实验显示观察组总有效率为 90%, 对照组平均为 75%, 设  $\alpha = 0.05, \beta = 0.90$ , 每组需 86 例, 考虑 10% 脱落率, 每组设定 96 例, 总样本量为 480 例。

## 2 结果

### 2.1 一般资料

观察组男 53 例, 女 43 例; 年龄为 21~70 岁, 平均年龄为  $(48.24 \pm 11.75)$  岁; 病程为 0.5 d~60 个月, 平均病程为  $(6.33 \pm 11.13)$  个月。牵引组男 47 例, 女 49 例; 年龄为 20~70 岁, 平均年龄为  $(49.28 \pm 11.80)$  岁;

病程为 1 d~60 个月, 平均病程为  $(7.99 \pm 14.65)$  个月。颈复康组男 44 例, 女 52 例; 年龄为 20~70 岁, 平均年龄为  $(48.61 \pm 12.81)$  岁; 病程为 1 d~60 个月, 平均病程为  $(6.59 \pm 13.86)$  个月。针灸组男 44 例, 女 52 例; 年龄为 20~70 岁, 平均年龄为  $(47.88 \pm 11.36)$  岁; 病程为 1 d~94 个月, 平均病程为  $(7.22 \pm 14.13)$  个月。推拿组男 49 例, 女 47 例; 年龄为 21~69 岁, 平均年龄为  $(47.20 \pm 11.02)$  岁; 病程为 1 d~60 个月, 平均病程为  $(5.50 \pm 10.67)$  个月。五组患者在性别、年龄、病程等方面比较差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

### 2.2 临床疗效

治疗后统计临床疗效, 观察组患者 96 例, 治愈 38 例, 显效 29 例, 有效 24 例, 无效 5 例, 总有效率为 94.79%; 牵引组总有效率为 82.29%, 颈复康组总有效率为 79.17%, 针灸组总有效率为 84.38%, 推拿组总有效率为 85.42%, 观察组分别与 4 个对照组比较总有效率, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 观察组优于 4 个对照组, 见表 1。

表 1 五组患者临床疗效比较 [ $n=96$ , 例(%)]

组别	治愈	显效	有效	无效	总有效率/%
观察组	38(39.58%)	29(30.21%)	24(25.00%)	5(5.21%)	94.79 <sup>1)</sup>
牵引组	21(21.88%)	28(29.17%)	30(31.25%)	17(17.71%)	82.29
颈复康组	20(20.83%)	27(28.13%)	29(30.21%)	20(20.83%)	79.17
针灸组	23(23.96%)	24(25.00%)	34(35.42%)	15(15.63%)	84.38
推拿组	25(26.04%)	27(28.13%)	30(31.25%)	14(14.58%)	85.42

注: 与 4 个对照组比较, 采用 Wilcoxon  $W$  检验, 1)  $P < 0.05$ 。

### 2.3 治疗前后 VAS 评分和田中靖久颈椎病症状量表评分比较

治疗前后 VAS 评分和田中靖久颈椎病症状量表评分比较见表 2。治疗前, 五组患者 VAS 评分、田中靖久颈椎病症状量表评分比较, 差异无统计学意义

( $P > 0.05$ )。治疗后, 五组患者 VAS 评分、田中靖久颈椎病症状量表评分均较治疗前改善, 观察组 VAS 评分、田中靖久颈椎病症状量表评分改善情况均优于 4 个对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

### 2.4 治疗前后颈椎前凸角比较

表 2 五组患者治疗前后 VAS 评分和田中靖久颈椎病症状量表评分比较 ( $n=96, \bar{x} \pm s$ , 分)

组别	VAS 评分		田中靖久颈椎病症状量表评分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	4.99±1.73	1.78±1.91	10.80±3.88	16.82±3.81
牵引组	5.10±1.83	2.78±2.46	10.76±3.94	14.45±4.93
颈复康组	5.10±1.74	2.88±2.43	10.52±3.84	14.09±4.77
针灸组	4.98±1.63	2.68±2.24	10.48±3.53	14.41±4.47
推拿组	4.97±1.61	2.50±2.26	10.45±3.49	16.41±4.51

注: 各组治疗前后比较,  $P < 0.05$ ; 观察组与对照组治疗后比较,  $P < 0.05$ 。

五组患者治疗前后颈椎前凸角比较见表 3。治疗前, 五组患者颈椎前凸角比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。治疗后, 五组患者颈椎前凸角角度改善, 观察组颈椎前凸角明显改善, 角度优于颈复康组; 牵引组、推拿组优于观察组 ( $P < 0.05$ ); 观察组与针灸组差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。

