

本文引用: 刘小卫, 危 威, 蒋全睿, 艾 坤, 龚智超, 刘 磊, 李 武, 李江山. 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.

## 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

刘小卫, 危 威, 蒋全睿, 艾 坤, 龚智超, 刘 磊, 李 武\*, 李江山\*

湖南中医药大学针灸推拿与康复学院, 湖南 长沙 410208

**〔摘要〕** **目的** 探讨循手三阳经筋远端拨按治疗青年颈型颈椎病的疗效。**方法** 将 140 例来自湖南中医药大学及湖南中医药大学第一附属医院招募的青年颈型颈椎病患者, 按随机数字表法随机分为 4 组, 其中手阳明经筋组、手太阳经筋组、手少阳经筋组各 40 例, 阴筋对照组 20 例。4 组患者均采用拨按对应经筋远端治疗的方式, 治疗过程均为 10 min, 治疗 1 次。观察治疗前后 4 组患者的颈椎活动度、疼痛视觉模拟评分(visual analogue scale, VAS)、压痛阈值、软组织张力  $D_{0.5\text{kg}}$  值的即刻变化情况。**结果** 与治疗前比较, 治疗后手阳明经筋组、手太阳经筋组与手少阳经筋组颈椎活动度各方向均增加, VAS 评分及患侧压痛阈值下降, 患侧软组织张力  $D_{0.5\text{kg}}$  值提高( $P<0.05$  或  $P<0.01$ )。与阴筋对照组比较, 手少阳经筋组颈椎各方向活动度均增加, VAS 评分及患侧压痛阈值降低, 患侧软组织张力  $D_{0.5\text{kg}}$  值提高( $P<0.05$  或  $P<0.01$ ); 手阳明经筋组、手太阳经筋组颈椎后伸、左右侧屈、左右旋活动度增加, VAS 评分及患侧压痛阈值降低, 患侧软组织张力  $D_{0.5\text{kg}}$  值提高( $P<0.05$  或  $P<0.01$ )。与手阳明经筋组比较, 手少阳经筋组颈椎前屈活动度增加、VAS 评分降低, 患侧软组织张力  $D_{0.5\text{kg}}$  值提高( $P<0.05$  或  $P<0.01$ ); 手太阳经筋组 VAS 评分降低, 患侧软组织张力  $D_{0.5\text{kg}}$  值提高( $P<0.05$  或  $P<0.01$ )。**结论** 循手三阳经筋远端部拨按治疗均有改善青年颈型颈椎病患者颈椎活动度、VAS 评分、患侧压痛阈值、患侧软组织张力  $D_{0.5\text{kg}}$  值的作用。循筋远端拨按手太阳经筋和手少阳经筋改善颈型颈椎病患者功能的效应优于手阳明经筋。

**〔关键词〕** 项痹; 颈型颈椎病; 经筋; 拨按法; 经筋功能

**〔中图分类号〕** R255.6

**〔文献标志码〕** B

**〔文章编号〕** doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2023.10.016

## Clinical observation on the effects of plucking and pressing the distal part of three hand–yang meridian sinews on improving neck function in young patients with cervical spondylosis

LIU Xiaowei, WEI Wei, JIANG Quanrui, AI Kui, GONG Zhichao, LIU Lei, LI Wu\*, LI Jiangshan\*

School of Acupuncture–moxibustion, Tuina and Rehabilitation, Hunan University of Chinese Medicine, Changsha,

Hunan 410208, China

**〔Abstract〕 Objective** To explore the curative effects of plucking and pressing the distal part of three hand–yang meridian sinews on young patients with cervical spondylosis. **Methods** A total of 140 young patients with cervical spondylosis recruited from Hunan University of Chinese Medicine and its first affiliated hospital were randomly divided into 4 groups by random number table method, including 40 cases in each of the hand–yangming meridian sinew group, hand–taiyang meridian sinew group, and hand–

