

• 临床研究 •

自拟强经汤治疗轻-中度脾肾两虚型腕管综合症的疗效观察

谢仕旭, 蒋 婷, 陈 涛, 杨 艳*

(云南省中医医院, 云南 昆明 650021)

摘要: **目的** 观察自拟强经汤辨证治疗轻-中度脾肾两虚型腕管综合症的临床疗效。**方法** 选取 2022 年 9 月至 2024 年 7 月至云南省中医医院脑病科门诊就诊的 60 例原发性腕管综合征患者, 将其分为 30 例研究组和 30 例对照组。研究组予自拟强经汤加减口服, 对照组口服甲钴胺片配合维生素治疗, 观察患者服药后的症状改善情况, 以 BCTQ 评分、VAS 评分结果来体现。**结果** 治疗后患者 BCTQ 评分、VAS 评分差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 自拟强经汤加减辨证治疗轻-中度脾肾两虚型腕管综合征具有较好的临床疗效, 合理运用强经汤加减治疗轻-中度脾肾两虚型腕管综合征能尽早缓解患者症状, 免于手术治疗之苦。

关键词: 自拟强经汤; 辨证治疗; 腕管综合征; 临床疗效

中图分类号: R274.9

文献标志码: A

文章编号: 2097-4299(2026)02-0022-04

DOI: 10.19288/j.cnki.issn.2097-4299.2026.02.005

Effect of Qiangjing Tang on Carpal Tunnel Syndrome with Spleen-Kidney Deficiency

XIE Shixu, JIANG Ting, CHEN Tao, YANG Yan

(Yunnan Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Kunming 650021, China)

ABSTRACT: **Objective** Observation of the clinical efficacy of Qiangjing Tang in the dialectical treatment of mild to moderate spleen-kidney deficiency type carpal tunnel syndrome. **Methods** Sixty patients with primary carpal tunnel syndrome who visited the Brain Disease Department of Yunnan Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine from September 2022 to July 2024 were selected and divided into a study group of 30 cases and a control group of 30 cases. The study group received modified Qiangjing Tang orally, while the control group received oral methylcobalamin tablets combined with vitamin treatment. The improvement of patients' symptoms after medication was observed, and the results were reflected by BCTQ score and VAS score. **Results** The difference in BCTQ score and VAS score among patients after treatment was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** The dialectical treatment of mild to moderate spleen kidney deficiency type carpal tunnel syndrome with modified Qiangjing Tang has good clinical efficacy. Reasonable use of modified Qiangjing Tang in the treatment of mild to moderate spleen kidney deficiency type carpal tunnel syndrome can relieve patients' symptoms as early as possible and avoid the pain of surgical treatment.

KEY WORDS: Qiangjing Tang; dialectical therapy; carpal tunnel syndrome; clinical effect

正中神经因腕管内压力升高被压迫进而导致拇指、食指、中指及环指桡侧出现麻木、乏力、刺痛等一系列神经功能下降的疾病在临床上称为腕管综合征 (carpal tunnel syndrome, CTS)^[1-3]。此疾病在临床中较为常见, 初期症状较轻, 多表现为夜间睡眠时感手指麻木、肿胀、刺痛而醒来, 甩动腕关节放松可缓解, 白天多无明显症状; 病情加重时可因腕关节重复性动作、腕部屈伸过度等因素在白天发作, 严重时伴肩部、上臂麻木及放射痛; 疾病后期因运动神经受累加重, 正中神经功能严重下降而呈持续性手指麻木、刺痛等

感觉障碍并伴大鱼际肌萎缩^[2-4], 精细动作缓慢笨拙且手指乏力无法提重物^[2-3]。目前, CTS 的治疗分为保守治疗和手术治疗, 临床上轻-中度病变以保守治疗为主^[5], 包括健康宣教、硬夹板固定手腕、腕管注射治疗、口服消炎止痛剂、高频超声疗法、富血小板血浆置换、中医综合理疗等方法, 各有利弊, 但对于大多数患者仍存在一定局限性 (疗程长且复发率高)。甲钴胺是在维生素 B₁₂ 基础上开发的药, 能在血浆和脑脊液中高浓度维持, 可高浓度转运至神经细胞细胞器, 促进核酸和蛋白质合成, 修复受损神经, 尤其是修复可逆