表 3 五组患者治疗前后颈椎前凸角比较 ( $n=96, \bar{x} \pm s, (^{\circ})$ )

组别	治疗前	治疗后
观察组	9.64±7.31	13.83±5.81
牵引组	9.22±8.62	15.99±5.14
颈复康组	9.23±7.23	12.19±6.46
针灸组	9.10±8.21	12.69±7.13
推拿组	9.23±6.19	15.57±5.13

## 2.5 治疗前后血浆黏度及红细胞压积比较

五组患者治疗前后血浆黏度及红细胞压积比较见表 4。治疗前,五组患者血浆黏度、红细胞压积比较,

差异均无统计学意义( $P>0.05$ );治疗后,观察组患者血浆黏度、红细胞压积均较治疗前降低,且低于各对照组,差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。

表 4 五组患者治疗前后血浆黏度及红细胞压积比较( $n=96, \bar{x} \pm s$ )

组别	血浆黏度/(mPa·s)		红细胞压积/%	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	1.676±0.164	1.356±0.114	46.89±2.44	42.89±2.33
牵引组	1.700±0.187	1.457±0.166	47.10±2.93	45.45±2.80
颈复康组	1.708±0.174	1.470±0.166	47.02±2.67	45.78±2.80
针灸组	1.690±0.161	1.444±0.146	47.04±2.59	44.98±2.82
推拿组	1.670±0.158	1.406±0.141	46.70±2.97	44.02±3.05

注:各组治疗前后比较, $P<0.05$ ;观察组与对照组治疗后比较, $P<0.05$ 。

## 2.6 观察组发汗有效率

观察组患者 93 例(96.88%)服药后出正汗,3 例未出正汗,发汗总有效率为 96.77%。

## 2.7 不良反应

五组患者治疗前后血常规、肝肾功能等检查结果无明显变化。观察组患者出现 3 例恶心,2 例心慌,未停药,对症处理后缓解;1 例血小板降低,停药后恢复;无严重不良事件发生。牵引组患者出现 4 例颈部疼痛不适,1 例心慌,1 例胸闷不适。颈复康组患者有 3 例出现轻度反酸、恶心等胃部不良反应。针灸组患者出现 2 例轻度头晕,2 例面色发白、出汗,2 例心慌,1 例胸闷不适。推拿组患者出现 2 例颈部不适,1 例心慌不适。不良反应组间差异无统计学意义( $P>0.05$ ),所有不良反应经对症处理后均缓解,未出现严重不良事件。

## 3 讨论

随着人们长期低头姿势工作日益增多且年轻人喜凉怕热,导致颈椎病患者日益增多且年轻化明显,已被我国认定为职业病,而中医辨证属寒凝证型颈椎病最常见<sup>[17]</sup>。颈椎牵引通过枕颌带的外力作用,可松弛粘连组织,放松颈部肌肉,减轻局部水肿,还可增加颈椎间隙,降低椎间盘内压力,使间盘部分回缩,减轻周围组织对神经根的刺激,从而缓解疼痛,有利于神经根症状恢复<sup>[18-19]</sup>。此外还可牵拉周围粘连组织及椎动脉,调整颈椎的生理曲度及椎动脉形态,恢复小关节错位,加速血液流动,缓解颈部症状。颈椎牵引尤其适用于神经根型颈椎病,安全有效,可改善临床症状,但该病易反复发作甚至加重<sup>[20]</sup>。

有研究证实颈复康颗粒具有祛风除湿、活血止痛、益气养血的功效,其中地龙、土鳖虫、红花、乳香、桃仁、川芎、蕊石、丹参、没药、花王不留行具有行气活血、化瘀止痛的作用;威灵仙、黄柏、石决明、羌活、葛根、苍术、秦艽具有祛风除湿、通络止痛的作用;地黄、白芍、黄芪、党参具有补益气血、养血柔肝舒筋的作用。该药对神经根型颈椎病疗效突出,常应用于临床治疗<sup>[21-22]</sup>。