**〔收稿日期〕** 2023–04–26

**〔基金项目〕** 湖南省教育厅研究生科研创新项目(CX20190559); 国家级大学生创新训练项目(S202010541023); 湖南中医药大学开放基金(201717); 湖南省院士专家工作站(石学敏)开放基金(2019YSZJJ14); 湖南中医药大学大学生创新项目(201827); 湖南省中医药科研计划项目(2021208); 湖南省科技创新计划资助项目(2022RC1221)。

**〔第一作者〕** 刘小卫, 男, 讲师, 硕士, 研究方向: 推拿治病的临床诊疗模式研究。

**〔通信作者〕** \* 李 武, 男, 副教授, 硕士研究生导师, E-mail: 272434694@qq.com; 李江山, 男, 教授, 博士研究生导师, E-mail: 292463008@qq.com。

shaoyang meridian sinew group, and 20 cases in the yin meridian sinew control group. All four groups of patients were treated by plucking and pressing the distal part of the corresponding meridian sinew. The treatment process lasted for 10 min and was done once. The immediate changes in cervical spine mobility, visual analogue scale (VAS) of pain, tenderness threshold, and soft tissue tension  $D_{05\text{ kg}}$  value of the four groups of patients before and after treatment were observed. **Results** Compared with those before the treatment, the cervical spine mobility in all directions of the hand–yangming meridian sinew group, hand–taiyang meridian sinew group, and hand–shaoyang meridian sinew group increased after treatment; the VAS score and ipsilateral tenderness threshold decreased, and the ipsilateral soft tissue tension  $D_{05\text{ kg}}$  value increased ( $P<0.05$  or  $P<0.01$ ). Compared with the yin meridian sinew control group, the hand–shaoyang meridian sinew group showed an increase in cervical spine mobility in all directions and soft tissue tension  $D_{05\text{ kg}}$  value ( $P<0.05$  or  $P<0.01$ ), and a decrease in VAS score and ipsilateral tenderness threshold; the hand–yangming meridian sinew group and hand–taiyang meridian sinew group showed an increase in the cervical spine mobility of extension, left and right lateral flexion, and left and right rotation, as well as in the ipsilateral soft tissue tension  $D_{05\text{ kg}}$  value, and a decrease in the VAS score and ipsilateral tenderness threshold ( $P<0.05$  or  $P<0.01$ ). Compared with the hand–yangming meridian sinew group, the hand–shaoyang meridian sinew group showed an increase in the cervical flexion mobility and the ipsilateral soft tissue tension  $D_{05\text{ kg}}$  value, and a decrease in VAS score ( $P<0.05$  or  $P<0.01$ ); the hand–taiyang meridian sinew group showed a decreased in the VAS score and an increased in the ipsilateral soft tissue tension  $D_{05\text{ kg}}$  value ( $P<0.05$  or  $P<0.01$ ). **Conclusion** The treatment of plucking and pressing the distal part of three hand–yang meridian sinews can improve the cervical spine mobility, VAS score, ipsilateral tenderness threshold, and ipsilateral soft tissue tension  $D_{05\text{ kg}}$  value of young patients with cervical spondylosis. Plucking and pressing the distal part of the hand–taiyang and hand–shaoyang meridian sinews have a better effect on improving the function of patients with cervical spondylosis than plucking and pressing that of the hand–yangming meridian sinew.

[**Keywords**] neck impediment; cervical spondylosis; meridian sinew; plucking–pressing method; function of meridian sinews

颈型颈椎病是颈椎病发病的早期阶段,由于生活和工作习惯的改变,存在年轻化、大众化发病趋势,如不及早治疗,将迁延发展成神经根型、椎动脉型、脊髓型等颈椎病,危及患者身体健康,降低其生活质量。颈型颈椎病临床多见颈项部疼痛、酸胀、僵硬,颈椎关节活动障碍等症状,中医学称之为“项痹”,认为其病位在颈项部经筋,属于中医“经筋病”的范畴,经筋理论可以诠释项痹的生理病理并指导治疗<sup>[1]</sup>。