作者简介: 谢仕旭 (1998-), 女, 住院医师, E-mail: 1843418580@qq.com

* 通信作者: 杨 艳 (1968-), 女, 主任医师, 研究方向: 中医脑病, E-mail: 138888558976@163.com

性神经损伤疗效明显^[6]。自拟强经汤作为中药方剂,在脾肾两虚型轻-中度 CTS 患者的临床实践中获效明显。本研究旨在评价自拟强经汤对于轻-中度脾肾两虚型腕管综合征的临床疗效及安全性,为腕管综合征的中西医结合治疗提供参考。

1 资料与方法

1.1 资料 选取 2022 年 9 月至 2024 年 7 月在我院脑病科门诊就诊的轻-中度脾肾两虚型 CTS 患者 60 例作为研究对象。采集患者年龄、性别等基线信息,建立标准化患者信息列表,确保数据完整规范。采用分层随机法分组以保障组间均衡性,具体流程:先按年龄划分为 18~40 岁、41~60 岁 2 个亚组(40 岁患者归入前一亚组以避免分组重叠);再在各年龄亚组内,依据性别比例接近 1:1 的原则实施简单随机分组,将患者分配为研究组与对照组,使 2 组在年龄、性别构成上病例数相近,为疗效对比奠定均衡基础。

分组后基线资料如下:研究组 30 例,男 8 例、女 22 例;单侧发病 10 例,双侧发病 20 例;病程 6 个月以内 19 例,6 个月至 1 年 10 例,1 至 3 年 1 例。对照组 30 例,男 6 例、女 24 例;单侧发病 12 例,双侧发病 18 例;病程 6 个月以内 21 例,6 个月至 1 年 7 例,1 至 3 年 2 例。2 组患者上述基线资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 参照世界中医药学会联合会骨关节疾病专业委员会《腕管综合征中西医结合诊疗专家共识》^[7]及《腕管综合征中西医诊疗进展》^[8]中的诊断标准:1)症状:拇指、食指、中指及环指桡侧麻木、疼痛等感觉异常以夜间明显,劳累后加重,经休息及甩手可缓解,伴或不伴大鱼际肌萎缩;2)体征:腕部 Tinel 征阳性(通过叩击腕部正中神经区域诱发手指麻木)及 Phalen 征阳性(前臂上举、屈肘、双腕屈曲 90°,手指伸直,手背合拢,在 1 min 内出现症状发作或加重)、丧失两点辨别觉;3)辅助检查:神经电生理检查提示正中神经感觉传导速度减慢、神经运动传导潜伏期延长、感觉传导波幅降低、神经运动动作电位波幅降低^[9-11];4)CTS-6 评分 ≥ 12 分。

中医证型诊断标准:手指麻木、疼痛、无力,遇劳加重、夜间尤甚、反复发作,平素面色萎黄无华、神疲肢倦、腰膝酸软、肢体冰冷、纳眠差。舌质淡红、苔薄白腻、舌边有齿痕,脉沉细。

腕管综合征的分级诊断^[12]:1)轻度:存在较轻的麻木和刺痛感,活动正常,无肌肉萎缩,两点辨别觉

(2-PD)小于 4 mm,正中神经末端运动潜伏期(distal motor latency, DML)小于 4.5 ms,伴或不伴波幅降低;2)中度:麻木及刺痛程度加大伴正中神经支配区感觉减退,活动正常,无肌肉萎缩,4 mm $<$ 2-PD $<$ 10 mm,4.5 ms $<$ DML $<$ 10 ms;3)重度:持续性的麻木及刺痛、无力伴正中神经支配区感觉消失,大鱼际肌萎缩,对掌活动受限,2-PD $>$ 10 mm, DML $>$ 10 ms。

1.3 纳入标准 1)符合上述腕管综合征诊断标准;2)年龄 18~60 岁;3)中医辨证属脾肾两虚型;4)分级诊断属于轻度及中度的患者。

1.4 排除标准 1)分级为重度腕管综合征的患者;2)孕妇;3)腕部外伤或畸形患者;4)具有周围神经病、神经根型颈椎病、旋前圆肌综合征及糖尿病周围神经损伤的患者;5)同时接受其他治疗的患者;6)合并有严重内科疾病及精神障碍的患者。