颈夹脊穴位于颈项部且内联脏腑,针刺之可舒筋

活血、散寒除湿、补肾壮骨;合谷为镇痛要穴,具有祛风散寒、通络止痛之效;外关穴可通经活络,清热解毒;风府穴可通阳益气,祛风散寒止痛;风池穴可祛风通络止痛、通利官窍;天柱穴益阳补气、散寒止痛、开窍醒神;天宗穴可行气散结,除痹止痛;曲池穴疏风清热、通络行气止痛;手三里穴祛风除痹、通络止痛;阿是穴具有疏通局部经络气血、活血通络止痛的作用。针刺以上穴位,可祛风除湿,散寒止痛,活血通络,以上穴位是治疗神经根型颈椎病的要穴,在治疗颈椎病方面取得满意疗效<sup>[23-24]</sup>。另外有研究认为针灸可通过阻止炎性细胞因子生成、减缓 P38-MAPK 活性、拮抗小胶质细胞激活而止痛。此外,针灸还能促进颈椎功能恢复,促进血液流动,改善椎动脉及颈椎局部血流,进而降低颈椎病复发率<sup>[25]</sup>。

推拿手法是中医常用治疗方法,具有疏经通络、活血散结、行气止痛、祛风散寒等功效,通过点、按、揉、滚、推、拿等多种推拿按摩手法作用于患者颈椎局部、头颈肩部、颈夹脊、颈椎两侧肌肉等部位,从而缓解颈部肌肉、筋膜的痉挛,松解周围的粘连组织,使局部软组织放松,恢复紊乱的颈椎关节,调整颈椎曲度,减轻颈椎间盘的突出及对周围神经根、椎动脉、交感神经的压迫,缓解神经根刺激症状。推拿还能活血通络,改善颈部周围血运,加速血液流动,使局部炎症物质快速代谢,进而缓解疼痛,恢复颈椎生物力线及原有动态平衡。因此,推拿可以达到舒经活络、整复关节、活血止痛的功效,有效治疗颈椎病<sup>[26-27]</sup>。

《金匱要略·水气病脉证并治篇》云:“寸口脉迟而涩,迟则为寒,涩为血不足;趺阳脉微而迟,微则为气,迟则为寒。……水饮所作,桂枝去芍药加麻黄附子细辛汤主之。”文中“当汗出,如虫行皮中,即愈”。寒凝证型颈椎病的核心病机为阳虚寒凝、气血瘀滞、经络不通。寒痉汤中炮附子、桂枝、麻黄温阳散寒,细辛、生姜助阳通窍,全蝎、蜈蚣通络止痛,共奏“温阳—发汗—通络”之功。发汗法通过“正汗出”,使寒邪随汗而解,气血运行通畅,契合《素问·阴阳应象大论》“其在皮者,

汗而发之”的理论<sup>[28]</sup>。邬雨洁等<sup>[29]</sup>研究证实寒痉汤可通过抑制 NF- $\kappa$ B 通路降低炎症因子水平,改善血管内皮功能,寒痉汤中麻黄、桂枝含黄酮类化合物,可扩张血管、改善微循环。全蝎、蜈蚣的有效成分可降低血液黏稠度、抑制血小板聚集<sup>[30]</sup>,故观察组血浆黏度、红细胞压积改善优于对照组;而牵引、推拿通过力学调整直接矫正颈椎曲度,故其颈椎前凸角改善更显著。同时配合发汗三法,正汗出,则汗出而脉平身凉,气血阴阳调和而愈。国医大师李士懋的发汗法强调“正汗出而邪自解”,区别于传统发汗法的“强攻”,注重“温阳与通络并举”,寒痉汤中炮附子温阳散寒,虫类药通络止痛,形成“温一发一通”的独特治疗体系<sup>[31-33]</sup>。

有研究证明颈椎病是因颈椎退行性改变,出现颈椎生理弯曲变直甚至反弓,并且与颈肩部疼痛等疾病有关,因此在改善或调整颈椎前凸角后能够有效缓解颈椎病及相关症状<sup>[34]</sup>。有试验证明血液流变学指标和颈椎病关系密切,血液黏稠度增高会使血流速度减慢,增加血管阻力,使颈部血管微循环受阻,颈部血液供应不足。血浆黏度、红细胞压积是血液流变学常用的化验指标,能够很好地反映其变化。发汗以及寒痉汤中的成分可使寒邪得散,痉症得缓,血液得以在脉中正常流动,并能减少 TNF- $\alpha$ 、IL-1 $\beta$ 、IL-6 等炎症因子,从而起到解除肌肉紧张、缓解疼痛、改善功能的作用<sup>[35-36]</sup>。

