

不同针刺疗法治疗神经根型颈椎病的研究进展

王思琦¹, 李崖雪^{2*}

¹黑龙江中医药大学研究生院, 黑龙江 哈尔滨

²黑龙江中医药大学附属第一医院针灸二科, 黑龙江 哈尔滨

收稿日期: 2025年6月15日; 录用日期: 2025年7月9日; 发布日期: 2025年7月15日

摘要

神经根型颈椎病是最常见的颈椎病, 以颈肩部疼痛剧烈、并伴随上肢放射性疼痛、麻木为主要特征。针灸治疗神经根型颈椎病显著优势, 通过针刺特殊穴位, 调节人体气血, 达到缓解疼痛, 改善颈部功能作用。查阅文献所知, 临床上治疗CSR针刺手法颇多, 本研究对近年来不同针法治疗神经根型颈椎病加以总结, 从传统单针刺法、传统多针多方向刺法、现代针法、特殊针法等4个部分进行论述, 以期针灸治疗该病提供新思路。

关键词

神经根型颈椎病, 不同针刺疗法, 综述

Research Progress on the Treatment of Cervical Spondylotic Radiculopathy with Different Acupuncture Methods

Siqi Wang¹, Yaxue Li^{2*}

¹Graduate School of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

²Department 2 of Acupuncture and Moxibustion, The First Affiliated Hospital of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

Received: Jun. 15th, 2025; accepted: Jul. 9th, 2025; published: Jul. 15th, 2025

Abstract

Cervical Spondylotic Radiculopathy (CSR) is the most common type of cervical spondylosis, charac-

*通讯作者。

文章引用: 王思琦, 李崖雪. 不同针刺疗法治疗神经根型颈椎病的研究进展[J]. 临床医学进展, 2025, 15(7): 927-935.
DOI: 10.12677/acm.2025.1572074

terized primarily by severe pain in the neck and shoulder area, accompanied by radiating pain and numbness in the upper limbs. Acupuncture has significant advantages in treating CSR. By needling specific acupoints, acupuncture can regulate the flow of Qi and blood in the body, thereby alleviating pain and improving neck function. A review of the literature reveals a wide variety of acupuncture techniques used clinically for CSR. This study summarizes different acupuncture methods for treating CSR in recent years, discussing them in four parts: traditional single-needle techniques, traditional multiple-needle and multi-directional techniques, modern acupuncture methods, and special acupuncture techniques. The aim is to provide new insights for the acupuncture treatment of this condition.

Keywords

Cervical Spondylotic Radiculopathy (CSR), Different Acupuncture Therapies, Review

Copyright © 2025 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

神经根型颈椎病(cervical spondylotic radiculopathy, CSR)是指由于颈椎间盘、椎间关节退行性改变累及相应节段神经根而出现根性压迫或刺激的相应症状和体征[1],其主要临床表现是颈肩背部疼痛、上肢及手指的放射性疼痛、麻木、无力为主的疾病[2]。据调查,我国40岁以上发病率为80%,70岁以上发病率达到100%,而在本市哈尔滨3~18岁儿童青少年颈椎发病率为22.90%[2][3],该病西医病机多由于颈椎间盘、椎间关节退行性改变使周围组织压迫神经根导致神经根缺血、水肿;或者在受寒,外力因素作用下引发炎症,使得外周血中白细胞介素1、6、18和肿瘤坏死因子 α 含量增高,神经根疼痛加重[4];西医治疗多以非甾体抗炎药、激素治疗、热敷、牵引、臭氧注射、手术治疗等,但其毒副作用较多、物理治疗效果太慢、手术风险太大,费用高昂、容易复发等因素影响临床效果。

神经根型颈椎病可归于中医学“痹证”,“痉证”,“项强”,“项痹”等范畴[5];病机多为本虚标实,气血亏虚,感受风寒湿等外邪,气血不通,经脉瘀滞,产生以颈部僵硬不适疼痛,活动受限的症状[6]。2007年国内将颈椎病纳入针灸现代病谱研究中,2009年国外也将针灸治疗颈椎病作为完全有效病症之列[7][8]。近年来,针刺治疗颈椎病的方法呈多样性,故本文将不同针刺方法总结如下,以供临床研究参考。