根据《灵枢·经筋》记载,手足三阳经筋均循行于颈项部,其中手三阳经筋主要加强上肢、肩与颈项部的联系,足三阳经筋主要加强下肢、躯干与颈项部的联系。目前临床推拿治疗颈型颈椎病主要是依照《灵枢·经筋》提出的“以痛为腧”治疗原则,对颈项局部施以点按、弹拨、滚法、一指禅推法等手法治疗。根据经筋理论,颈项部局部和经筋远端循行在病理生理上存在联系<sup>[2]</sup>,对循行经过颈项部经筋的远端进行干预刺激,可能有相应治疗效果。笔者查阅相关文献发现,目前对于经筋远端治疗作用的研究较少,故本研究采用拨按手三阳经筋远端的治疗方法,评价其对青年颈型颈椎病患者颈部功能的改善效应,现报道如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

140例患者均来自2019年7月至2020年12月,在湖南中医药大学及湖南中医药大学第一附属医院招募的青年颈型颈椎病受试者。采用随机数字表法将患者分为手阳明经筋组、手太阳经筋组、手少阳经筋组、阴筋对照组。4组患者一般资料比较,差异均无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。详见表1。本临床试验通过湖南中医药大学第一附属医院伦理委员会批准(伦理批号:HN-LL-KY-2019-036-01)。

表1 患者一般资料比较

组别	n	性别/例		年龄/ ( $\bar{x}\pm s$ ,岁)	病程/ ( $\bar{x}\pm s$ ,月)
		男	女		
阴筋对照组	20	4	16	23.90±1.89	3.88±3.18
手阳明经筋组	40	6	34	23.55±2.12	4.03±3.69
手太阳经筋组	40	7	33	23.20±2.38	3.79±3.77
手少阳经筋组	40	7	33	23.25±2.00	3.84±3.12

### 1.2 诊断标准

参照《颈椎病诊治与康复指南》<sup>[3]</sup>制定青年颈型颈椎病诊断标准:(1)有颈椎慢性劳损或反复落枕病史;(2)颈项强直、疼痛,可出现整个肩背部僵硬疼痛,不能转头、仰头及点头活动,颈部呈倾斜姿势;

(3)少部分患者会出现放射性肩、臂、手麻胀疼痛,打喷嚏或咳嗽时症状加重亦不明显;(4)影像学表现可正常或仅有轻度椎间隙狭窄或生理曲度改变,很少出现骨质退变。

### 1.3 纳入标准

(1)符合上述颈型颈椎病的诊断标准;(2)年龄为 18~40 岁<sup>[4]</sup>,性别不限;(3)过去 1 年中颈肩部发生天数>30 d,最近 7 d 内有颈肩疼痛发生;(4)首诊时疼痛视觉模拟评分(visual analogue scale, VAS)为 2~7 分;(5)意识清晰,能够正确理解并配合,可以清楚表达者;(6)受试者自愿参加本实验研究,并且签署知情同意书。

### 1.4 排除标准

(1)颈椎有肿瘤、结核、骨髓炎、严重骨质疏松者,椎体节段明显不稳定或有外伤、手术史者;(2)过敏体质、皮肤敏感者或身体虚弱者;(3)孕妇或处于经期者;(4)参加其他临床试验者。

### 1.5 剔除和脱落标准

(1)没有按规定接受治疗及检查者;(2)出现严重不良事件或严重不良反应者;(3)由于各种原因使试验中断者;(4)依从性差,不能坚持治疗者。

## 2 方法

### 2.1 治疗方法

以患者疼痛与颈椎活动障碍受限较严重的一侧为患侧,4 组患者治疗疗程仅为一次,观察治疗前后指标的即刻变化情况。治疗过程中的推拿手法参照《推拿手法学》<sup>[5]</sup>,经筋的循行部位则参照《经络腧穴学》<sup>[6]</sup>。

(1)体位:患者取坐位,颈部呈中立位,双臂自然下垂。操作者取站立位,站立于患者正前方。

(2)操作部位:为了排除临床试验的安慰剂效应<sup>[7]</sup>,并且考虑临床操作时的便捷性,固定以手厥阴经筋作为阴筋对照组参与疗效评价。4 组患者操作部位均为患侧上肢前臂腕横纹至肘横纹的相应经筋循行部位。

