

循经远端巨刺配合主动运动治疗急性落枕62例疗效观察

黄日鹏^{1*}, 张文书¹, 令狐虔诚¹, 尹剑文^{2#}

¹云南中医药大学第二临床医学院/针灸推拿康复学院, 云南 昆明

²昆明市延安医院针灸科, 云南 昆明

收稿日期: 2026年2月24日; 录用日期: 2026年3月4日; 发布日期: 2026年3月18日

摘要

目的: 观察循经远端取穴巨刺法配合主动运动治疗急性落枕的止痛作用。方法: 回顾性分析2024年10月至2025年8月门诊收治的62例急性落枕患者的临床资料。所有患者均采用循经远端取穴结合巨刺法治疗, 针对阳明经型、督脉型、太阳经型、少阳经型及混合型分别选取健侧手三里、后溪、人中、束骨、中渚等穴位, 进针得气后嘱患者带针进行颈部主动运动。治疗1次后即刻及留针30 min后参照《中医病证诊断疗效标准》及视觉模拟评分法(VAS)评价疗效。结果: 62例患者中, 治愈53例(85.48%), 好转7例(11.29%), 无效2例(3.22%), 总有效率为96.8%。其中47例(75.8%)在行针运动过程中疼痛即刻消失。不同分型中, 太阳经型与少阳经型患者的临床症状均完全缓解。结论: 循经远端巨刺配合主动运动治疗急性落枕疗效确切, 具有显著的即时镇痛效应, 且操作简便, 值得临床推广。

关键词

落枕, 巨刺, 运动针法, 循经取穴, 即时止痛

Observation on the Therapeutic Effect of Distal Needling along Meridians Combined with Active Movement in Treating 62 Cases of Acute Stiff Neck

Ripeng Huang^{1*}, Wenshu Zhang¹, Qiancheng Linghu¹, Jianwen Yin^{2#}

¹Second Clinical Medical College/College of Acupuncture, Moxibustion and Rehabilitation, Yunnan University of Chinese Medicine, Kunming Yunnan

*第一作者。

#通讯作者。

文章引用: 黄日鹏, 张文书, 令狐虔诚, 尹剑文. 循经远端巨刺配合主动运动治疗急性落枕 62 例疗效观察[J]. 中医学, 2026, 15(3): 287-292. DOI: 10.12677/tcm.2026.153168

Abstract

Objective: To observe the analgesic effect of distal needling along meridians combined with active movement in the treatment of acute stiff neck. **Methods:** The clinical data of 62 patients with acute stiff neck treated in the outpatient department from October 2024 to August 2025 were analyzed retrospectively. All patients were treated with distal acupoint selection along meridians combined with needling (contralateral needling). According to the meridian differentiation, acupoints such as Shousanli (LI10), Houxi (SI3), Renzhong (GV26), Shugu (BL65), and Zhongzhu (TE3) on the healthy side were selected respectively. After achieving “Deqi”, patients were instructed to perform active neck movements with the needles retained. The efficacy was evaluated according to the *Criteria of Diagnosis and Therapeutic Effect of Diseases and Syndromes in Traditional Chinese Medicine* and Visual Analogue Scale (VAS) immediately after manipulation and after 30 minutes of needle retention. **Results:** Among the 62 cases, 53 cases (85.48%) were cured, 7 cases (11.29%) improved, and 2 cases (3.22%) were ineffective, with a total effective rate of 96.8%. Notably, pain disappeared immediately in 47 cases (75.8%) during the needle manipulation and movement process. All patients of Taiyang and Shaoyang meridian types achieved complete relief of clinical symptoms. **Conclusion:** Distal needling along meridians combined with active movement is effective in treating acute stiff neck, characterized by significant immediate analgesic effects and simple operation, worthy of clinical promotion.