2. 传统单针刺法

2.1. 短刺法

短刺法是《内经》中“十二刺”之一,其《灵枢·官针》曰:“短刺者,刺骨痹,稍摇而之,致针骨所,以上下摩骨皮。[9]”即针刺缓慢进针,边摇动边插入,使针尖达到骨面,摩擦骨面增强针感,达到缓解深层组织疼痛的效果。王永亮[10]将60例患者随机分为对照组和试验组各30例,对照组采取常规针刺治疗取穴(悬钟、颈夹脊穴、后溪、申脉和天柱)平补平泻30分钟,试验组在对照治疗基础上,增加了在颈夹脊穴缓慢进针行短刺法,直到靠近骨膜,针尖快速上下捻转刺激骨膜以达到增强针感的作用。治疗后,两组患者的血清炎症因子(IL-1 β 、IL-6和TNF- α)水平均显著降低($P < 0.05$),且试验组的下降幅度大于对照组($P < 0.05$)。在疗效评估中,对照组的总体有效率为80.0%(24/30),而试验组达到96.7%(29/30),

两组间差异显著($P < 0.05$)。

2.2. 输刺法

输刺法,为内经九刺之一,《灵枢·官针》曰:“输刺者,直入直出,深内之至骨,以取骨痹,此肾之应也”[11]。即将针尖直进直出刺入骨部,可有效缓解病变部位疼痛,消除炎症水肿作用。王希琳[12]将 60 例神经根型颈椎病患者随机分为对照组和输刺组各 30 例,输刺组采用输刺治疗取穴(风池、大椎、后溪、外关)得气后接电针连续波治疗,频率 200 次/min,通电 30 min。对照组采用常规治疗取穴同输刺组。疗效分析显示治疗组的总有效率为 93.3%,而对照组为 80.0%, $P < 0.05$;结论:CT 定位输刺法对神经根型颈椎病的治疗效果显著优于传统针刺疗法。

2.3. 挑刺法

挑刺法最早记载于《黄帝内经》,是在病灶处用三棱针挑断其皮下的纤维组织,使其微微出血,具有活血化瘀,疏通经络,促进局部血液循环及炎症吸收作用;张盛之[13]将 120 例患者以挑刺治疗,治疗总有效率为 100%。黎文杰[14]等研究者通过随机分组的方式,将 60 名神经根型颈椎病患者分为两组,每组 30 人。治疗组采用壮医经筋挑刺法,针对患者 2~3 个主要阳性筋结点进行挑刺治疗;对照组则接受常规针刺疗法,取穴包括风池、颈夹脊、天柱、肩井、后溪、合谷、外关等穴位。通过 VAS、NPQ 和 SF-36 量表评估发现,壮医经筋挑刺法治疗神经根型颈椎病效果显著:治疗组总有效率(96.7%)明显优于对照组(73.3%)($P < 0.05$);两组各项评分治疗前后组内比较及治疗后组间比较均有统计学差异($P < 0.05$)。证实该疗法能有效减轻症状并提升生活质量。

3. 传统多针多方向刺法

3.1. 齐刺

齐刺法,《内经》中“十二刺”之一,《灵枢·官针》曰:“齐刺者,直入一,傍入二,以治寒气小深者。”[15]齐刺是多针刺法,是将一针先扎到病灶处,后将其他两[16]针在第一针左右或上下斜向病灶刺入,三针齐刺以达到多向调节,加强刺激,缓解疼痛的作用。孙钰[17]的研究中,将 70 例确诊患者随机分为治疗组和对照组,每组各 35 例。治疗组采用齐刺针刺法,取穴包括阿是穴和肩井穴。具体操作为:在患侧肩井穴平刺一针,针尖对准该穴第一针内外侧 0.5 cm 处刺入另外两针;在阿是穴上直刺一针,针尖对准第一针刺上下 0.5 cm 处刺入另外两针。对照组则采用常规针刺法,取穴包括患侧 C4-T1 夹脊穴、阿是穴、大椎、天柱、肩三针、曲池、手三里、外关、合谷等。研究结果显示,治疗组的总有效率为 94.3%,显著高于对照组的 85.7% ($P < 0.05$),表明齐刺针刺法在疗效上优于常规针刺法。