1.5 治疗方法

1.5.1 基础干预 健康宣教核心内容:1)加强腕部保暖防护,避免寒冷刺激诱发或加重症状;2)指导患者采用双侧手臂交替劳作模式,防止单侧腕部过度劳损;3)针对办公人群,强调调整坐姿的重要性,减少腕部过度屈伸动作,避免上肢用力不均衡;4)建议日常活动中佩戴护腕或使用腕托,持续维持腕部中立位;5)树立劳逸结合理念,避免长时间连续进行腕部负重或重复性动作;6)督促肥胖患者制定科学减重计划,减轻腕部负荷。

1.5.2 分组治疗 对照组:予甲钴胺片联合维生素 B₁片、维生素 B₆片口服。甲钴胺片[卫材(中国)药业有限公司,国药准字 H20143107,0.5 mg/片],0.5 mg/次,3 次/d;维生素 B₁片、维生素 B₆片均按药品说明书常规剂量服用。4 周为 1 疗程,连续治疗 2 疗程,密切监测用药反应。

研究组:予强经汤加减口服。基础方:生地黄 15 g,白芍 15 g,僵蚕 15 g,当归 10 g,川芎 10 g,天麻 15 g,木瓜 15 g,薏苡仁 30 g,伸筋草 15 g,黄芪 15 g,太子参 10 g,麦冬 15 g,炒白术 15 g,五味子 10 g,茯苓 15 g,酒黄精 15 g,炒枳实 10 g,甘草 5 g。辨证加减:睡眠障碍者加茯神 15 g、合欢皮 15 g、首乌藤 30 g;疼痛明显者加延胡索 15 g、威灵仙 15 g。

煎服方法:首煎前冷水浸泡药材 30 min,大火煮沸后改小火续煎 20 min,取汁 150 mL 饭后 1 h 温服;二、三煎直接加冷水煎煮 20 min 取汁,服法同首煎。1 剂/d,分 3 次温服,疗程同对照组。

用药注意:治疗期间忌酸冷、辛辣食物及豆类、糯食;出现感冒、腹泻等急性病症时暂停服药,症状缓解后再续治。

1.6 疗效评定方法与评分标准

1.6.1 疗效评定指标 分别于治疗前及治疗2个疗程后,采用以下量表对2组患者进行疗效评估,对比治疗前后指标变化:1)波士顿腕管综合征问卷(Boston carpal tunnel syndrome questionnaire, BCTQ):该问卷包含症状严重程度量表(symptom severity scale, SSS)和功能状态量表(functional status scale, FSS)2个核心维度,用于分别评估患者症状严重程度及日常生活功能受影响情况;2)视觉模拟疼痛量表(visual analogue scale, VAS):用于量化评估患者治疗前后的疼痛程度。

1.6.2 评分标准 BCTQ评分标准^[13]制定:SSS含11个条目,聚焦拇指、食指等部位麻木、疼痛等症状的发作频率与严重程度;FSS含8个条目,围绕穿衣、进食等日常生活活动能力展开评估。两个量表均采用1~5分分级评分法,条目得分由低到高对应症状/功能障碍程度由轻到重,量表总评分越高,提示患者症状越严重或日常生活功能受损越明显。

VAS评分标准^[13]制定,评分范围为0~10分,具体分级:0分为无痛;1~3分为轻微疼痛,不影响日常生活;4~7分为中度疼痛,可忍受但影响工作、睡眠等正常生活;8~10分为剧烈疼痛,无法忍受,严重干扰生活。评分越高,提示患者疼痛程度越剧烈。

1.6.3 评定流程 由经过统一培训的医护人员担任评估者,在每次评估前向患者详细说明量表条目含义、填写规范及评分标准,确保患者充分理解后自主表达或协助填写。评估完成后,建立专用数据记录表,对2组患者治疗前、后的BCTQ(SSS、FSS)评分及VAS评分进行详细记录,采用双人核对模式录入数据,避免信息错漏,保障数据准确性。

1.7 统计学方法 采用SPSS 24.0统计学软件对所有数据进行分析处理。本研究中BCTQ(SSS、FSS)评分及VAS评分均为计量资料,以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示;计数资料以例数(n)表示。组间比较采用独立样本 t 检验,以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者治疗前后BCTQ结果比较 见表1。