Keywords

Stiff Neck, Giant Needling, Motion Style Acupuncture, Acupoint Selection along Meridians, Immediate Analgesia, Acute Neck Pain

Copyright © 2026 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

落枕，西医称之为“急性颈痛”或“颈部肌肉扭伤”，是针灸门诊极为常见的急性痛症之一。其典型临床表现为晨起突发颈项强痛、僵硬，活动明显受限，常呈强迫性体位，严重影响患者生活质量与工作效率[1]。据 2021 年全球疾病负担研究显示，颈痛患病人数已超过 2 亿，且女性及低/中等社会发展指数地区负担更重，随着人口老龄化及增长，总体残疾调整生命年(DALYs)仍呈上升趋势[2]。现代生活方式改变、“低头族”增多等因素导致落枕发病率逐年上升并趋于年轻化，若急性期处理不当，极易迁延为慢性颈椎病[3]。常规局部针刺或推拿虽有一定疗效，但对于急性期局部水肿、肌肉痉挛明显的患者，局部强刺激往往难以耐受，甚至可能诱发或加重疼痛。

巨刺法首见于《灵枢·官针》：“巨刺者，左取右，右取左。”是指在机体一侧有病痛时，选取对侧经穴进行治疗的方法。配合主动运动(即运动针法)则强调在留针期间活动患部，以“导气通经”。笔者在临床实践中，基于“经脉所过，主治所及”及巨刺阴阳互调的理论，笔者采用循经远端巨刺结合主动运

动疗法治疗急性落枕 62 例,取得显著即时镇痛效果及较高的单次治愈率,现报道如下,以期为临床提供一种起效迅速、操作简便、安全有效的治疗方案。

2. 临床资料

2.1. 一般资料

选取 2024 年 10 月至 2025 年 8 月在昆明市延安医院针灸科门诊就诊的急性落枕患者 62 例。其中男性 36 例(58.1%),女性 26 例(41.9%);平均年龄 38.4 ± 15.7 岁;平均病程 1.8 ± 0.7 d。所有患者均签署知情同意书。

2.2. 诊断标准

参照国家中医药管理局发布《中医病证诊断疗效标准》[4]中落枕的诊断依据:(1)有睡眠姿势不当、枕头高低不适或颈部受风寒史;(2)晨起突发颈项部疼痛,伴酸胀、僵硬感,活动不利;(3)颈部肌肉(胸锁乳突肌、斜方肌等)有压痛、条索或痉挛;(4)排除颈椎骨折、脱位、肿瘤、结核等器质性病变。

2.3. 纳入标准

(1)符合上述诊断标准;(2)发病时间在 72 小时以内;(3)年龄在 18~60 岁之间;(4)入组前未服用止痛药或接受其他治疗。

2.4. 排除标准

(1)颈椎间盘突出症急性期压迫神经根者;(2)颈部有明显外伤者;(3)合并严重心脑血管疾病、凝血功能障碍者;(4)无法配合主动运动或晕针者。

3. 治疗方法

采用循经远端巨刺配合主动运动疗法。辨经分型与取穴,根据疼痛部位及经络循行进行辨证。

- ① 阳明经型(痛在胸锁乳突肌前缘,旋转受限):取健侧手三里(LI10);
- ② 督脉型(痛在颈椎正中,俯仰受限):取人中(GV26)、承浆(CV24)或后溪(SI3);
- ③ 太阳经型(痛在项肌两旁及肩胛内缘):取健侧后溪(SI3)或束骨(BL65);
- ④ 少阳经型(痛在颈项两侧及肩井区):取健侧中渚(TE3);
- ⑤ 混合型:根据受累经络,按上述原则依次选取健侧穴位。

操作流程:患者取舒适坐位。皮肤常规消毒后,选用 $\Phi 0.25 \text{ mm} \times 25 \text{ mm}$ 或 $\Phi 0.25 \text{ mm} \times 40 \text{ mm}$ 华佗牌一次性无菌毫针。采用巨刺法(左病取右,右病取左,正中疼痛取双侧),快速进针。进针得气(酸麻重胀感)后,施以提插捻转强刺激手法(泻法),同时嘱患者配合主动运动。颈部疼痛者做低头、仰头、左右旋转、侧屈运动;肩背牵拉痛者配合耸肩及上肢大幅度环转运动。运动幅度由小到大,频率由慢到快,以患者能耐受为度。行针 1~3 min,待疼痛显著缓解或消失后,留针 30 min。留针期间每隔 10 min 行针 1 次,并嘱患者继续活动颈部。

4. 疗效观察

4.1. 观察指标

(1)疼痛程度:采用视觉模拟评分法(Visual Analogue Scale, VAS),0 分为无痛,10 分为剧痛。记录治疗前、治疗后即刻、留针结束后的 VAS 评分。