3.2. 恢刺

恢刺法为《内经》中“十二刺”之一,《灵枢·官针》[15]曰:“恢刺者,直刺傍之,举之前后,恢筋急,以治筋痹也。”恢刺属于多方向针刺法,将针刺刺入病灶旁,并通过前后左右多方向进行针刺,以达到扩大针孔,增加刺激范围,缓解疼痛的作用。侯彩燕[16]的研究中,60 例 CSR 患者被随机分为两组,每组 30 例。治疗组采用恢刺法针刺颈夹脊穴,具体方法为直刺双侧颈 5~7 夹脊穴,得气后进行上下或左右探刺,并辅以提插捻转手法,每 10 分钟行针一次,留针时间为 50 分钟;对照组则采用常规针刺法,取穴包括肩井、大椎、风池、曲池、合谷、外关、后溪等穴位,均取双侧。通过对比分析两组患者治疗前后的 VAS 疼痛评分和田中靖久量表评分发现:治疗 2 周后,治疗组在 VAS 评分降低幅度($P < 0.05$)、田中靖久量表评分提升幅度($P < 0.05$)以及总有效率(93.10% vs 82.76%, $P < 0.05$)等方面均显著优于对照组。

3.3. 扬刺

扬刺法的理论来源于《灵枢·官针》[15]曰:“扬刺者,正内一傍四而浮之,以治寒气之博大者也。”是一种在病灶处直刺一针,再在其上下左右浅刺一针的治疗方法。用来扩大治疗范围,提高活血化瘀,舒筋通络的效果。吴成林[18]将 60 例 CSR 患者随机分为对照组和治疗组各 30 例,对照组常规针刺法(取穴:颈夹脊穴,大椎,天柱,后溪);治疗后两组田中靖久评分均较前升高, VAS、NDI 评分均降低,组内比较差异显著($P < 0.05$);组间比较显示治疗组各评分改善均优于对照组($P < 0.05$)。

3.4. 傍刺

傍刺法最早见于《灵枢·官针》[15]曰:“傍刺者,直刺傍刺各一,以留痹久居者也。”即在穴位直刺一针,旁边再斜刺一针的刺法。以达到增强穴位刺激,医治顽固性疼痛的效果。周爱珍将 183 例 CSR 气滞血瘀证患者随机分为治疗组和对照组 1、对照组 2、各 61 例,对照组 1 取傍刺法,分别在 C4~7 夹脊穴和阿是穴上直刺一针,再在穴位旁开 1 寸外侧采取傍刺法;对照组 2 采用整脊推拿,用滚法、弹拨法按摩斜方肌、肩胛骨内缘、冈下肌;拿揉法点按肩井、天宗、曲垣、秉风、阿是穴;点揉患者风池、风府、天柱、天宗、曲池、足三里、外关、合谷、阿是穴;牵引拔伸患者颈部;掌顶抹项后部;拿揉患者双侧肩井;治疗组将前两个对照组联合,先推拿后恢刺;结果:总有效率联合组 93.44%,比对照 1 组的 75.41%和对照的 2 组 73.77%疗效显著($P < 0.017$)。

4. 现代针法

4.1. 浮针

浮针在 1996 年由符仲华[19]首次提出,是将针体刺入筋膜层进行左右扇形摆动的方法,以提高改善局部血液循环,缓解疼痛的效果。康梦如[20]将 81 例本病患者分为实验组 41 例和对照组 40 例,对照组选用常规针刺以颈夹脊主穴,上肢放射麻木配肩髃、手三里、合谷、曲池、外关;得起后加以疏波电疗;实验组总有效率(95.12%)显著高于对照组(80%) ($P < 0.05$);实验组疼痛评分(1.65 ± 0.15)明显低于对照组(5.24 ± 0.50) ($P < 0.05$)。

4.2. 平衡针

平衡针法是王文远教授创立,起源与急性训练伤有关。通过刺激穴位,刺激中枢神经,利用患者心理暗示达到治疗目的。肖晓桃[21]将 60 例 CSR 患者分为对照组和治疗组各 30 例,对照组采用常规针刺大椎、天柱及相应颈部夹脊穴。治疗组则肩痛穴(足三里下 2 寸,外 1 寸)、颈痛穴(手背第四、五掌骨小头后缘凹陷中)行平衡针法;比较两组疼痛及症状体征积分变化。结果显示:治疗组总有效率 93.3% vs 对照组 90.0%,差异无统计学意义($P > 0.05$)。两组治疗后 2、4 周 PRI、VAS、PPI 及症状积分均较治疗前显著改善($P < 0.05$)。

