

浮针联合穴位推拿治疗神经根型颈椎病气滞血瘀证临床研究

唐海英, 徐霖, 罗建峰

浙江大学医学院附属第二医院建德分院/建德市第一人民医院针灸推拿科, 浙江 建德 311600

【摘要】目的: 观察浮针联合穴位推拿治疗神经根型颈椎病(CSR)气滞血瘀证的临床疗效。**方法:** 纳入2022年10月—2024年5月在建德市第一人民医院针灸推拿科门诊治疗的100例CSR气滞血瘀证患者, 采用随机数字表法分为对照组和联合组各50例。2组均口服塞来昔布胶囊治疗, 对照组在此基础上加用穴位推拿治疗, 联合组在对照组基础上加用浮针治疗。2组均治疗2周。治疗后评估2组临床疗效, 比较2组治疗前后疼痛视觉模拟评分法(VAS)评分、颈椎功能障碍指数(NDI)、Northwick Park颈痛量表(NPQ)、中文版生活质量量表(QOL)评分、颈椎活动度、血液流变学指标、炎症因子水平, 记录不良反应发生情况。**结果:** 联合组总有效率94.00% (47/50), 高于对照组80.00% (40/50) ($P<0.05$)。治疗后, 2组VAS、NDI、NPQ评分均较治疗前下降 ($P<0.05$), 联合组VAS、NDI、NPQ评分均低于对照组 ($P<0.05$); 2组QOL评分均较治疗前升高 ($P<0.05$), 联合组QOL评分高于对照组 ($P<0.05$); 2组颈椎前屈、后伸、侧屈、旋转角度均较治疗前增大 ($P<0.05$), 联合组颈椎前屈、后伸、侧屈、旋转角度均大于对照组 ($P<0.05$); 2组全血高切黏度、全血低切黏度、血浆黏度、血小板聚集率、白细胞介素-1 β (IL-1 β)、白细胞介素-6 (IL-6)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α) 水平均较治疗前降低 ($P<0.05$), 联合组上述4项血液流变学指标及3项炎症因子水平均低于对照组 ($P<0.05$)。研究期间, 2组均无严重不良事件发生。**结论:** 浮针联合穴位推拿治疗CSR气滞血瘀证, 能有效缓解疼痛, 改善颈椎功能, 降低血液黏稠度, 抑制炎症反应, 提高患者生活质量, 且安全性高。

【关键词】 神经根型颈椎病; 气滞血瘀证; 浮针; 穴位推拿; 颈椎功能; 生活质量; 血液流变学; 炎症因子

【中图分类号】 R246.2; R274 **【文献标志码】** A **【文章编号】** 0256-7415 (2026) 08-0122-07
DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2026.08.020

Clinical Study on Fu's Subcutaneous Needling Combined with Acupoint Tuina in the Treatment of Cervical Spondylotic Radiculopathy with Qi Stagnation and Blood Stasis Syndrome

TANG Haiying, XU Lin, LUO Jianfeng

Department of Acupuncture, Moxibustion and Tuina, Jiande Branch of The Second Affiliated Hospital of Zhejiang University School of Medicine/The First People's Hospital of Jiande, Jiande Zhejiang 311600, China

Abstract: Objective: To observe the clinical efficacy of Fu's subcutaneous needling combined with acupoint tuina in the treatment of cervical spondylotic radiculopathy (CSR) with qi stagnation and blood stasis syndrome. **Methods:** A total of 100 CSR patients with qi stagnation and blood stasis syndrome treated in the Acupuncture, Moxibustion and Tuina Department outpatient clinic, The First People's Hospital of Jiande from October 2022 to May 2024 were included. They were randomly divided into the control group and the combination group using the random number table method, with 50 cases in each group. Both groups received oral Celecoxib Capsules. The control group