根据表中数据描述,在治疗前SSS和FSS两种评分在2组患者的均值比较中差异不明显, P 值均大于

表1 2组患者治疗前后症状改善情况比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	例数	BCTQ评分			
		SSS		FSS	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	30	21.80±1.58	13.00±1.44	13.93±1.74	9.47±1.17
对照组	30	21.67±1.37	15.63±1.47	13.97±1.85	11.67±1.06
t 值		0.348	-7.004	-0.072	-7.640
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

0.05。在治疗后,有关SSS评分的2组均值比较,研究组均值更低,说明研究组治疗效果更加显著。根据 t 值为-7.004,充分反映研究组均值更小,从 $P < 0.05$ 可知治疗后研究组和对照组2组评分数据的差异有显著性意义。同理,有关FSS评分结果,在治疗前统计评分数据,均值和统计结果均无显著差异。治疗后, t 值-7.640,表明存在明显差异且研究组治疗后评分更低,研究组治疗效果更加显著,而 $P < 0.05$ 证明差异有统计学意义。

2.2 2组患者治疗前后VAS比较结果 见表2。

表2 2组患者治疗前后疼痛程度比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	例数	VAS评分	
		治疗前	治疗后
研究组	30	3.67±1.21	1.20±0.71
对照组	30	3.63±1.13	2.07±0.94
t 值		0.11	-4.009
P 值		>0.05	<0.05

根据表中数据描述,在治疗前VAS评分在2组患者的均值比较中差异不明显, P 值均大于0.05,说明统计结果差异无显著性意义。在治疗后,有关VAS评分的2组均值比较,研究组均值更低,说明研究组治疗效果更加显著。根据 $P < 0.05$ 得出差异有统计学意义,从而证明研究组治疗效果更明显。

3 讨论

本研究探讨自拟强经汤治疗轻-中度脾肾两虚型腕管综合征(CTS)的疗效。60例患者分层随机划分为研究组(强经汤加减)与对照组(甲钴胺联合维生素),以用药为唯一干预变量,在基线一致基础上同步实施统一基础干预。

基础干预依据:腕关节屈曲增高腕管内压、加重正中神经压迫,睡眠中无意识屈曲引发的持续高压可加剧神经损伤甚至不可逆损害^[14-15];故2组均睡前佩戴护腕固定腕关节于中立位,并开展标准化健康宣教以提升依从性^[16]。

结果显示,2组治疗后BCTQ(SSS、FSS)及VAS

评分均显著降低($P<0.05$),且研究组评分低于对照组($P<0.05$)。从中医理论深入剖析,CTS属“痹证”“腕痹”范畴,其病机核心为“本虚标实、虚实夹杂”。外伤劳损致腕部经络受损,气血运行不畅,风、寒、湿等外邪易乘虚而入,闭阻经络气血,“不通则痛”;病程迁延日久,气血耗伤,经络失于濡养,则“不荣则麻”,形成麻木疼痛的典型症状。

本病病位在腕部经络,病本却在于脾肾两虚。脾为后天之本,主运化气血、濡养肌肉筋脉;肾为先天之本,主藏精、生髓,温煦濡养周身。CTS患者多因长期劳损,耗伤脾肾精气,脾失健运则气血生化不足,肾精气亏虚则温煦濡养无力,致腕部经络持续失养,病情反复难愈。本研究纳入患者均表现为“手指麻木遇劳加重、夜间尤甚,伴面色萎黄、神疲肢倦、腰膝酸软”,与脾肾两虚证候高度契合—遇劳加重、神疲肢倦为脾虚气弱之象,夜间尤甚、腰膝酸软是肾虚失养之征,面色萎黄则属气血亏虚的外在表现。基于此,本研究确立“健脾补肾、养血祛风通络”的核心治则,自拟强经汤组方精准对应此病机,既针对经络阻滞之标,又兼顾脾肾亏虚之本。

现代药理亦佐证自拟强经汤疗效:方中黄芪、太子参以黄芪多糖、太子参皂苷调免疫、抗疲劳^[17-18];生地、白芍等养阴填精,其含有的地黄多糖、芍药苷可促淋巴细胞增殖、抑炎症介质释放^[19-20];天麻、伸筋草等舒经活络,活性成分具解热镇痛作用^[21-22];僵蚕水提液平衡免疫应答,减轻神经损伤^[23];酒黄精提取物促DNA合成,加速神经修复^[24]。而对照组甲钴胺联合维生素虽能参与髓鞘合成与神经代谢,但缺乏对“脾肾两虚”病理基础的调理,疗效深度与持续性不足。