4.3. 针刀

针刀由朱汉章教授发明,用有刃口的针刀切割粘连组织,用来提高止痛功效。王鹏[22]将 86 例神经根型颈椎病患者随机分为试验组和对照组各 43 例;对照组选择夹脊、落枕、阿是穴、风府、天柱、大椎、大杼、肩井、曲池、内关、合谷等进行常规针刺。试验组在手背 3 条经筋相对应的颈椎节段找阳性反应点进行针刀治疗。结果治疗前 VAS、NDI 评分($P > 0.05$),治疗后($P < 0.05$)。范德辉[23]将此病患者分为对照组和治疗组各 30 例,治疗组将针刀施术于颈四针,对照组普通针刺于:落枕、阿是穴、颈夹脊、风府、大椎、天柱、大杼、肩井、曲池、合谷、内关。根据 VAS 和 JOA 评分比较,“颈四针”针刀疗法治

疗神经根型颈椎病疗效显著。

4.4. 头针

头针疗法是通过刺激局部头皮穴位, 调节自主神经功能, 缓解疼痛的作用; 陈璐[24]将 60 例患者分为头针组和电针组, 头针组依据《头皮针》一书选取冠矢点、伏象颈肩区、书写及记忆等穴位; 若患者表现为网球肘样臂痛, 则配合患侧肘点进行治疗; 若伴有上肢麻木症状, 则增加翼点刺激。对照组则选择患侧颈夹脊、双侧曲池等穴位, 在得气后施以电针治疗, 先采用密波模式, 随后转为疏密波模式。比较两组治疗前后 PRI、VAS、PPI 变化。结果显示: 方氏头针与传统电针疗效相当($P > 0.05$), 但治疗时间更短($P < 0.01$); 且在 PRI 感觉分、情绪分、总分及 VAS、PPI 方面, 方氏头针镇痛效果更优。王琤[25]将 158 例患者随机分为治疗组(87 例)和对照组(71 例)。治疗组采用提插泻法, 在顶中带和顶枕带上 1/3 区域(排刺)以及对侧顶颞后斜带中 1/3 区域进行操作, 并辅以颈部放松运动; 对照组则在常规针灸取穴后施以灸法。研究结果表明, 治疗组疗效显著优于对照组。

4.5. 运动针法

运动针法[26]在现代又叫做“动气针法”, 最早见于《针灸经纬》, 此针法是针刺和运动的结合。通过医者的针刺和患者的主动或被动运动, 来引动经气到达病所, 以调动患者自身的潜力, 缓解疾病疼痛的目的。吴忠源[27]针对 40 例神经根型颈椎病患者, 首先采用针刺法刺激天柱、百劳、大杼穴位, 随后继续针刺后溪穴中渚; 等待 20 分钟, 拔掉全部颈部针, 并对后溪和中渚穴位施以捻转强刺激; 同时嘱患者进行颈部的前驱、后伸、左右侧屈运动, 持续 10 分钟后结束治疗; 疗效分析显示, 治疗组在综合疗效及症状体征改善方面均显著优于对照组($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。结论: 运动针法治疗颈椎病疗效优于常规针刺。

5. 特殊针法

5.1. 调督理筋法

调督理筋针法为燕赵高氏高玉璿教授所创, 他将“督脉”理论运用于脊柱疾病中, 以其达到改善督脉气血, 舒筋活络的作用, 用来缓解颈椎、腰椎等脊柱的疼痛。调督理筋法[28]是医者用左手揣穴, 右手先以快针针刺督脉诸穴, 然后以合谷刺针刺头颈部筋节结点, 以上所有操作不留针, 再开子午流注穴位先针刺远端腧穴, 然后针刺颈部诸穴, 对上述穴位行小幅度提插捻转 3~5 次, 以得气为度。治疗取穴大多数为取督脉之百会穴、大椎穴, 颈部颈夹脊穴, 颈肩部的大杼穴。刘新刚[29]采用调督理筋针法联合醋酸酚酸胶囊治疗 33 例 CSR 患者, 两组 VAS 评分治疗后均显著降低($P < 0.05$), 且组间差异显著($P < 0.05$); 症状体征评分均提高($P < 0.05$), 治疗组在颈肩疼痛、上肢症状及感觉改善方面优于对照组($P < 0.05$)。万秀菁[30]用调督理筋针法联合循经点刺治疗 42 例 CSR 患者, 两者交叉治疗, 循经点刺为快速直刺手阳明经的穴位, 泻法不留针; 头颈部筋节结点扇形扫散; 疗效比较显示: 研究组总有效率 95.24%显著优于对照组 78.57% ($P < 0.05$)。两组基线指标无差异($P > 0.05$); 治疗后研究组在中医证候积分、SF-MPQ 评分、椎-基底动脉阻力及搏动指数降低程度, 以及 CASCs 评分、椎-基底动脉峰值流速提升幅度均显著优于对照组($P < 0.05$)。表明调督理筋针法联合循经点刺可有效改善 CSR 患者症状、功能及血流动力学指标。