additionally received acupoint tuina, while the combination group received Fu's subcutaneous needling in addition to the control group's treatment. Both groups were treated for two weeks. Clinical efficacy was evaluated after two weeks of treatment. The Visual Analogue Scale (VAS) score, Neck Disability Index (NDI) score, Northwick Park Neck Pain Questionnaire (NPQ) score, Chinese version of the Quality of Life (QOL) scale score, cervical range of motion (ROM), hemorheological indices, and inflammatory factor levels were compared between the two groups before and after treatment. The incidence of adverse reactions was recorded. **Results:** The total effective rate in the combination group was 94.00% (47/50), which was higher than that of 80.00% (40/50) in the control group ($P < 0.05$). After treatment, the VAS, NDI, and NPQ scores decreased in both groups compared with those before treatment ($P < 0.05$), and the VAS, NDI, and NPQ scores were lower in the combination group than those in the control group ($P < 0.05$). QOL scores increased in both groups compared with those before treatment ($P < 0.05$), and the QOL score was higher in the combination group than that in the control group ($P < 0.05$). The cervical flexion, extension, lateral flexion, and rotation angles increased in both groups compared with those before treatment ($P < 0.05$), and the cervical flexion, extension, lateral flexion, and rotation angles were greater in the combination group than those in the control group ($P < 0.05$). The whole blood high-shear viscosity, whole blood low-shear viscosity, plasma viscosity, platelet aggregation rate, and levels of interleukin- 1β (IL- 1β), interleukin-6 (IL-6), and tumor necrosis factor- α (TNF- α) decreased in both groups compared with those before treatment ($P < 0.05$). These four hemorheological indices and three inflammatory factor levels were lower in the combination group than in the control group ($P < 0.05$). No serious adverse events occurred in either group during the study. **Conclusion:** Fu's subcutaneous needling combined with acupoint tuina in the treatment of CSR with qi stagnation and blood stasis syndrome can effectively alleviate pain, improve cervical function, reduce blood viscosity, inhibit inflammatory response, enhance quality of life, and demonstrates high safety.

Keywords: Cervical spondylotic radiculopathy; Qi stagnation and blood stasis syndrome; Fu's subcutaneous needling; Acupoint tuina; Cervical function; Quality of life; Hemorheology; Inflammatory factors

神经根型颈椎病(CSR)是一种因颈椎结构退行性改变导致侧方突出物压迫或刺激相应节段颈神经根的疾病,其主要临床表现为受累神经根分布区域出现疼痛、麻木或运动功能障碍^[1]。CSR具有发病率高、复发率高的特点,严重影响患者的生活质量^[2]。CSR发病原因不清,可能与颈部生物力学异常、机械压迫、自身免疫、化学炎症刺激等多种因素有关,西医主要采用非甾体类抗炎药(如塞来昔布)、肌松药、神经营养药缓解症状,配合牵引、理疗等治疗以提高疗效,保守治疗无效时可行椎间孔镜等手术治疗,但药物易致胃肠损伤,物理治疗效果有限且易复发,手术有创伤及神经损伤、粘连等风险^[3-4]。

CSR归属于中医学项痹、痉证等范畴,病位在筋骨,多因长期劳损导致颈部过度负荷,耗伤肝肾精气,或兼感风、寒、湿邪,致气血运行不畅、瘀滞

阻络,最终引发颈部疼痛及功能障碍^[4]。本病是中西医结合诊疗的优势病种,中药、针灸、中医手法联合西药、牵引、物理疗法等治疗可缓解患者疼痛并改善其神经功能^[5]。塞来昔布是选择性COX-2抑制剂,具有抗炎镇痛作用,对胃肠道刺激小,本研究选用此药作为治疗CSR的基础用药。穴位推拿治疗CSR可缓解颈部肌肉痉挛,减轻疼痛,促进颈椎活动度恢复^[6],但单一疗法治疗效果有限。浮针基于患肌理论的肌筋膜触发点(MTrP)为进针点,直接作用于病所,可快速缓解疼痛,促进功能恢复,是治疗CSR的有效措施之一^[7]。本研究使用浮针联合穴位推拿治疗CSR气滞血瘀证患者,观察其对颈椎活动度、血液流变学及炎症因子的影响,以明确浮针针对MTrP的精准松解与穴位推拿通经调气的整体调理效果,结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参考《颈椎病的分型、诊断及非手术治疗专家共识(2018)》^[1]制定诊断标准。有典型的根性症状,如颈肩部伴上肢放射痛、麻木,疼痛沿受累神经根支配区域分布,颈部活动受限,棘突旁压痛,臂丛牵拉试验、压头试验阳性等,影像学检查显示颈椎间盘有退行性改变,排除肩周炎、胸廓出口综合征、神经根炎等其他疾病。