(2)颈部活动度:评价条目包括前屈、后伸、左旋、右旋、左侧屈、右侧屈,其中前屈、左旋、右旋

(正常范围 $\geq 60^\circ$)，拟定 $\geq 60^\circ$ 为 0 分、 $40^\circ\sim 59^\circ$ 为 2 分、 $20^\circ\sim 39^\circ$ 为 4 分、 $0^\circ\sim 19^\circ$ 为 6 分；后伸、左侧屈、右侧屈(正常范围 $\geq 45^\circ$)， $\geq 45^\circ$ 为 0 分、 $30^\circ\sim 44^\circ$ 为 2 分、 $15^\circ\sim 29^\circ$ 为 4 分、 $0^\circ\sim 14^\circ$ 为 6 分。评分越低表明颈椎活动度越好。

4.2. 疗效判断标准

参照《中医病证诊断疗效标准》[4]。治愈：颈项部疼痛消失，VAS 评分下降 $\geq 90\%$ ，颈部活动功能完全恢复正常；好转：疼痛减轻，VAS 评分下降 50%~89%，颈部活动度改善，但仍有轻微受限；未愈：症状无改善，VAS 评分下降 $< 50\%$ 。

4.3. 统计学方法

采用 SPSS 26.0 统计软件进行数据分析。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，组间比较采用 t 检验；计数资料以率(%)表示。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

4.4. 结果

(1) 临床疗效分析

62 例患者经 1 次治疗后，治愈 53 例，好转 7 例，无效 2 例，总有效率为 96.8%。具体分型疗效见表 1。其中，太阳经型和少阳经型患者的临床症状完全缓解，未出现无效或仅好转的病例，提示本法对侧后方颈部肌肉痉挛效果尤佳。

Table 1. Comparison of therapeutic effects in patients with different TCM meridian differentiation types
表 1. 不同中医辨经分型患者疗效比较

分型	n (例)	治愈(例)	好转(例)	无效(例)	总有效率(%)
阳明经型	20	17	2	1	95
督脉型	10	8	2	0	100
太阳经型	12	11	1	0	100
少阳经型	13	12	1	0	100
混合型	7	5	1	1	85.7
总计	62	53	7	2	96.8

(2) 治疗前后 VAS 评分比较

治疗前，62 例患者颈肩部疼痛剧烈，VAS 评分为(7.82 ± 1.24)分。行针并配合主动运动即刻，患者疼痛评分下降至(2.15 ± 0.98)分，与治疗前比较差异有统计学意义($P < 0.001$)；留针 30 min 结束后，疼痛进一步缓解，VAS 评分降至(0.85 ± 0.45)分，与治疗前及行针即刻比较，差异均有统计学意义($P < 0.001$)。这表明该法不仅起效迅速，且在留针期间镇痛效应具有持续累积性。见表 2。

Table 2. Comparison of VAS scores before and after treatment ($\bar{x} \pm s$, scores)
表 2. 治疗前后 VAS 评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

时间点	n (例)	VAS 评分	t 值	P 值
治疗前	62	7.82 ± 1.24	-	-
行针 + 主动运动即刻	62	2.15 ± 0.98	32.156	<0.001
留针 30 min 结束后	62	0.85 ± 0.45	47.823	<0.001

注：与行针即刻比较，留针 30 min 后 VAS 评分进一步下降， $t = 9.674$ ， $P < 0.001$ 。

(3) 治疗前后颈椎活动度评分比较

依据设定的颈椎活动度评分标准,对患者前屈、后伸、旋转及侧屈功能进行综合评分。结果显示,治疗前患者颈椎僵硬明显,活动度总分为 (18.24 ± 4.15) 分;经一次循经远端巨刺配合主动运动治疗后,颈部活动受限显著改善,总分降至 (2.95 ± 1.02) 分。配对样本 t 检验显示,治疗前后差异具有统计学意义($P < 0.001$),提示该疗法能快速恢复颈椎生理活动范围。见表 3。

Table 3. Comparison of cervical range of motion scores before and after treatment ($\bar{x} \pm s$, scores)

表 3. 治疗前后颈椎活动度评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

时间点	n(例)	活动度总评分	t 值	P 值
治疗前	62	18.24 ± 4.15	-	-
治疗 1 次后	62	2.95 ± 1.02	29.847	<0.001