5.2. 温阳通督法

温阳通督法[31]为吴旭教授多年临床经验总结, 选穴以督脉、足太阳经穴位为主, 根据病情可选取与督脉相邻的夹脊穴, 还可以通过艾灸、隔姜灸、拔罐等治疗以提高温阳补肾、疏通督脉、激发阳气、推动

气血的治疗效果; 张文合[32]将 55 例风寒型 CSR 患者采用温阳通督针法联合羌活胜湿汤与牵引治疗; 选取颈夹脊、风池、肩井、大椎、命门、腰阳关、后溪、外关、合谷等穴位。治疗 2 周, 观察组总有效率 98.18% 显著高于对照组 85.45% ($P < 0.05$)。治疗后两组 JOA、CASCs 评分均显著提高($P < 0.01$), SF-MPQ 评分显著降低($P < 0.01$), 且观察组改善更显著(均 $P < 0.01$)。

5.3. 双穴探气法

双穴探气法是《黄帝内经》巨刺法和《金针赋》中苍龟探穴法的结合; 此法针刺向上下、左右、由深到浅再由浅到深; 为多方向多层次透刺手法以提高刺激范围, 提高针感达到“气至病所”的效果; 李雪青[33]将 36 例 CSR 患者取穴双侧天宗穴, 在针刺肩胛骨部位, 先垂直快速针入, 待患者有酸胀感后, 将针尖退至浅层。用两手指扳倒针身, 使针尖朝向阿是穴、颈部、肩部及内侧背部等多方向透刺, 针刺过程中, 根据浅、中、深 3 层逐步加深, 为达到最佳针刺效果或增加刺激量从而提高得气感, 最后拔针完成操作; 结果治疗后, 患者疼痛、臂丛牵拉试验或压头试验明显改善, 两组比较有显著差异。

5.4. 月生死针刺法

月生死针刺法[34]根据《素问·缪刺论》记载, “以月生死为病数”, 即针刺刺激量根据月亮盈亏变化确定次数; 即初 1 到 15, 针刺次数按照天数逐渐递增, 例如初 1, 针刺 1 次; 初 2 针刺 2 次, 逐日增加至多 15 次; 从 16 到 30 日按照次数相应递减; 例如: 初 16 针刺 14 次, 初 17 针刺 13 次最少 1 次; 唐卫华[35]将 60 例 CSR 患者运用月生死针刺法, 选取患侧风池穴、颈百劳、大椎穴、大杼穴、风门穴、天宗穴、肩髃穴、手三里穴、外关穴、后溪穴、悬钟穴、阿是穴等; 研究显示, 治疗组痊愈率(63.33%)和总有效率(96.67%)均显著高于对照组(44%和 84%), 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。表明“月生死针刺法”治疗神经根型颈椎病疗效显著, 值得临床推广。

5.5. 微针通脉法

微针通脉法是通过毫针微调经气, 疏通经脉, 从而达到治病的效果。最早在《灵枢·九针十二原》[36]记载: “欲以微针通其经脉, 调其血气, 营其逆顺出入之会”, 师彬[37]教授根据 30 多年临床经验以“循经取穴, 灵活辨证; 多针浅刺, 以痛为腧; 轻针调气, 重视刺序”为特色, 在选穴上, 遵循循经取穴、以痛为腧; 在针法上, 采取多针浅刺, 以达到疏通气血, 缓解疼痛的效果。在治疗由风寒导致经脉痹阻颈部疼痛, 右上肢麻木的患者时, 师教授以痛为腧, 行多针浅刺, 选取双侧颈夹脊、双侧风池、大椎以及局部阿是穴, 以断病邪出入; 循经选穴取右侧的肩髃、肩髃、臂臑、曲池、手三里、外关及合谷等手三阳经穴位, 为求气到病所, 通过手三阳经经脉流通推动气血运行。2 周 1 个疗程, 2 个疗程后, 该患者颈部疼痛减轻, 右上肢麻木症状消失。

