

基于“筋骨并重，以筋为先”理论探究手法治疗神经根型颈椎病研究进展

马 亮¹, 于志国^{2*}

¹黑龙江中医药大学第二临床医学院, 黑龙江 哈尔滨

²黑龙江中医药大学附属第二医院推拿科, 黑龙江 哈尔滨

收稿日期: 2026年7月5日; 录用日期: 2026年8月12日; 发布日期: 2026年8月25日

摘 要

神经根型颈椎病(cervical spondylotic radiculopathy, CSR)是临床的常见病、多发病, 发病率在六种颈椎病亚型中居于首位。结合近年学术研究, 当前业界视“筋骨失衡”(骨错缝、筋出槽)为CSR的基本病机; 基于“筋骨并重, 以筋为先”原则的手法治疗是重建筋骨平衡、从根源上治疗CSR的核心手段。本文通过系统梳理“筋骨并重, 以筋为先”的理论内涵, 综述手法治疗CSR的机制研究进展, 详细介绍国内外主要手法流派及其临床证据, 以分析当前在CSR的手法治疗方案中可能存在的问题, 并尝试对未来的研究方向提供依据与帮助。

关键词

筋骨并重, 以筋为先, 手法, 神经根型颈椎病, 综述

Research Progress on Manual Therapy for Cervical Spondylotic Radiculopathy Based on the Theory of “Tendon-Bone Balance with Tendon Priority”

Liang Ma¹, Zhiguo Yu^{2*}

¹The Second Clinical Medical College of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

²Department of Tuina, The Second Affiliated Hospital of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

Received: July 5, 2026; accepted: August 12, 2026; published: August 25, 2026

*通讯作者。

文章引用: 马亮, 于志国. 基于“筋骨并重, 以筋为先”理论探究手法治疗神经根型颈椎病研究进展[J]. 中医学, 2026, 15(8): 417-425. DOI: 10.12677/tcm.2026.158453

Abstract

Cervical spondylotic radiculopathy (CSR) is a prevalent and frequently encountered condition in clinical practice, with the highest prevalence among the six subtypes of cervical spondylosis. Drawing on recent academic research, recent studies have identified “tendon-bone imbalance” (characterized by bone misalignment and tendon displacement) as the fundamental pathogenesis of CSR. Manual therapy based on the principle of “tendon-bone balance with tendon priority” serves as the core approach to restoring this balance and addressing CSR at its root. This review systematically examines the theoretical framework of “tendon-bone balance with tendon priority”, summarizes current research on the mechanisms underlying manual therapy for CSR, and provides a detailed overview of major domestic and international manual therapy schools and their clinical evidence. Furthermore, it analyzes existing challenges in current manual therapy protocols and offers insights for future research directions.

Keywords

Tendon-Bone Balance with Tendon Priority, Manual Therapy, Cervical Spondylotic Radiculopathy, Review

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

流行病学调查显示,我国颈椎病患病率约为 3.8%~17.6%,其中 CSR 在各型颈椎病中占比最高,达 60%~70% [1],呈现出发病率高、治愈率低、复发率高、低龄化等特点,严重影响患者的生活并带来沉重的经济负担。CSR 的病理过程始于颈椎间盘退变及小关节功能紊乱,继发骨赘形成、韧带肥厚或钙化等改变,最终对神经根产生直接或间接的机械性刺激,引发相应临床症状,症状上表现为:受累神经根支配区的颈肩部钝痛、放射痛或麻木等异常感觉,后期以上肢肌力减退、活动受限和功能改变等为后续症状[2]。中医学将 CSR 归入“项痹”“骨痹”“筋伤”之列,认为其发病与外邪侵袭相关,核心病机在于“筋骨失衡”,即“骨错缝”与“筋出槽”并见[3];西医学对 CSR 发病机制的认识有四种,目前以生物力学平衡学说、机械压迫学说、化学性神经根炎性学说、自身免疫学说作为主流学说[2]。中医学与现代医学在 CSR 的病机认识上存在一定程度的交汇,前者从“筋骨失衡”立论,后者从“生物力学失衡”出发,两者均关注“筋”(软组织)与“骨”(骨性结构)之间的相互关系对颈椎力学稳定性的影响。这种交汇为中西医在 CSR 治疗中寻求共同靶点提供了理论前提。CSR 以保守治疗作为首选方案,其中手法治疗因疗效确切、安全无创、费用低廉而被广泛应用。然而,长期以来手法治疗存在流派纷繁、标准不一、重骨轻筋等问题。近年来,“筋骨并重,以筋为先”的治疗理念逐渐成为指导 CSR 手法治疗的核心原则[4] [5]。本文将从理论内涵、机制研究、国内外主要流派及临床证据等方面进行系统阐述。