(3)操作方法:操作者以一手轻微牵拉并支撑固定患者患侧前臂,另一手以推拿手法的弹拨法弹拨患者患侧前臂部对应经筋循行部位,力度由轻至重,逐渐加力至患者耐受为度。如在弹拨时,扪及阳性反应点或筋结,则重点操作此部位。以腕横纹处弹

拨至肘横纹处计为操作 1 次,反复 10 遍,治疗过程约 10 min。在操作的同时,患者需主动并且有节律地活动其颈椎(颈椎缓慢地依次由中立位前屈、后伸、左右侧屈、左右旋转至最大幅度)。

### 2.2 观察指标

2.2.1 颈椎活动度 采用骨科用关节活动尺测量。在测量颈椎活动度时,需首先让患者缓慢依次由中立位前屈、后伸、左右侧屈、左右旋转至最大幅度,并保持该最大幅度至测量完毕。但在前期预实验中发现,患者往往难以主动保持颈椎最大活动度至测量完毕。因此,在本试验测量时,引入一助手,辅助患者被动达到颈椎最大活动度,并辅助至完成测量。

2.2.2 VAS 评分<sup>[8]</sup> 患者根据自身疼痛程度在 VAS 标尺上进行计分,从 0~10 分,评分越高,表明疼痛越重。

2.2.3 压痛阈值 使用 YT-10C 型 M-tone 压痛测试仪(天津明通世纪科技有限责任公司)测量。压痛阈值是评估和预测颈痛患者症状的有价值指标,其操作简单,使用方便,可用于定量分析疼痛性质,有利于压痛的量化评定。测量方法:测试者手持压力测痛仪在测量部位持续匀速加压,当患者初感疼痛,立刻按下压痛开关(按下则读数保持不变),并表明疼痛,测试者此时立即停止,并将压力计移开,由另一名读数者读取并记录压痛阈值。患侧测量部位:在患者患侧斜方肌上段进行压痛触摸检查,在患者自觉疼痛明显处测量。健侧测量部位:与患侧测量部位相对应。

2.2.4 软组织张力  $D_{0.5\text{ kg}}$  值 使用 JZL-III 型 M-tone 软组织张力仪和配套测试分析系统(天津明通世纪科技有限责任公司)测量,采集记录加载和卸载时的力-位移曲线,根据斜方肌上段生物软组织黏弹性的特点,选择施加 0.5 kg 载荷时,局部软组织的位移大小,记为  $D_{0.5\text{ kg}}$ ,单位为 mm。可以客观评价患者治疗前后的两侧颈部斜方肌上段生物软组织黏弹性的变化,以判定患者局部软组织紧张程度的改善情况。

测量方法:患者端坐,两眼平视前方,颈部呈中立位。首先将软组织张力测试分析系统连接计算机,调出测试界面,经过培训的测试者一手握住测试头传感器,对准测试部位,均匀用力地垂直按压,整个过程需 2~3 s,当测试界面显示传感器已按压至中点

位置时,均匀撤力,同样需2~3 s。即可在计算机显示屏上显示软组织张力-位移曲线,读取数值。测量部位同压痛阈值测试部位。

### 2.3 统计学方法

所有数据用SPSS 21.0 统计软件进行统计分析。所有数据均进行正态性检验。符合正态分布者,计量资料以“ $\bar{x}\pm s$ ”表示;各组前后比较采用配对 *t* 检验,多组计量资料符合正态分布者采用单因素方差分析,方差齐者用 *LSD* 或 *SNK* 法,方差不齐者用 *Dunnnett's T3* 法。如不符合正态分布,用中位数及四分位间距表示。计数资料采用卡方检验,等级资料采用秩和检验。以  $P<0.05$  表示差异有统计学意义,  $P<0.01$  表示差异具有显著统计学意义。

## 3 结果

### 3.1 各组颈椎活动度比较

治疗前,各组患者颈椎各方向活动度比较,差异均无统计学意义 ( $P>0.05$ ),具有可比性。与治疗前比较,治疗后手阳明经筋组、手太阳经筋组与手少阳经筋组在颈椎各方向活动度均增加 ( $P<0.05$  或  $P<0.01$ );与阴筋对照组比较,手少阳经筋组颈椎各方向活动度均增加 ( $P<0.05$ ),手阳明经筋组、手太阳经筋组颈椎后伸、左右侧屈、左右旋活动度增加 ( $P<0.05$ );与手阳明经筋组比较,手少阳经筋组颈椎前屈活动度增加 ( $P<0.05$ )。详见表 2—4。