5.6. 通痹开结法

通痹开结法为[38][39]冯军教授创立, 是在提插法、捻转法、摇摆法的基础上, 三法联动。此法以苍龟探结为君, 捣法和恢刺法为臣, 青龙摆尾和白虎摇头为佐, 根据病情灵活配伍的联合针灸手法。其操作针刺阿是穴到达骨面, 在天地人不同层次, 上下左右不同方向探结, 针达筋结时进行提和捣, 达到疏通作用, 之后对筋结进行前后左右恢刺, 最后飞法以激发经气、调和诸法。魏林林[40]将 76 例 CSR 患者随机分为对照组和治疗组各 38 例, 实验组使用通痹开结法治疗, 取穴 C3~C7 夹脊穴, 对照组按照常规针刺治疗, 取穴包括患侧风池、颈夹脊、后溪、外关、天柱、合谷等穴位。结果显示: 实验组治疗有效率(97.37%)显著高于参照组(84.21%) ($P < 0.05$)治疗前两组 NRS 评分及压痛点数目无显著差异($P > 0.05$); 治疗后, 实验组 NRS 评分和压痛点数目均低于参照组($P < 0.05$)。

6. 结语

综上所述, 针灸在治疗神经根型颈椎病方法繁多, 其临床疗效颇高, 均在 90%以上, 通过上述总结笔者可以得出以下结论:

(1) 在取穴方面: 大多数刺法选择阿是穴、颈夹脊、大椎、肩井等穴位, 其他特殊方式取穴如阳性筋结点挑刺; 肩痛穴, 颈痛穴施行平衡针; 针刀找阳性反应点; 头针针刺冠矢点、伏象颈肩区; 微针通脉法以痛为腧, 循经取穴; 通痹开结法探寻筋结点等特殊取穴方式; 均对治疗 CSR 有显著临床效果。

(2) 留针守气方面: 大多数刺法留针时间为 20~30 min, 恢刺在各方向探刺, 留针时间稍长为 50 min, 挑刺是用三棱针将皮下纤维组织挑断、挑净故不留针。浮针是将针刺入结缔组织进行扫散, 不予留针; 平衡针刺入肩痛穴, 颈痛穴提插捻转至得气后即可起针。针刀挑断皮下筋结点、调督理筋法和双穴探气法均不留针。

(3) 治疗疗程: 各种针法大多数治疗周期为 10~14 天, 针刺频率每天 1 次连续针灸, 和隔日 1 次针灸, 隔日针灸为扬刺、浮针、挑刺、通痹开结等刺法, 针刺时间短, 取穴少, 刺激力度强。

(4) 颈椎病治疗方法多疏通气血, 松解粘连; 对于想快速解决疼痛, 松解皮下筋结和粘连, 针刀, 挑刺, 浮针, 通痹开结法优选; 对于粘连达到深层骨膜导致疼痛, 可以用短刺、输刺方法; 局部治疗取穴少、扩大刺激范围可选齐刺、扬刺、恢刺、傍刺; 特殊针法是根据不同医家经验总结和实践与中医理论的结合, 治疗效果值得广泛推广。

(5) 针刺机制: 短刺、输刺、扬刺、恢刺、齐刺均可激活神经末梢, 释放内啡肽(β -内啡肽)、脑啡肽(ENK)和强啡肽(DYN)等, 这些物质通过中枢系统抑制疼痛信号的传递, 实现镇痛效果; 浮针、针刀以松解因炎症引起的筋膜粘连, 调节神经-肌肉协同作用, 改善肌肉收缩舒张, 恢复局部活动功能。运动针法可激活脊髓中枢, 控制伤害传入, 提高疼痛阈值达到镇痛的效果; 特殊针法均以中医理论中经络、气血、阴阳、脏腑为核心概念, 主要基于疏通经络, 调节气血, 松解筋结, 调节神经功能, 缓解疼痛; 此外针刺均可达到促进局部血液循环, 缓解肌肉紧张, 减轻局部神经根受压程度以减轻颈部不适。