本研究存在单中心、小样本等局限,未来需扩大样本量并开展多中心研究。综上,强经汤加减治疗轻中度脾肾两虚型CTS疗效更优,且经济便捷、依从性高,可作为保守治疗优选方案之一。

参考文献:

- [1] 刘敦,黎立. 腕管综合征的中西医研究进展[J]. 新疆中医药,2024,42(3):136-140.
- [2] 谷宇,高斌礼. 腕管综合征的诊治进展[J]. 骨科,2021,12(6):573-577.
- [3] 薛超,徐克钢,李永平. 腕管综合征诊治研究进展[J]. 国际骨科学杂志,2024,45(2):100-104.
- [4] 胡川笑,汪洋,叶璟,等. 腕管综合征的临床表现与电生理结果的关系[J]. 浙江临床医学,2023,25(10):1487-1489.
- [5] 郭嘉义. 轻中度腕管综合征保守治疗进展[J]. 世界最新医学信息文摘,2019,19(20):86-88.
- [6] 周海琪,蔡一慧,赵艳华,等. 腕关节外固定支具联合复方倍他米松、甲钴胺治疗腕管综合征的临床疗效[J]. 中国中西医结合外科杂志,2023,29(6):788-792.
- [7] 世界中医药学会联合会骨关节疾病专业委员会. 腕管综合征中西医结合诊疗专家共识[J]. 中华医学杂志,2023,103(7):473-482.
- [8] 王镇东,田鸿来. 腕管综合征中西医诊疗进展[J]. 光明中医,2024,39(14):2591-2594.
- [9] 黎玲,黄紫薇,蒋丽丽. 神经肌电图在腕管综合征患者中的应用价值[J]. 现代电生理学杂志,2023,30(4):211-214.
- [10] 宋媛,吴春芳,赵冬凤,等. 肌电图在早期腕管综合征诊断中的应用[J]. 锦州医科大学学报,2022,43(3):83-86.
- [11] 史鹏,伊学,宋新枝. 电诊断技术在腕管综合征中的应用[J]. 现代电生理学杂志,2019,26(1):28-31.
- [12] 顾玉东. 腕管综合征与肘管综合征的临床分型现状与建议[J]. 中华骨科杂志,2011,31(7):818-819.
- [13] 王妍萍,秦磊,丁炜. 补阳还五汤联合针刺治疗轻中度腕管综合征疗效评价[J]. 辽宁中医杂志,2022,49(12):176-178.
- [14] 吴亮,杜维卫,张伟平,等. 腕管综合征标准化治疗临床分析[J]. 中华手外科杂志,2017(33):64-65.
- [15] 侯清誉,尹思源,马季,等. 轻中度腕管综合征发病机制及非手术治疗方法的研究进展[J]. 吉林大学学报(医学版),2024,50(3):847-853.
- [16] 苏亚平,李瑞玲,曲直,等. 腕管综合征疾病护理研究进展[J]. Chinese Nursing Research,2022,30(10):1816-1820.
- [17] 杨静,冯爱东,杨淑岭,等. 浅析中药黄芪的药理作用分析及临床应用效果评价[J]. 中文科技期刊数据库(全文版)医药卫生,2023(5):0163-0166.
- [18] 宋叶,林东,梅全喜,等. 太子参化学成分及药理作用研究进展[J]. 中国药师,2019,22(8):1506-1510.
- [19] 张利. 白芍的药理作用及现代研究进展[J]. 中医临床研究,2014,6(29):25-26.
- [20] 陈金鹏,张克霞,刘毅,等. 地黄化学成分和药理作用的研究进展[J]. 中草药,2021,52(6):1772-1784.
- [21] 胡金林. 天麻的药理作用与临床应用[J]. 中国乡村医药,2009,16(3):76-76,81.
- [22] 滕翠翠,何永志,王颖,等. 伸筋草化学成分及药理作用研究进展[J]. 医学综述,2008,14(20):3174-3175.
- [23] 代琪,李康曦,叶俏波,等. 僵蚕化学成分、药理作用及毒理学研究进展[J]. 中国药物评价,2023,40(5):402-408.
- [24] 王志容. 黄精的药理作用[J]. 江西中医学院学报,2000,12(S1):147-148.

(收稿日期:2025-01-07)