2. “筋骨失衡”的理论内涵

CSR 属于中医学“项痹”“骨痹”“筋伤”的范畴,以本虚标实作为病机特点。患者多由素体肝肾亏虚,气血脉络失养,或因风寒湿邪侵袭、外伤劳损等实邪侵袭,最终导致气血脉络损伤、局部肌肉关节失养,日久造成“筋”与“骨”两方面的损伤,即出现“筋出槽”和“骨错缝” [6]。筋骨受损则失其

“束骨利关节”之职, CSR 即因此发病。其病机以筋骨力学失衡为核心, 故治疗应以纠正“筋出槽”与“骨错缝”、重建颈椎“筋骨平衡”为关键[7]。现代医学对颈椎筋骨失衡的理解来源于生物力学不稳学说。正常人生理状态下的颈椎力学平衡由两部分构成。包括: 由附着于颈椎及肩胛区周围的肌肉组织构成的外源性动力平衡, 以及由椎间盘、椎体、附件及其相连接的韧带构成的内源性静力平衡。动、静力平衡相辅相成[8], 共同维持着颈椎正常结构下的生物力学平衡状态。一旦动静力学平衡系统中任一平衡遭到破坏, 则均可导致颈椎病的发生。

3. “筋骨并重, 以筋为先”理论内涵

3.1. “筋骨并重”的理论内涵

“筋骨并重”是中医学治疗骨伤疾病的核心原则, 它强调骨骼与软组织同治的理念[7][9][10]。该理论认为“筋”涵盖肌肉、肌腱、筋膜、韧带等软组织, 与骨骼构成“筋束骨, 骨张筋”的动态平衡关系, 治疗时需同步恢复解剖结构与软组织功能。《素问·五脏生成篇》载“诸筋者皆属于节”; 《素问·痿论》言“宗筋主束骨而利机关”, 这奠定了筋与骨在生理上不可分割的理论基础。现代方先之、尚天裕等骨伤大家进一步将“筋骨并重”确立为中医骨伤科的三大治疗原则之一, 并与现代生物力学理论相互印证[11]。

作为治疗原则, “筋骨并重”理念贯穿于骨伤科疾病的生理认知、病理分析、诊断评估与治疗干预全过程[12]。在生理上: “筋骨并重”强调筋与骨的结构相连, 即为筋附着于骨, 骨依赖筋的约束与固定; 同时也强调功能上骨主支撑, 筋主活动, 二者协调统一。“骨正筋柔, 气血以流”即为筋骨平衡的理想状态。在病理上, “筋骨并重”强调筋与骨的相互影响, 即为“伤筋动骨”“折骨损筋”, 二者常同时或相继受累, 互为因果。在脊柱退行性疾病中, “筋出槽”可导致“骨错缝”, “骨错缝”亦可加重“筋出槽”, 形成恶性循环。神经根型颈椎病(CSR)等骨伤科疾病的本质是“筋骨失衡”的结果, 而非单一组织的病变。在诊断上, “筋骨并重”强调筋骨同查, 即既要通过触诊评估“筋”的张力、筋结、条索, 也要借助影像学评估“骨”的序列、间隙、曲度, 二者不可偏废。在治疗上, “筋骨并重”强调筋骨同调, 即为舒筋手法与整脊手法序贯使用。

3.2. “以筋为先”的理论内涵

“以筋为先”是在“筋骨并重”总原则下确立的临床优先操作顺序, 其依据涵盖经典文献、解剖结构及病理逻辑三个层面。经典依据: 《医宗金鉴·正骨心法要旨》明确记载: “当先揉筋, 令其和软, 再按其骨, 徐徐合缝[13]。”这句话清晰地规定了正骨手法中“筋”与“骨”的处理顺序: 揉筋在先, 按骨在后。这是“以筋为先”最直接的经典源头。吴俊哲等引用的《伤科补要》也说: “轻者仅伤筋肉易治, 重则骨缝参差难治, 先以手轻轻搓摩, 令其骨合筋舒[3]。”同样强调了“先搓摩(治筋), 后合骨”的顺序。解剖学依据: 筋(肌肉、韧带)位于浅层, 骨位于深层, 筋是骨的外源性稳定装置。紧张的、出槽的筋会直接限制骨的正常活动, 强行正骨不仅困难, 还可能造成医源性损伤。逻辑依据: CSR 的病理链条中, “筋出槽”往往是始动环节(长期低头、劳损首先导致肌肉痉挛), 随后才继发“骨错缝”。“治病求源, 以筋为先”[5]的理念在慢性筋骨病领域已形成广泛共识, 各学术流派均对此有深入阐释, 如房敏团队溯源经典“筋骨并重、骨正筋柔”理论, 结合大量的临床治疗经验[14][15], 提出“筋骨失衡, 以筋为先”[7]; 平乐正骨流派主张“以筋为先, 以衡为用”[16][17]; 詹红生等则强调在慢性劳损类疾患中理筋的重要性, 并提出“筋主骨从, 筋为骨用”的指导原则[18][19]。