总之针灸治疗神经根型颈椎病呈多样性、创新性、发展性、但此类研究还有如下缺点:

(1) 针法治疗神经根型颈椎病有很多, 但实验研究缺少相互分析比较的数据, 例如浮针与针刀的对比。

(2) 临床上单一手法治疗和联合治疗均对此病有一定疗效, 但疾病不同分期症状有所不同, 各类手法针对性也不一致, 缺少分期治疗, 选取最优方案。

(3) CSR 治疗周期均是短期达到改善期, 缺少对患者作回访和对复发率的调查以及预后的不良反应的记录。

(4) 对此病最终评判标准不统一, 大多数纳入标准均为中国患者或者本地区患者, 数据收集单一性。

(5) 治疗此病方案和评判标准没有规范化, 例如: 选穴、行针手法、刺激强度、留针时间、治疗疗程均缺少统一性, 评判标准大多以患者主观来评定, 缺少对客观功能的检查。因此在未来研究上可以扩大研究样本量, 多层次对比, 整合出规范性的治疗方案。

参考文献

- [1] 神经根型颈椎病诊疗规范化研究专家组. 神经根型颈椎病诊疗规范化的专家共识[J]. 中华外科杂志, 2015, 53(11): 812-814.
- [2] 中国针灸学会编. 中国针灸学会标准循证针灸临床实践指南神经根型颈椎病[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2015.
- [3] 包木龙, 王波, 丁岩, 王海. 哈尔滨 3-18 岁儿童青少年颈椎病相关症状流行病学抽样调查[J]. 中国医药导报, 2024, 21(17): 25-28.
- [4] 闫雪峰, 郁金岗. 神经根型颈椎病中西医发病机制及诊断概述[J]. 内蒙古中医药, 2022, 41(1): 167-168.