表 2 各组患者颈椎前屈、后伸活动度比较 [ $\bar{x}\pm s$ , (°)]

组别	n	颈椎前屈		颈椎后伸	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
阴筋对照组	20	36.90±3.11	39.11±3.27	39.85±3.52	40.91±5.63
手阳明经筋组	40	37.11±6.64	39.48±7.42*	39.38±6.65	43.15±7.82**
手太阳经筋组	40	35.75±4.22	40.36±7.45**	38.04±4.29	42.89±6.11**
手少阳经筋组	40	36.05±4.69	41.99±7.75** <sup>▲</sup>	39.50±5.88	45.59±7.52**

注:与治疗前比较,\* $P<0.05$ ,\*\* $P<0.01$ ;与阴筋对照组比较,<sup>#</sup> $P<0.05$ ;与手阳明经筋组比较,<sup>▲</sup> $P<0.05$ 。

表 3 各组患者颈椎左、右侧屈活动度比较 [ $\bar{x}\pm s$ , (°)]

组别	n	颈椎左侧屈		颈椎右侧屈	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
阴筋对照组	20	36.00±5.53	37.40±6.70	39.85±5.82	42.40±8.07
手阳明经筋组	40	34.46±6.73	42.54±10.41**	38.61±7.98	47.53±9.48**
手太阳经筋组	40	35.77±6.87	42.69±8.56**	38.28±7.62	45.62±9.96**
手少阳经筋组	40	37.11±7.44	43.24±7.76**	38.74±5.81	45.32±6.93**

注:与治疗前比较,\*\* $P<0.01$ ;与阴筋对照组比较,<sup>#</sup> $P<0.05$ 。

表 4 各组患者颈椎左、右旋转活动度比较 [ $\bar{x}\pm s$ , (°)]

组别	n	颈椎左旋		颈椎右旋	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
阴筋对照组	20	58.65±6.71	58.90±6.72	61.95±5.23	61.90±12.24
手阳明经筋组	40	56.76±10.87	63.61±11.75**	61.16±13.05	65.97±13.27**
手太阳经筋组	40	56.27±10.20	65.84±10.72**	60.85±9.82	68.54±9.76**
手少阳经筋组	40	58.34±10.90	65.75±10.46**	60.66±11.62	68.78±9.80**

注:与治疗前比较,\*\* $P<0.01$ ;与阴筋对照组比较,<sup>#</sup> $P<0.05$ 。

### 3.2 各组 VAS 评分比较

治疗前,各组 VAS 评分比较,差异均无统计学意义 ( $P>0.05$ ),具有可比性。与治疗前比较,手阳明经筋组、手太阳经筋组、手少阳经筋组治疗后 VAS 评分均降低 ( $P<0.01$ )。治疗后,与阴筋对照组、手阳明经筋组比较,手太阳经筋组与手少阳经筋组 VAS 评分均降低 ( $P<0.05$ );手阳明经筋组与阴筋对照组 VAS 评分比较,差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )。详见表 5。

表 5 各组患者 VAS 评分比较 ( $\bar{x}\pm s$ , 分)

组别	n	治疗前	治疗后
阴筋对照组	20	4.28±1.30	3.45±1.48
手阳明经筋组	40	4.35±1.47	3.30±1.72**
手太阳经筋组	40	4.24±1.71	2.54±1.51** <sup>▲</sup>
手少阳经筋组	40	4.31±1.57	2.47±1.00** <sup>▲</sup>

注:与治疗前比较,\*\* $P<0.01$ ;与阴筋对照组比较,<sup>#</sup> $P<0.05$ ;与手阳明经筋组比较,<sup>▲</sup> $P<0.05$ 。