4. 手法治疗 CSR 机制研究

手法治疗 CSR 的机制, 从中医学视角审视, 始终围绕“筋骨失衡”这一基本病机展开。“筋骨失衡”

具体表现为“筋出槽”与“骨错缝”两个方面,且“筋出槽”在先,进而导致气血瘀滞、不通则痛,久则正气不足、邪气易侵,形成虚实夹杂的病理状态。从现代医学视角审视,上述中医病机与西医发病机制存在一定程度的可类比关系,中医“筋骨失衡”可类比于西医“生物力学失衡”,两者均指向颈椎结构与其周围软组织之间的力学失稳;“骨错缝”可类比于“机械压迫”,两者均涉及骨性结构对神经根的直接刺激;“筋出槽”致气血瘀滞可类比于“化学炎症”,软组织损伤后局部代谢产物堆积与炎症因子释放具有相似的病理内涵;“正气不足”可类比于“自身免疫”,两者均涉及机体免疫调节功能的异常。这种可类比关系为中西医治疗方案的融合提供了概念基础,但需要指出的是,当前多数类比仍处于理论推演层面,尚缺乏直接的实验证据支持,其生物学基础有待进一步研究[2]。两者虽表述语言不同,但指向的是同一客观病理过程与治疗规律。针对这一病机,手法治疗确立了“筋骨并重、以筋为先”的治疗策略,即先通过理筋手法以解除“筋出槽”,缓解局部肌肉痉挛、改善血液及淋巴循环、减轻无菌性炎症、促进损伤组织修复;再通过正骨手法以纠正“骨错缝”,调整脊柱生物力学结构、恢复脊柱动静力平衡。二者协同,共同重建“筋骨平衡”的生理状态[4]。这一治疗策略从病机到治则、从治则到手法,形成了完整的中医逻辑链条,是中医“治病求本”思想的生动体现,共同印证了“筋骨并重、以筋为先”的临床价值。

4.1. “理筋”层面的机制

理筋手法以“筋出槽”为直接治疗靶点。“筋出槽”的病理本质在于:长期低头、劳损或风寒湿邪侵袭,首先导致颈肩部肌肉痉挛、筋膜紧张,形成可触摸到的“筋结”“条索”。这一病理改变可类比于西医的肌肉痉挛、软组织粘连及局部炎症反应。基于此,揉、拿、点、按、弹拨等理筋类手法通过机械力的传导,直接作用于痉挛、紧张的肌纤维和筋膜,一方面可以缓解肌纤维的痉挛状态,降低异常增高的肌张力,恢复主动肌与拮抗肌的协调性,即解除“筋出槽”所致的外源性动力失衡[20];另一方面可以促进局部血液及淋巴循环,加速炎症介质和代谢产物的清除,减轻神经根周围的水肿与化学性刺激,即消除“筋出槽”继发的“气血瘀滞”与“化学炎症”。郭志彬等[21]临床研究证实,筋骨平衡推拿法可显著降低 CSR 患者血清 $\text{TNF-}\alpha$ 、 $\text{IL-1}\beta$ 、 IL-6 水平,减轻无菌性炎症,从分子层面验证了理筋手法对“筋出槽”靶点的有效干预。

4.2. “正骨”层面的机制

正骨手法以“骨错缝”为直接治疗靶点。“骨错缝”的病理本质在于椎体的微小移位、关节突关节的错缝、钩椎关节的紊乱,直接导致椎间孔变窄、神经根受压。这一病理改变可类比于西医的关节突关节骨错缝与神经根机械压迫。基于此,旋转扳法、拔伸法等整脊类手法通过精准的力学作用,直接纠正关节的错位关系恢复椎体的正常序列、扩大椎间孔面积,即解除“骨错缝”所致的内源性静力失衡与神经根机械压迫。影像学研究为此提供了客观证据,韩芳苗等[22]运用多排螺旋 CT 测量证实,颈椎定点旋转复位手法可使病变椎间孔面积显著增大;詹松华等[23]通过 MSCT 颈椎扫描重建亦发现,手法治疗后 CSR 患者颈椎生理曲度、椎间孔、椎体及关节位置关系均得到明显改善。