本研究通过服用寒痉汤发汗治疗寒凝证型颈椎病,结果与其他 4 组对照组比较,显示 VAS 评分、田中靖久颈椎病症状量表评分明显改善,血浆黏度、红细胞压积明显下降,均优于对照组。血液化验指标说明寒痉汤发汗可以改善血液流变学指标,从而缓解疼痛。观察组总有效率为 94.79%,在疼痛缓解、中医证候改善、血液流变学指标调节方面优于传统保守治疗,尤其适用于寒凝证型患者,因传统治疗多侧重松解或活血,缺乏温阳散寒的针对性。另外,观察组颈椎前凸角改善不及牵引组和推拿组,因发汗法主要作用于气血层面,对颈椎力学结构的直接调整作用较弱,临床可针对颈椎曲度异常明显的患者,采用“发汗法+牵引”联合方案,兼顾病机与结构调整。

综上所述,国医大师李士懋发汗法(寒痉汤)能有效治疗寒凝证型颈椎病,在缓解疼痛、改善中医证候及血液流变学指标方面优于传统保守治疗,安全性良好,但对颈椎前凸角的矫正效果弱于牵引和推拿,临床可根据患者需求联合应用,提高疗效。该研究也存在一定局限性及不足:1)单中心研究,样本来源存在地域偏倚,需多中心验证;2)随访时间仅 2 周,未观察远期复发率及长期安全性;3)未检测炎症因子(如 TNF- $\alpha$ 、IL-1 $\beta$ )等机制指标,无法明确发汗法对炎症通路的影响;

4)未设置安慰剂对照组,难以排除安慰剂效应。弥补不足及未来规划如下:1)开展多中心、双盲安慰剂对照试验,进一步验证疗效;2)延长随访时间至 6 个月,观察复发率及长期安全性;3)检测血清炎症因子、血管内皮功能指标,深化作用机制探讨;4)探索寒痉汤与牵引、推拿等联合治疗方案,优化疗效。

## 参考文献

- [1] 胥少汀,葛宝丰,徐印坎.实用骨科学[M].北京:人民军医出版社,2019:1971-1990.
- [2] 黄远良,张娜.针灸与针刀治疗神经根型颈椎病的比较研究[J].中国中医骨伤科杂志,2025,33(7):72-77.
- [3] 崔梦洁,高珍,顾倪瑄,等.基于“以痛为输”针刺对慢性颈痛患者丘脑与全脑功能连接的影响[J].世界中医药,2025,20(10):1768-1773.
- [4] 胡晓英,袁义明,顾雯靓.葛根汤合黄芪桂枝五物汤加减治疗神经根型颈椎病 48 例[J].中国中医骨伤科杂志,2024,32(6):93-96.
- [5] 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.
- [6] 刘世慧,段文洁,罗海岚,等.匡建军教授运用引经药治疗神经根型颈椎病的经验[J].中国中医骨伤科杂志,2025,33(10):93-96.
- [7] 世界中医药学会联合会骨质疏松专业委员会,上海中医药大学附属龙华医院,中日友好医院,等.骨质疏松症中西医结合诊疗专家共识[J].世界中医药,2023,18(7):887-894.
- [8] 张宝庆,李文高,党建军,等.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[J].中华中医药学刊,2025,43(11):217-220.
- [9] 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.
- [10] 胡建锋,张彦军,王彩霞,等.个性化角度牵引法结合 Mulligan 手法对老年神经根型颈椎病颈椎活动度、TCD 指标及炎性细胞因子的影响[J].中国老年学杂志,2025,45(14):3416-3420.
- [11] 遇林基.颈复康颗粒治疗颈椎病 481 例[J].中医杂志,2011,52(S1):154-155.
- [12] 王俊涛,王元广,王爽,等.通督交泰针法治疗神经根型颈椎病的疗效观察[J].中国中医急症,2025,34(3):477-480.
- [13] 吴艳孙.加味桂枝加葛根汤联合推拿在颈椎病患者治疗中的效果观察[J].江西中医药大学学报,2023,35(4):50-53.
- [14] 胡志勇,任伟亮,李彦丽,等.李士懋发汗法治疗 45 例寒凝证型膝骨关节炎的临床观察[J].世界中医药,2016,11(7):1233-1235.
- [15] DING X, WU J Z, SHEN Q X, et al. Clinical control study of traditional Chinese medicine hot compress combined