### 3.3 各组压痛阈值比较

治疗前,各组压痛阈值比较,差异均无统计学意义 ( $P>0.05$ ),具有可比性。与治疗前比较,手阳明经筋组、手太阳经筋组、手少阳经筋组治疗后患侧压痛阈值均提高 ( $P<0.05$  或  $P<0.01$ ),而各组健侧治疗后压痛阈值差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )。治疗后,与阴筋对照组、手阳明经筋组比较,手太阳经筋组患侧压痛阈值提高 ( $P<0.05$  或  $P<0.01$ );与阴筋对照组比较,手少阳经筋组患侧压痛阈值提高 ( $P<0.05$ ),手阳明经筋组患侧压痛阈值差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )。详见表 6。

表 6 各组患者压痛阈值比较 ( $\bar{x}\pm s$ , N)

组别	n	患侧		健侧	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
阴筋对照组	20	8.04±3.61	8.64±3.93	11.02±4.06	11.90±4.70
手阳明经筋组	40	8.61±3.51	9.70±3.35*	13.73±5.54	13.87±6.10
手太阳经筋组	40	8.58±2.99	11.57±3.64** <sup>▲</sup>	12.54±4.03	13.68±3.70
手少阳经筋组	40	8.36±2.90	10.72±3.94**	12.84±3.83	13.72±3.68

注:与治疗前比较,\* $P<0.05$ ,\*\* $P<0.01$ ;与阴筋对照组比较,<sup>#</sup> $P<0.05$ ,<sup>▲</sup> $P<0.01$ ;与手阳明经筋组比较,<sup>▲</sup> $P<0.05$ 。

### 3.4 各组软组织张力 $D_{0.5\text{ kg}}$ 值比较

治疗前,各组软组织张力  $D_{0.5\text{ kg}}$  值比较,差异均无统计学意义 ( $P>0.05$ ),具有可比性。与治疗前比较,手阳明经筋组、手太阳经筋组、手少阳经筋组治疗后患侧软组织张力  $D_{0.5\text{ kg}}$  值提高 ( $P<0.01$ ),而各组健侧治疗后软组织张力  $D_{0.5\text{ kg}}$  值差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )。治疗后,与阴筋对照组、手阳明经筋组比较,手太阳经筋组与手少阳经筋组患侧软组织张力  $D_{0.5\text{ kg}}$  值提高 ( $P<0.01$ );手阳明经筋组与阴筋对照组患侧软组织张力  $D_{0.5\text{ kg}}$  值比较,差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )。详见表 7。

表 7 各组患者软组织张力  $D_{0.5\text{ kg}}$  值比较 ( $\bar{x}\pm s$ , mm)

组别	n	患侧		健侧	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
阴筋对照组	20	5.60±0.74	5.94±0.61	7.06±0.66	7.25±0.75
手阳明经筋组	40	5.73±0.74	6.14±0.73**	7.15±0.87	7.31±0.90
手太阳经筋组	40	5.78±0.50	6.76±0.59***▲▲	7.05±0.59	7.64±0.78
手少阳经筋组	40	5.69±0.80	6.94±0.84***▲▲	7.03±0.99	7.37±0.59

注:与治疗前比较,\*\* $P<0.01$ ;与阴筋对照组比较,\*\*\* $P<0.01$ ;与手阳明经筋组比较,▲▲ $P<0.01$ 。

## 4 讨论

颈型颈椎病属中医学“项痹”范畴,其病位在颈项部,经筋理论可诠释其生理病理,并可指导治疗。推拿可直接作用于受损经筋,舒筋活血,恢复经筋气血濡养,消除疼痛,是颈型颈椎病患者的首选方法<sup>[9-11]</sup>。除颈项局部治疗外,循经筋远端推拿治疗同样能疏通经络,促进气血运行,松解远端经筋,以恢复经筋功能。