注:评分越低表示颈椎活动度越好。

5. 讨论

落枕属中医“伤筋”、“痹证”范畴。其急性发作多因卫表不固,风寒湿邪侵袭,或睡姿不当致颈项筋脉受损,气血凝滞,不通则痛。病位在颈项,但与督脉及手三阳经密切相关。《素问·阴阳应象大论》云:“善用针者,从阴引阳,从阳引阴……以左治右,以右治左。”此即巨刺法之精髓。急性落枕多为单侧发病,病邪在经络,气血壅滞于患侧,若直接针刺患处(阿是穴),易激惹局部已痉挛水肿的肌肉,引起“针刺后遗症”。相比之下,巨刺法选取健侧远端穴位,既能避开局部的病理反应区,又能通过经气交互调节,激发经气传导,调整左右阴阳平衡,达到“气至病所”之效[5]。

本研究强调精准的辨经取穴。手三里属手阳明大肠经,多气多血,善治颈肩臂痛,《通玄指要赋》载“肩背患,责肘前之三里”,对胸锁乳突肌痉挛疗效确切。同样,《灵枢·杂病》载“项痛不可俯仰,刺足太阳;不可以顾,刺手太阳也。”后溪、束骨为太阳经输穴,《难经·六十八难》谓“输主体重节痛”,故二穴镇痛效佳。中渚为手少阳三焦经输穴,专治气机阻滞之项背痛。人中、后溪通调督脉,适用于正中中型或混合型。远端取穴配合主动运动,充分发挥了“远道取穴”与“动气针法”的叠加优势,体现了“经脉所过,主治所及”与“动以引气”的治疗原则。

既往研究表明,常规局部针刺治疗急性落枕的即时治愈率通常在 70%左右,且往往需要 3~5 次治疗才能完全缓解[6];而本研究采用循经远端巨刺配合主动运动,单次治疗后的总有效率高达 96.8%,治愈率达 85.48%。这一结果与应用温针灸[7]、浮针[8]等疗法治疗落枕的疗效相当,但需特殊针具或操作技巧。还有研究指出,单纯运动疗法虽能改善落枕患者活动度,但对剧烈疼痛的控制较慢[9]。本研究单次治疗患者在行针运动过程中即获即刻完全止痛,提示循经远端巨刺配合主动运动在即时镇痛与功能快速恢复方面具有显著优势,且操作简便、患者依从性高,更适合门诊急症处理。

现代研究表明,巨刺结合运动针法的快速镇痛机制可能涉及多重途径:① 闸门控制与中枢调控:巨刺健侧穴位可激活粗纤维,在脊髓水平关闭疼痛“闸门”,抑制患侧 C 纤维的伤害性传入[10][11]。结合本研究数据,患者行针并配合主动运动即刻,VAS 评分由 (7.82 ± 1.24) 分降至 (2.15 ± 0.98) 分,这种快速的痛觉缓解,可能是远端巨刺产生的强烈得气信号迅速传入脊髓背角投射神经元,从而在瞬间关闭了颈部病灶区疼痛信号的上传。留针 30 分钟后 VAS 评分进一步降至 (0.85 ± 0.45) 分,则反映了强刺激能持续促进脑内内啡肽等内源性阿片肽的释放,发挥累积的中枢镇痛效应。② 交互神经抑制:根据神经生理学的“交叉反射”理论,刺激健侧肢体神经,可引起对侧同名肌肉的反射性活动变化。巨刺健侧通过脊髓中间神经元的跨节段联系,调节患侧脊神经后支的兴奋性,从而缓解肌肉痉挛[12]。本研究中,太阳经型和少阳经型患者(病位对应项肌两旁及肩井区)在单次治疗后均达到颈椎旋转和侧屈功能快速恢复,可能是

由跨节段交互抑制机制对解除双侧协同肌群(如斜方肌、肩胛提肌)痉挛的作用。③ 筋膜链理论与本体感觉重塑: 主动运动是本疗法的关键。在针刺强刺激下进行患部运动, 实质上是一种“带针康复训练”。运动可牵拉紧张的深筋膜, 通过力学传导改善局部微循环, 加速乳酸等致痛物质代谢[13]。同时, 主动运动能重新校准颈部肌梭和高尔基腱器官的本体感觉输入[14]。本研究结果显示, 经一次治疗后, 颈椎活动度总分由 (18.24 ± 4.15) 分大幅降至 (2.95 ± 1.02) 分, 这充分说明了在远端刺激下, 主动运动有效打破了落枕急性期“疼痛-肌肉痉挛-疼痛加剧”的恶性循环, 快速恢复患侧受限的肌肉的张力。