- with traction in the treatment of cervical spondylotic radiculopathy: study protocol[J]. *Medicine*, 2021, 100(4): e23880.
- [16] 苗嘉航, 马胜, 李渠蓬, 等. 颈椎前凸比率可作为多节段脊髓型颈椎病后路术式选择的决策指标[J]. *中国组织工程研究*, 2025, 29(9): 1796-1802.
- [17] 李景虎, 朱清广, 孔令军, 等. 基于“筋束骨”理论探析颈椎病“筋出槽、骨错缝”手法的治疗策略[J]. *世界中医药*, 2025, 20(7): 1195-1198.
- [18] 梁彦林, 王鹏, 顾常庆, 等. 颈肩宁协方配合牵旋手法治疗神经根型颈椎病的临床研究[J]. *中国中医骨伤科杂志*, 2025, 33(5): 37-41.
- [19] TASSO M, SOMMERNES J H, KOLSTAD F, et al. A randomised controlled trial comparing the effectiveness of surgical and nonsurgical treatment for cervical radiculopathy[J]. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 2020, 21(1): 171.
- [20] 王怀泽, 朱俊琛, 马幸福, 等. 深刺颈夹脊穴联合颈椎卧位持续牵引治疗神经根型颈椎病的临床疗效观察[J]. *中医药临床杂志*, 2022, 34(8): 1528-1532.
- [21] 计小清, 孔令娟, 高志旭, 等. 颈复康颗粒联合针刺治疗神经根型颈椎病(风寒阻络型)的临床疗效观察[J]. *中草药*, 2022, 53(7): 2103-2107.
- [22] 徐秋霞, 师公磊, 田文镜. 温针灸联合颈复康颗粒治疗神经根型颈椎病 30 例[J]. *光明中医*, 2023, 38(22): 4421-4423.
- [23] 刘波, 苏小强, 王向阳. 补肾活血通络方联合针刺治疗神经根型颈椎病的临床研究[J]. *中国中医骨伤科杂志*, 2018, 26(11): 21-24.
- [24] 王健, 丁成竟, 占桂平. 当归地龙桂枝汤联合针灸治疗颈椎病疼痛及上肢麻木效果研究[J]. *中华中医药学刊*, 2026, 44(1): 55-58.
- [25] 李华一, 白晓涵, 吕玉娥. 针刺大柎-间使、风池-风府联合四藤一仙汤治疗寒湿痹阻型神经根型颈椎病的临床研究[J]. *四川中医*, 2025, 43(2): 186-191.
- [26] 吕文勇, 胡泽昊, 黄秋璇, 等. 颈康方联合推拿治疗神经根型颈椎病临床研究[J]. *新中医*, 2025, 57(14): 91-95.
- [27] 刘科, 张乐, 欧梁, 等. 点穴运动疗法治疗颈型颈椎病的临床研究[J]. *中国中医骨伤科杂志*, 2024, 32(7): 34-39.
- [28] 胡志勇, 李彦丽, 任伟亮, 等. 李士懋汗法的理论创新及临床应用[J]. *世界中医药*, 2015, 10(3): 367-369.
- [29] 郭雨洁, 张明泉, 纪永利, 等. 寒痉汤及其拆方对寒凝证高血压大鼠血清炎症因子、血管内皮功能及纤维化的影响[J]. *山东大学学报(医学版)*, 2022, 60(6): 10-18.
- [30] 黄沛森, 曹璐畅, 李易水, 等. 国医大师李士懋含蜈蚣处方用药规律研究[J]. *河北中医药学报*, 2022, 37(4): 51-56.
- [31] 彭光远, 何晓辰, 苏敬彬, 等. 王金榜教授平脉辨证治疗寒凝证型腰椎间盘突出症的经验[J]. *天津中医药*, 2021, 38(9): 1174-1177.
- [32] 侯佑柱, 孙敬宣, 张小琴, 等. 国医大师李士懋桂甘麻附辛汤临证经验探析[J]. *中华中医药杂志*, 2022, 37(7): 3904-3907.
- [33] 胡志勇, 程文会, 刘清磊, 等. 国医大师李士懋发汗法治疗颈椎病寒凝证的临床经验[J]. *现代中医临床*, 2024, 31(2): 41-44.
- [34] 孔源, 宫云昭, 王莹. 推拿联合药物治疗颈型颈椎病的疗效及其对患者颈椎前凸角影响的回顾性分析[J]. *西部中医药*, 2022, 35(9): 129-132.
- [35] 张艳艳. 大防风汤联合颈椎牵引治疗神经根型颈椎病风寒阻络证临床研究[J]. *新中医*, 2022, 54(16): 20-23.
- [36] 苏垠旭, 曲萌, 吴丹, 等. 发表渗湿汤治疗神经根型颈椎病急性期(风寒湿证)的临床观察[J]. *中国中医急症*, 2025, 34(4): 670-672.

(收稿日期: 2025-10-21)