目前,对于颈椎病的疗效评价多采用 McGill 量表、NPQ 评分、NDI 量表等各类量表评估<sup>[12-14]</sup>,亦或是根据《中医病证诊断疗效标准》<sup>[15]</sup>的症状改善情况简单定性其疗效,这些量表虽然内容较全面,但在临床使用中缺乏统一的标准,并且操作复杂,结果较为主观<sup>[16]</sup>,导致大量临床报道的疗效差异较大,难以比较。因此,本研究基于该病的主要症状,采用三类结局指标评价临床疗效。第一类是颈椎活动度,研究认为<sup>[17-18]</sup>,颈椎的功能活动依赖于颈部肌肉及神经的相互协调作用,如颈椎局部生物力学失衡及颈部肌肉协调失衡时,其颈椎活动度、运动的灵活性和运动速度也会随之显著下降。第二类是疼痛,即采用

VAS 评分和压痛阈值主客观相结合评价疼痛改善程度。颈型颈椎病持续的肌肉疼痛和紧张会导致组织的缺血缺氧,从而诱导炎性物质的释放,导致疼痛<sup>[19]</sup>。第三类是肌肉软组织张力,即软组织张力  $D_{0.5\text{ kg}}$  值。颈部长期处于固定姿势,导致局部肌肉韧带长期处于紧张状态,诱发局部软组织劳损是导致颈部软组织张力改变的始发因素<sup>[20-21]</sup>。此外,软组织张力改变导致筋膜内压力增高,神经受到应力刺激,产生张力性疼痛<sup>[22]</sup>。

本研究结果提示,循经筋远端拨按手三阳经筋均能有效改善青年颈型颈椎病患者颈椎活动度、VAS 评分、压痛阈值、软组织张力,从而改善颈部功能、颈项痛症状和缓解局部肌肉紧张,达到治疗目的。循筋远端拨按手太阳经筋和手少阳经筋改善颈型颈椎病患者功能的效应优于手阳明经筋。究其原因,可能与以下两点有关。第一,与经筋在颈项部的循行分布有关。《灵枢·经筋》载手少阳经筋循行“上绕臑外廉,上肩,走颈,合手太阳”,手太阳经筋与手少阳经筋在颈项部汇合,较单个经筋更能发挥经筋的生理功能,而手阳明经筋“其支者,绕肩胛,挟脊;其直者,从肩髃上颈”,未与手太阳经筋及手少阳经筋汇合,因此,手太阳经筋组与手少阳经筋组疗效较手阳明经筋组更佳。第二,与手三阳经筋所主功能有关。《灵枢·经脉》记载膀胱足太阳之脉“主筋所生病者”,张志超在《灵枢集注·卷二》进一步阐释道:“太阳之气,生于膀胱水中,而为诸阳主气。阳气者,柔则养筋,故主筋所生之病。”说明足太阳经是阳气最盛之经,阳气可以濡养经筋,若阳气不足则经筋无以所养而不固,继而引发经筋病,即阳气不温、寒则反折筋急的病症<sup>[23-24]</sup>。此外,张景岳认为:“胆味苦,苦走骨,故胆主骨所生病。又骨为干,其质刚,胆为中正之官,其气亦刚,胆病则失其刚。”所以少阳经秉承胆之“刚气”,对周身骨骼的强度具有调节作用,可主关节疼痛等骨所生病<sup>[25-26]</sup>。根据同名经同气相求的理论<sup>[27]</sup>,调治手太阳经筋、手少阳经筋也可从整体调治“筋”“骨”病,使颈项部筋骨平衡,缓解颈项部疼痛与功能障碍。