1.2 辨证标准 参考《颈椎病中西医结合诊疗专家共识》^[4]辨为气滞血瘀证。症见颈肩部、上肢刺痛,痛处固定,伴有肢体麻木,舌质暗,脉弦。

1.3 纳入标准 符合诊断及辨证标准;年龄18~65岁;处于急性发作期,疼痛视觉模拟评分法(VAS)评分 $\geq$ 3分;参与本研究前4周内未使用肌松药、针灸治疗;患者知晓研究方案,自愿签署知情同意书。

1.4 排除标准 脊髓型、椎动脉型、交感神经型颈椎病者;颈椎存在骨折、脱位、结核、肿瘤、严重骨质疏松(骨密度T值 <-2.5 SD)及椎管内占位性病变者;肩袖损伤、肩周炎、肱骨外上髁炎等其他肩臂部疾病引发类似症状者;存在严重神经损伤,如上肢肌力 $\leq$ 3级、肌肉明显萎缩或伴大小便功能障碍者;皮肤局部有感染、溃疡、瘢痕等,影响治疗方法操作者;不能耐受针灸治疗者;合并严重心、肝、肾等器质性疾病,凝血功能障碍,精神疾病,以及恶性肿瘤者;妊娠期、哺乳期妇女。

1.5 剔除与脱落标准 纳入后经复核不符合纳入标准者;研究过程中发现存在严重合并症或其他严重疾病,不宜继续参与研究者;自行使用本研究规定以外治疗CSR的方法者;主动要求退出研究者;研究过程中失访者;因严重不良事件需终止治疗者。

1.6 一般资料 纳入2022年10月—2024年5月在建德市第一人民医院针灸推拿科门诊治疗的100例CSR气滞血瘀证患者,采用随机数字表法分为对照组和联合组各50例。2组研究过程均无剔除或脱落。对照组男23例,女27例;年龄24~61岁,平均 (40.57 ± 8.95) 岁;病程6~47个月,平均 (17.55 ± 7.84) 个月。联合组男20例,女30例;年龄23~60岁,平均 (41.62 ± 9.37) 岁;病程6~55个月,平均 (18.17 ± 8.63) 个月。2组一般资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究经建德市第一人

民医院医学伦理委员会批准(审批号:0910-KY-001-01)。

2 治疗方法

2组均口服塞来昔布胶囊(北京亚宝生物药业有限公司,国药准字H20223018,规格:0.1g/粒)治疗,每天2次,每次1粒,连续治疗2周。

2.1 对照组 加用穴位推拿治疗。患者取坐位,术者立于患者后侧,先以揉捏手法放松患者双侧肩、颈项肌肉和韧带组织10min;再对双侧风府、大椎、风池、肩井、外关、曲池、风府、天宗、肩井及阿是穴进行按揉,每个穴位按揉30s;最后托起下颌,拔伸向患侧旋转,力度控制在4~6kg,维持1min,然后左右旋转颈部2次,每次1min。隔天治疗1次,连续治疗2周。

2.2 联合组 在对照组基础上采用浮针治疗。先浮针、后穴位推拿,推拿时避开浮针的进针点。术者通过触诊,触摸颈肩部、上臂、下臂的肌肉组织,找到MT_rP,并做好标记,常规消毒,选用中号一次性浮针(南京派福医学科技有限公司,苏械注准20202200832),浮针尖与皮肤保持 $15^{\circ}\sim 35^{\circ}$,刺入皮下,浮针针刺方向朝患处,直达患处皮下疏松结缔组织,再把针芯缓慢退回到套管中。手持针柄行扫散手法3~5min,疼痛部位减轻或局部僵硬肌肉放松后将针芯抽出,软套管置留在皮下6~8h,注意预防感染。隔天治疗1次,连续治疗2周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①临床疗效。治疗2周后评估。②VAS评分。总分0~10分,其中0分表示无痛,10分表示最剧烈且无法耐受的痛。治疗前后各统计1次。③颈椎功能。治疗前后,采用颈椎功能障碍指数(NDI)、Northwick Park颈痛量表(NPQ)评估颈椎功能。NDI包括疼痛程度、个人护理、提重物、阅读、头痛、注意力集中、工作/家务、驾驶/乘车、睡眠质量和娱乐活动等10项,总分0~50分,评分越高提示颈椎功能障碍越严重,日常活动受限;NPQ共9个条目(疼痛强度、睡眠影响、夜间手臂麻木/针刺感、疼痛持续时间、阅读/看电视、提物能力、工作/家务、社交活动和驾驶能力),总分0~36分,得分越高提示颈椎功能障碍越严重。④生活质量。治疗前后,采用中文版生活质量量表(QOL)评估生活质量,