- [5] 孙晨. 傍针刺配合分筋推拿治疗神经根型颈椎病临床疗效观察[D]: [硕士学位论文]. 广州: 广州中医药大学, 2022.
- [6] 张坤. 神经根型颈椎病中药用药及针灸选穴规律研究[D]: [硕士学位论文]. 北京: 北京中医药大学, 2022.
- [7] 杜元灏, 黄卫, 熊俊, 等. 国外针灸病谱的初步研究[C]//中国针灸学会(China Association of Acupuncture-Moxibustion). 中国针灸学会 2009 学术年会论文集(下集). 2009: 523-526.
- [8] 杜元灏, 李晶, 孙冬伟, 刘维红, 李桂平, 林雪, 任辉, 王涵, 邹蓓蕾, 焦素林, 黄卫. 中国现代针灸病谱的研究[J]. 中国针灸, 2007(5): 373-378.
- [9] 丁凡帆, 康晓文, 王文秀, 等. 《灵枢·官针》短刺法的探析及其临床应用[J]. 按摩与康复医学, 2021, 12(6): 12-13+17.
- [10] 王永亮, 吴建丽, 公维志, 等. 短刺夹脊穴配合芒针治疗神经根型颈椎病的随机临床对照试验[J]. 针灸临床杂志, 2021, 37(8): 43-48.
- [11] 金成, 武伟, 覃业校, 等. 《灵枢·官针》“九刺”法的临床研究进展[J]. 针灸临床杂志, 2022, 38(2): 83-87.
- [12] 王希琳, 刘英丽. CT 定位输刺法治疗神经根型颈椎病 30 例临床观察[J]. 江苏中医药, 2016, 48(2): 61-62.
- [13] 张盛之. 挑刺为主治疗神经根型颈椎病 120 例[J]. 山东中医杂志, 2002(7): 415-416.
- [14] 黎文杰, 何玉峰, 赵旭敬. 壮医经筋挑刺法治疗神经根型颈椎病 30 例临床观察[J]. 湖南中医杂志, 2019, 35(4): 75-77.
- [15] 佚名. 灵枢经[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005.
- [16] 侯彩燕. 恢刺颈夹脊穴治疗神经根型颈椎病的临床观察[D]: [硕士学位论文]. 哈尔滨: 黑龙江中医药大学, 2023.
- [17] 孙钰. 齐刺治疗神经根型颈椎病临床观察[J]. 针灸临床杂志, 2013, 29(7): 54-56.
- [18] 吴成林. 颈肩部阿是穴扬刺结合电针治疗神经根型颈椎病临床研究[D]: [硕士学位论文]. 广州: 广州中医药大学, 2018.
- [19] 符仲华, 姬长锁, 等. 浮针疗法速治软组织伤痛[M]. 北京: 人民军医出版社, 2003.
- [20] 康梦如, 张彬, 陈柳丹. 浮针治疗神经根型颈椎病的临床研究[J]. 针灸临床杂志, 2018, 34(6): 52-54.
- [21] 肖晓桃, 赖晓洁, 赵斌斌. 平衡针治疗神经根型颈椎病疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2013, 32(7): 586-587.
- [22] 王鹏, 霍丽. 小针刀治疗神经根型颈椎病临床疗效研究[J]. 辽宁中医药大学学报, 2019, 21(7): 164-167.
- [23] 范德辉, 王尚巍. “颈四针”针刀疗法治疗神经根型颈椎病的疗效观察[J]. 辽宁中医杂志, 2012, 39(9): 1839-1841.
- [24] 陈璐, 江维, 关晓芳, 等. 方氏头针治疗神经根型颈椎病疗效观察[J]. 世界中医药, 2015, 10(11): 1768-1770.
- [25] 王琤, 潘长青. 头针运动疗法治疗神经根型颈椎病 87 例疗效观察[J]. 中医药导报, 2012, 18(6): 56-57.
- [26] 杨维杰. 针灸经纬[M]. 台北: 志远书局, 1987: 60.
- [27] 吴忠源, 黄素芳, 宫慧娟, 等. 运动针法治疗神经根型颈椎病 40 例临床疗效观察[J]. 中国实用医药, 2009, 4(26): 209-210.
- [28] 范应武. 调督理筋针法治疗神经根型颈椎病疗效观察[D]: [硕士学位论文]. 石家庄: 河北医科大学, 2017.
- [29] 刘新刚, 王艳君, 李朋朋, 等. 调督理筋针法联合醋氯酚酸胶囊治疗神经根型颈椎病的疗效观察[J]. 河北中医, 2017, 39(4): 599-603.
- [30] 万秀菁, 辛欢, 邹璟. 调督理筋针法联合循经点刺治疗神经根型颈椎病的疗效[J]. 辽宁中医杂志: 1-7. <http://kns.cnki.net/kcms/detail/21.1128.R.20250312.1857.010.html>, 2025-04-04.
- [31] 卢勤妹. 吴旭教授通督温阳法临床应用[J]. 辽宁中医药大学学报, 2011, 13(11): 16-17.
- [32] 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.
- [33] 李雪青, 马树祥, 崔建美, 等. “双穴探气法”治疗神经根型颈椎病的临床研究[J]. 时珍国医国药, 2010, 21(12): 3238-3239.
- [34] 唐卫华. “月生死针刺法”治痛举隅[J]. 针灸临床杂志, 1995(5): 39.
- [35] 唐卫华. “月生死针刺法”治疗神经根型颈椎病临床观察[J]. 中华中医药学刊, 2007(10): 2026-2027.
- [36] 杨永杰, 龚树全. 黄帝内经[M]. 北京: 线装书局, 2009: 26, 55, 122, 225, 252, 254, 368.
- [37] 张文霞, 颜纯淳, 张阔, 等. 师彬“微针通脉法”治疗神经根型颈椎病证治机理及临床应用[J]. 针灸临床杂志, 2024, 40(4): 91-95.

-
- [38] 谢宇锋, 陈赞, 朱阳师, 等. 冯军教授通痹开结调气针法在软组织损伤性疼痛中的应用[J]. 中医药学报, 2019, 47(4): 84-88.
 - [39] 黄剑浩, 冯军, 魏林林, 等. 通痹开结调气针法基本理论探微[J]. 针灸临床杂志, 2019, 35(3): 67-70.
 - [40] 魏林林. 通痹开结针法治疗神经根型颈椎病的临床观察[J]. 中国医药科学, 2020, 10(15): 213-215.