综上所述,循手三阳经筋远端拨按治疗可为临床治疗青年颈型颈椎病提供新思路和新方法,但受限于时间及实验设计本身的限制,本研究某些评价

指标仍存在一定主观性,缺少局部与远端结合的疗效评价,同时缺少后期随访。下一步应完善实验设计,采用更客观的指标反映疗效,继续深入研究。

### 参考文献

- [1] 危威,李武,刘小卫,等. 浅议从经筋理论认知项痹及其治疗原则[J]. 针灸临床杂志, 2021, 37(3): 80-83.
- [2] 刘丹,李武,潘杰灵,等. 推拿治疗筋痹的理论探析[J]. 中医药导报, 2023, 29(5): 124-127.
- [3] 中国康复医学会. 颈椎病诊治与康复指南[M]. 北京: 中国康复医学会, 2010: 1-13.
- [4] 张红霞,邓海峰,张永波. 益气定眩汤联合针灸治疗青年颈性眩晕的疗效及对血清 NPY、U II 浓度的影响[J]. 湖南中医药大学学报, 2022, 42(11): 1897-1902.
- [5] 赵毅,季远. 推拿手法学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2013: 80-82.
- [6] 刘清国,胡玲. 经络腧穴学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 56-64.
- [7] 冯硕,李博,张会娜,等. 针刺临床试验的安慰剂对照及其方法学问题[J]. 中国针灸, 2022, 42(4): 437-441.
- [8] 胡金鲁,谢辉,常小荣,等. 局部针刺运动对肱骨外上髁炎康复效应的临床观察[J]. 湖南中医药大学学报, 2021, 41(7): 1060-1064.
- [9] 屈庆,罗华送,齐雪丽,等. 颈型颈椎病中医治法进展[J]. 浙江中医杂志, 2023, 58(4): 310-311.
- [10] 李耀庭,邱兴平,章夏蕾. 针灸推拿联合在颈型颈椎病康复治疗中的效果和对患者颈椎功能改善作用[J]. 中外医疗, 2022, 41(31): 185-189.
- [11] 薛菲菲. 三步手法推拿联合筋针治疗颈型颈椎病的疗效及对疼痛、颈椎活动度的影响[J]. 湖北中医杂志, 2022, 44(7): 52-54.
- [12] 李洪辉,岳鹏,向琪,等. 铜砭刮痧治疗风寒痹阻型神经根型颈椎病的临床观察[J]. 湖南中医药大学学报, 2022, 42(12): 2088-2092.
- [13] 逯俊霞,张典,赵计轩,等. 中医推拿疗法联合颈椎牵引治疗椎动脉型颈椎病[J]. 中医学报, 2023, 38(6): 1340-1344.
- [14] 赵东东,王菲,王志权. 旋提手法治疗颈型颈椎病 40 例临床观察[J]. 甘肃中医药大学学报, 2023, 40(1): 75-78.
- [15] 国家中医药管理局. 中医病症诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 201-202.
- [16] 卜寒梅,王平,杨光,等. 神经根型颈椎病根性疼痛疗效评价方法研究进展[J]. 中国中西医结合杂志, 2021, 41(3): 380-384.
- [17] 李凯,宋敏,刘路. 基于“筋骨失衡,以筋为先”理论探讨中医手法治疗椎动脉型颈椎病调衡机制[J]. 甘肃中医药大学学报, 2023, 40(1): 11-15.
- [18] 徐善达,孔令军,朱清广,等. 颈型颈椎病“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.
- [19] 何坚. 基于 miR-146a、miR-155 调控 NF- $\kappa$ B 信号通路探讨芍药甘草汤治疗颈型颈椎病免疫炎症损伤的作用机制研究[D]. 福州: 福建中医药大学, 2018.
- [20] 唐锦忠,张立男,张泓,等. 基于颈部软组织张力探讨悬吊循经弹拨结合麦肯基疗法对颈型颈椎病的疗效及机制[J]. 湖南中医药大学学报, 2020, 40(5): 592-596.
- [21] 方维,赵勇. 颈椎病发病与软组织张力的相关性探讨[J]. 中国中医基础医学杂志, 2017, 23(1): 100-102.
- [22] 董福慧. 铍针疗法治疗皮神经张力性疼痛[J]. 亚太传统医药, 2005(2): 25-26.
- [23] 李怡廷,武平,廖晨希. 太阳主筋释疑[J]. 中国针灸, 2019, 39(6): 659-660.
- [24] 刘农虞. 经筋与卫气[J]. 中国针灸, 2015, 35(2): 185-188.
- [25] 陈琼. 中医肝肾相关理论探讨与《临证指南医案》肝肾相关医案分析[D]. 广州: 广州中医药大学, 2010.
- [26] 周震. 从“肾主骨”与“少阳主骨”的关系谈骨之体用[J]. 天津中医药, 2014, 31(1): 20-22.
- [27] 刘吉尧. 《黄帝内经》治疗总则浅析[J]. 临床医药文献电子杂志, 2020, 7(33): 39-46.

(本文编辑 周旦)