QOL包括生理功能、心理功能、社会功能和总体健康4个维度共26个条目,总分0~104分,总分越高提示生活质量越好。⑤颈椎活动度。治疗前后,使用高精度角度测量仪测量颈部前屈、后伸、左右侧屈、左右旋转时的最大角度。⑥血液流变学指标。治疗前后,抽取患者空腹静脉血5 mL,采用血液流变检测仪检测全血黏度(高切、低切)、血浆黏度、血小板聚集率。⑦炎症因子。治疗前后,采集患者空腹静脉血4 mL,采用酶联免疫吸附试验检测血清白细胞介素-1 β (IL-1 β)、白细胞介素-6(IL-6)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)水平。⑧安全性。记录试验过程中发生的不良事件,如晕针、出血等。

3.2 统计学方法 采用SPSS26.0统计学软件分析数据。计数资料以百分比(%)表示,行 χ^2 检验;服从正态分布的计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较采用独立样本 t 检验,同组治疗前后比较采用配对样本 t 检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参考《中医病证诊断疗效标准》^[8]制定。痊愈:颈痛、上肢根性症状均消失,臂丛牵拉试验或压头试验阴性,颈部活动恢复如常;显效:颈痛、上肢根性症状均明显改善,颈部活动基本恢复正常;有效:颈痛、上肢根性症状及颈部活动均有一定改善;无效:颈痛、上肢根性症状及颈部活动均无改善或加重。总有效率=(痊愈例数+显效例数+有效例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。治疗2周后,联合

组总有效率94.00%,高于对照组80.00%,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表1 2组临床疗效比较						例
组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效[例(%)]
联合组	50	12	25	10	3	47(94.00)
对照组	50	7	18	15	10	40(80.00)
χ^2 值						4.332
P 值						0.037

4.3 2组治疗前后VAS评分比较 见表2。治疗前,2组VAS评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,2组VAS评分均较治疗前下降,联合组VAS评分低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。

表2 2组治疗前后VAS评分比较($\bar{x}\pm s$)				分
组别	例数	治疗前	治疗后	
联合组	50	6.67 $\pm$ 0.79	0.92 $\pm$ 0.24 ^①	
对照组	50	6.73 $\pm$ 0.77	2.15 $\pm$ 0.43 ^①	
t 值		0.517	17.661	
P 值		0.118	<0.001	

注:①与本组治疗前比较, $P<0.05$ 。

4.4 2组治疗前后NDI、NPQ、QOL评分比较 见表3。治疗前,2组NDI、NPQ、QOL评分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,2组NDI、NPQ评分均较治疗前下降,QOL评分均较治疗前升高,差异均有统计学意义($P<0.05$);联合组NDI、NPQ评分均低于对照组,QOL评分高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。

表3 2组治疗前后NDI、NPQ、QOL评分比较($\bar{x}\pm s$)								分
组别	例数	NDI评分		NPQ评分		QOL评分		
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	
联合组	50	32.68 $\pm$ 5.49	10.25 $\pm$ 1.95 ^①	28.37 $\pm$ 5.25	7.34 $\pm$ 1.81 ^①	63.12 $\pm$ 9.01	85.47 $\pm$ 6.92 ^①	
对照组	50	33.47 $\pm$ 5.14	16.85 $\pm$ 2.79 ^①	29.04 $\pm$ 5.27	11.41 $\pm$ 2.52 ^①	62.34 $\pm$ 8.45	75.28 $\pm$ 7.61 ^①	
t 值		0.714	13.710	0.514	8.315	0.441	7.213	
P 值		0.210	<0.001	0.162	<0.001	0.330	<0.001	

注:①与本组治疗前比较, $P<0.05$ 。

4.5 2组治疗前后颈椎活动度比较 见表4。治疗前,2组颈椎前屈、后伸、侧屈、旋转角度比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,2组颈椎前屈、后伸、侧屈、旋转角度均较治疗前增大,联合组颈椎前屈、后伸、侧屈、旋转角度均大于对照组,