综上所述, 循经远端巨刺配合主动运动治疗急性落枕, 充分体现了中医“治病求本、整体调节、辨证施治、动静结合”的学术特色。该法通过健侧远端经穴的精准刺激与患部主动运动的协同作用, 实现快速通络止痛、解痉恢复功能的目的, 具有起效迅速、即时镇痛显著、疗效确切、操作简便、安全性高、无需特殊器械等优势, 尤其适用于门诊急症处理及基层医疗机构推广应用。本研究为急性落枕的针灸治疗提供了新的临床思路与可复制方案。此外, 必须客观承认本研究存在一定的局限性。首先, 本研究为回顾性临床观察, 由于缺乏设立严格的随机对照组(如常规局部针刺组或假针刺组等), 无法完全排除疾病自然病程恢复或安慰剂效应的干扰, 因此得出的结论仅供临床参考; 其次, 文中观察到的极高临床缓解率, 可能与本研究入组标准较为严格、排除了较重症患者或神经根受压等复杂病情(仅纳入 72 小时内的急性单纯性落枕)有关, 不应被视为绝对的治疗效果。后续亟需开展严谨的、多中心、大样本的随机对照试验(RCT)加以验证。未来研究还应纳入表面肌电图、红外热成像、血清炎症因子等客观指标, 进一步阐明其神经-筋膜调控机制, 同时探讨与西医疗疗(如低强度脉冲超声、TENS 等)的联合应用效果, 以提升证据等级并优化临床治疗规范。

基金项目

延续建设名老中医药专家传承工作室(编号: CZQT000106)。

参考文献

- [1] 刘华英, 万小曼, 吴松. 巨刺运动针法治疗急性落枕的临床研究[J]. 时珍国医国药, 2025, 36(5): 898-902.
- [2] Zhu, Y., Yang, Y., Yi, H. and Jiang, T. (2025) Global, Regional, and National Burden of Disease in Neck Pain: Statistical Analysis of Incidence, Prevalence, and DALYS, with Projections to 2036. *European Spine Journal*, 1-15. <https://doi.org/10.1007/s00586-025-09440-5>
- [3] 蒋芳华, 姚祖进. 肌肉牵伸技术配合按揉外劳宫穴治疗急性落枕临床观察[J]. 光明中医, 2023, 38(4): 713-716.
- [4] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 2012: 188.
- [5] 李忠肇, 张增, 郭丽荣, 等. 巨刺上肢穴辨治落枕探析[J]. 中国中医急症, 2022, 31(12): 2235-2237.
- [6] 陈静, 梅成. 落枕穴青龙摆尾刺法治疗失颈的临床观察[J]. 黑龙江中医药, 2017, 46(4): 58-59.
- [7] 朱亚强. 温针灸治疗落枕的临床研究[D]: [硕士学位论文]. 广州: 广州中医药大学, 2020.
- [8] 朱美兰, 曾红文. 浮针疗法治疗 30 例落枕疗效观察[J]. 山东中医药大学学报, 2017, 41(3): 241-243.
- [9] 李波, 黄麦玲, 尚希钰, 等. 针刺联合推拿治疗肩胛提肌损伤型落枕的临床疗效: 随机对照试验[J]. 中国针灸, 2024, 44(6): 637-642.
- [10] 解秸萍. 巨刺法神经解剖学机制探讨[J]. 上海针灸杂志, 1997(2): 30-31.
- [11] 邢光凡. 巨刺法临床应用现状及其规律的研究[D]: [硕士学位论文]. 广州: 广州中医药大学, 2015.
- [12] 顾吉瑞. 巨刺法的研究现状与展望[J]. 光明中医, 2022, 37(24): 4601-4603.
- [13] 陈德成. 动筋针法与筋膜松解[J]. 长春中医药大学学报, 2018, 34(5): 902-904+1031.
- [14] Rahnama, L., Saberi, M., Kashfi, P., Rahnama, M., Karimi, N. and Geil, M.D. (2023) Effects of Two Exercise Programs on Neck Proprioception in Patients with Chronic Neck Pain: A Preliminary Randomized Clinical Trial. *Medical Sciences*, 11, Article No. 56. <https://doi.org/10.3390/medsci11030056>