差异有统计学意义($P<0.05$)。

4.6 2组治疗前后血液流变学指标水平比较 见表5。治疗前,2组全血高切黏度、全血低切黏度、血浆黏度、血小板聚集率水平比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,2组上述4项血液流变学指

标水平均较治疗前降低,联合组上述4项血液流变学指标水平低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

4.7 2组治疗前后炎症因子水平比较 见表6。治疗前,2组血清IL-1 β 、IL-6、TNF- α 水平比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,2组上述3项炎症因子水平均较治疗前下降,联合组上述3项炎症因子水平均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

4.8 安全性 研究期间,2组均无严重不良事件发生。

表4 2组治疗前后颈椎活动度比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	前屈		后伸		侧屈		旋转	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合组	50	25.11 $\pm$ 3.47	38.22 $\pm$ 5.23 ^①	21.97 $\pm$ 3.13	37.64 $\pm$ 5.18 ^①	22.68 $\pm$ 3.37	38.62 $\pm$ 5.29 ^①	37.26 $\pm$ 5.57	58.92 $\pm$ 8.74 ^①
对照组	50	25.27 $\pm$ 3.52	32.44 $\pm$ 4.81 ^①	22.64 $\pm$ 2.95	31.07 $\pm$ 3.99 ^①	22.87 $\pm$ 3.24	30.77 $\pm$ 4.15 ^①	36.97 $\pm$ 5.24	47.57 $\pm$ 7.85 ^①
<i>t</i> 值		0.329	5.757	0.581	7.327	0.512	7.941	0.476	6.831
<i>P</i> 值		0.212	0.014	0.163	<0.001	0.280	0.009	0.253	<0.001

注:①与本组治疗前比较, $P<0.05$ 。

表5 2组治疗前后血液流变学指标水平比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	全血高切黏度(mPa·s)		全血低切黏度(mPa·s)		血浆黏度(mPa·s)		血小板聚集率(%)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合组	50	7.11 $\pm$ 0.92	4.80 $\pm$ 0.78 ^①	16.12 $\pm$ 2.45	10.27 $\pm$ 1.64 ^①	2.31 $\pm$ 0.43	1.32 $\pm$ 0.21 ^①	71.21 $\pm$ 7.36	53.69 $\pm$ 6.44 ^①
对照组	50	7.07 $\pm$ 0.86	5.52 $\pm$ 0.81 ^①	15.77 $\pm$ 2.38	13.65 $\pm$ 1.91 ^①	2.27 $\pm$ 0.45	1.75 $\pm$ 0.30 ^①	70.47 $\pm$ 7.65	62.25 $\pm$ 6.81 ^①
<i>t</i> 值		0.872	4.527	0.604	9.493	0.621	8.303	0.471	6.462
<i>P</i> 值		0.521	0.019	0.337	<0.001	0.287	0.002	0.205	0.010

注:①与本组治疗前比较, $P<0.05$ 。

表6 2组治疗前后炎症因子水平比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	IL-1 β		IL-6		TNF- α	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合组	50	43.76 $\pm$ 6.95	28.42 $\pm$ 3.57 ^①	35.68 $\pm$ 5.79	20.46 $\pm$ 3.39 ^①	30.22 $\pm$ 4.73	16.68 $\pm$ 2.47 ^①
对照组	50	44.58 $\pm$ 6.72	36.15 $\pm$ 4.73 ^①	35.94 $\pm$ 5.57	27.88 $\pm$ 3.77 ^①	29.87 $\pm$ 4.92	22.54 $\pm$ 3.36 ^①
<i>t</i> 值		0.581	9.327	0.620	8.752	0.574	7.914
<i>P</i> 值		0.219	<0.001	0.271	<0.001	0.255	<0.001

注:①与本组治疗前比较, $P<0.05$ 。

5 讨论

CSR在颈椎病各分型中占比最高^[3],虽不直接危及生命,但其所引起的颈肩剧烈疼痛、麻木、无力等症状,严重干扰睡眠、工作及日常生活,显著降低生活质量。CSR发病机制复杂,现代医学普遍认为其病理基础是颈椎间盘退变,继发钩椎关节与关节突关节骨质增生、韧带肥厚,导致椎间孔狭窄,进而机械性压迫和刺激颈神经根。然而,机械压迫并非唯一致病因素。研究显示,受压神经根及其周围组织会释放IL-1 β 、IL-6、TNF- α 等炎症介质,引发局部化学性神经根炎,出现无菌性炎症、水肿、缺

血、缺氧,这一过程在疼痛与功能障碍的发生中起关键作用^[2,5]。目前西医针对CSR以对症治疗为主,常规使用抗炎镇痛药,但存在一定的局限性,因此有必要联合多元、安全有效的治疗策略。

CSR病位在筋骨,外伤劳损或风、寒、湿邪侵袭,导致气血不畅、经络闭阻,不通则痛,在急性发作期,气滞血瘀证尤为常见,表现为痛有定处、拒按^[9]。中医治疗强调整体辨证,综合运用中药、针灸、推拿等方法,以达舒筋通络、活血化瘀、行气止痛之目的。本次推拿治疗依据经络腧穴理论,通过对风池、风府、肩井、天宗、阿是穴等进行按揉,

能有效疏通太阳、少阳经气，行气活血，化瘀止痛，同时能充分放松颈肩部痉挛的肌肉。浮针疗法作为现代针灸学的一种创新技术，其治疗核心基于MT_rP，其特点为“针尖不及肌，效却在肌中”，其应用浮针在皮下疏松结缔组织进行扫散操作，作用直接、起效迅速，且痛苦小、安全性高。本研究采用浮针，以触诊发现的MT_rP为进针点，其作用机制可能涉及多个层面，首先，大幅度的扫散动作能迅速松解紧张的肌筋膜，打破痛觉-痉挛-缺血的恶性循环，实现松则不痛；其次，皮下扫散能改善局部微循环，促进炎症致痛物质吸收和清除，为神经根的恢复创造良好的内环境；最后，浮针刺激可能通过调节神经系统，激发机体自身的镇痛机制^[10-11]。

本研究将浮针疗法与穴位推拿相结合，旨在融合2种技术的优势，浮针深入皮下，针对病所(患肌和MT_rP)进行强力、快速的松解和消炎；推拿能疏通经络、调畅气血，并为颈椎提供力学支撑。既针对了气滞血瘀的核心病机，又契合CSR现代病理生理中的肌肉痉挛和无菌性炎症等关键环节。其协同作用机制具体体现在：浮针以MT_rP为进针点，类似于针灸学以痛为腧之理，直入病所，效专力宏，善于破瘀通络，能迅捷打开局部的气血闭阻，气血运行扫清障碍；而穴位推拿则秉承经脉所过、主治所及之则，通过点按特定腧穴，激发经气，其力柔和深透，长于运行气血，持续濡养筋脉。浮针之“破”为推拿之“行”创造了条件，推拿之“行”则为浮针之“通”提供了持久动力，两者一破一行、一速一久、一点一面，共同构成了一个动态的治疗闭环。浮针针对络病层面解其“结”，推拿着眼于经病层面畅其“流”，此“经络同治”之法，使壅滞之气机得疏，瘀涩之血络得通，全面逆转气滞血瘀的病理状态。

本研究结果显示，联合组总有效率高于对照组，提示浮针联合穴位推拿治疗CSR气滞血瘀证能提高临床疗效。治疗后，联合组VAS、NDI、NPQ评分均低于对照组。提示浮针联合穴位推拿治疗CSR气滞血瘀证在缓解疼痛、促进颈部功能恢复方面疗效显著。这得益于浮针对患肌及MT_rP的快速松解，配合穴位推拿疏通经络、行气活血，共同减轻神经根周

围炎症与机械压迫，恢复颈椎动力学平衡^[12]。QOL评分的提升及颈椎活动度的显著改善，则反映浮针联合穴位推拿治疗CSR气滞血瘀证可提高患者的生活质量，并通过降低筋膜高张力、改善气血循环恢复关节的灵活性。

血液流变学改善是联合疗法起效的机制之一。血液流变学异常作为血瘀证的微观体现，其浓、黏、凝、聚的高滞状态会严重阻碍微循环，导致神经根缺血、缺氧与代谢废物堆积，延缓组织修复进程，可能引发CSR，故改善血液流变学指标，有利于改善神经根微循环障碍^[13-14]。本研究结果显示，治疗后，联合组各项血液流变学指标均较对照组改善更明显，提示浮针联合穴位推拿治疗CSR气滞血瘀证能有效降低血液黏度、改善红细胞变形能力。得益于浮针与穴位推拿协同作用，改善神经根局部微循环，为受损组织提供充足的血氧，加速代谢废物清除，逆转缺血性损伤^[14]。

TNF- α 、IL-1 β 可直接敏化伤害性神经元，降低痛阈，诱发痛觉超敏；IL-6则会放大炎症级联反应，增加血管通透性，促进炎症细胞浸润，导致神经根水肿^[15]。本研究结果显示，治疗后，联合组上述3项炎症因子水平均低于对照组，提示浮针联合穴位推拿治疗CSR气滞血瘀证能有效抑制促炎介质释放，并促进其清除。

综上所述，浮针联合穴位推拿治疗CSR气滞血瘀证患者能有效缓解疼痛，改善颈椎功能和活动度，提高生活质量，其作用机制可能与降低血液黏度及抑制炎症反应有关。

[参考文献]

- [1] 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.
- [2] 廖少君, 詹吉恒, 侯宇, 等. 神经根型颈椎病临床实践指南和专家共识方法学与报告质量评价[J]. 中国中西医结合杂志, 2024, 44(10): 1197-1205.
- [3] 程继嗣, 关涛, 李军, 等. 神经根型颈椎病的诊断与中医药治疗进展[J]. 中国中医药现代远程教育, 2025, 23(7): 193-195.
- [4] 崔学军, 姚敏. 颈椎病中西医结合诊疗专家共识[J]. 世界中医药, 2023, 18(7): 918-922.
- [5] 詹吉恒, 廖少君, 侯宇, 等. 中西医结合神经根型颈椎病诊断与

- 非手术治疗指南(2023年)计划书[J]. 医学新知, 2024, 34(1): 79-87.
- [6] 任明兴, 邵俊, 李博, 等. 傍针刺法结合穴位推拿治疗气滞血瘀型神经根型颈椎病的疗效观察[J]. 颈腰痛杂志, 2022, 43(5): 745-747.
- [7] 凌佳霞, 栗胜勇, 苏虹, 等. 浮针治疗神经根型颈椎病研究进展[J]. 亚太传统医药, 2024, 20(10): 230-234.
- [8] 国家中医药管理局. ZY/T001.~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 58-60.
- [9] 陈桂泉, 吴伟鹏, 汤兴华. 基于经筋理论针刺联合理筋整复手法治疗气滞血瘀证神经根型颈椎病临床研究[J]. 针灸临床杂志, 2025, 41(6): 24-30.
- [10] 罗高俊, 赵忠辉, 李妍, 等. 浮针治疗气滞血瘀型颈型颈椎病患者的疗效观察[J]. 世界中西医结合杂志, 2025, 20(6): 1171-1176.
- [11] 陈龙, 张晚霞, 李念东, 等. Myoton PRO 评估浮针联合通络活血方对气滞血瘀型神经根型颈椎病上斜方肌性能的改善[J]. 针灸临床杂志, 2025, 41(3): 20-24.
- [12] 朱子龙. 羌活胜湿汤联合“揉筋正骨”手法治疗神经根型颈椎病气滞血瘀证患者的效果[J]. 中国民康医学, 2025, 37(10): 116-118.
- [13] 郭耀斌, 张宇, 吕子萌, 等. 俯卧位颈椎微调结合手三阳理筋治疗神经根型颈椎病疗效以及对红外热成像温度的影响[J]. 中华中医药学刊, 2025, 43(8): 61-64.
- [14] 邹可言, 王淑平, 贺青涛, 等. 浮针联合穴位推拿对血瘀气滞型神经根型颈椎病患者颈椎活动度、血液流变学和红外热成像温度的影响[J]. 现代生物医学进展, 2024, 24(16): 3066-3069.
- [15] 张文合, 席玉洁, 何浩. 温阳通督针法联合羌活胜湿汤与牵引治疗神经根型颈椎病风寒痹阻证临床研究[J]. 新中医, 2023, 55(2): 132-138.
- [责任编辑: 刘迪成, 冯天保, 蒋维超(英文)]