4.3. “理筋”与“正骨”的协同效应

理筋与正骨的序贯协同,是基于“筋骨失衡”完整病理链的治则设计。“筋出槽”与“骨错缝”互为因果,理筋手法通过解除“筋出槽”所致的肌肉痉挛与异常应力,不仅独立发挥舒筋通络、解痉镇痛的作用,更为正骨手法的安全实施创造了前提条件,只有在肌肉充分松弛的状态下,关节错位的整复才能精准而安全。正骨手法纠正“骨错缝”后,又解除了对周围软组织的异常刺激,为筋的修复提供了良好的力学环境。二者紧扣“筋出槽”与“骨错缝”两个靶点,先解除动力性失衡(筋),再纠正静力性失衡

(骨), 序贯施治, 共同阻断“筋骨失衡”的恶性循环, 重建“筋骨平衡”的生理状态。这一围绕病机紧扣靶点的治疗模式, 是“筋骨并重, 以筋为先”原则在临床操作中的具体体现。

5. 国内外手法治疗 CSR 的主要流派

5.1. 国外主要手法流派

国外手法治疗 CSR 以系统解剖学、生物力学及影像学为学科基石, 其治疗策略主要围绕关节松动与肌肉放松展开。从中医筋骨理论视角审视, 这些手法虽未明确引入“筋”“骨”概念, 但其操作靶点可归入“治骨”范畴, 即在“筋骨并重”原则中承担了纠正“骨错缝”的角色, 通过精准的力学干预恢复关节对位、扩大椎间孔、解除神经压迫。然而, 其共同局限在于缺少“以筋为先”的软组织预处理环节, 手法直接作用于关节, 未设独立的“理筋”前置步骤。正因如此, 国外手法在临床中常需联合软组织技术方能实现完整的“筋骨并治”, 这也从侧面印证了“先筋后骨”原则的普适性。当前, 国外手法治疗 CSR 影响力较大的流派包括 Maitland 关节松动术、Mulligan 动态关节松动术及美式整脊疗法[24]。

5.1.1. Maitland 手法

Maitland 手法通过紧扣“骨错缝”这一靶点, 以分级关节松动为核心技术。其III~IV级手法直接针对颈椎关节突关节的微小错位进行整复, 通过低幅度、有节律的震荡关节, 扩大椎间隙、调整小关节位置、增加椎间孔容积, 从而解除“骨错缝”对神经根的机械压迫。临床研究方面, 葛淑惠[25]将 60 例 CSR 患者随机分为两组, 治疗组采用神经松动术结合 Maitland 手法配合常规理疗, 对照组仅予 Maitland 手法配合常规理疗, 疗程 2 周, 结果显示治疗组总有效率 97%、显效率 73%, 显著优于对照组的 87%与 30% ($P < 0.05$), 证实针对“骨错缝”的精准关节松动确能缓解神经根压迫症状, 但联合神经松动术(兼具“理筋”效应)后疗效进一步提升, 提示单纯“治骨”难以达到最佳效果, 需配合“理筋”手段方能实现完整的“筋骨并治”。徐超等[26]将 64 例 CSR 患者分为两组, 治疗组在关节松动术基础上增加深部肌肉刺激仪(DMS), 结果显示联合方案在视觉模拟评分法(VAS)、颈椎治疗评分表(JOA)改善方面均优于对照组($P < 0.05$), 同样印证了“治骨”联合“理筋”的协同价值。

5.1.2. Mulligan 手法

Mulligan 手法以“动态关节松动”为核心理念, 同样紧扣“骨错缝”靶点, 通过患者在主动活动颈椎的同时由治疗师沿关节面切线方向施加持续滑动力, 纠正关节微小错位、增大椎间孔间隙、降低关节囊与韧带张力, 从而解除“骨错缝”对神经根的机械压迫[27]。该手法在“治骨”的同时要求患者主动收缩颈部肌肉, 客观上调动了“筋”的参与, 但未对“筋出槽”进行系统性预处理。临床研究方面, 王忠[28]将 88 例 CSR 患者均分为两组, 对照组予常规电动牵引, 观察组联合 Mulligan 手法, 疗程 4 周, 结果显示观察组 VAS、颈椎病临床评价量表(CASCS)及颈椎活动度改善均优于对照组($P < 0.01$); 吴福春等[29]将 86 例患者分为两组, 在基础物理治疗上, 治疗组加用 Mulligan 松动术及麦肯基功能训练, 对照组予传统推拿, 结果显示联合方案在 VAS、CASCS 及治愈显效率方面均显著优于传统推拿($P < 0.01$)。上述结果表明, 针对“骨错缝”的精准松动虽能改善症状, 但叠加针对“筋”的功能训练后疗效更为显著, 提示“骨”的整复需以“筋”的协调为基础。

5.1.3. 美式整脊手法

美式整脊以脊椎半脱位理论为基础, 紧扣“骨错缝”靶点, 通过高速低幅手法直接矫正椎体位置, 恢复颈椎正常序列、扩大椎间孔面积, 从而解除“骨错缝”对神经根的机械压迫。其核心病理假设“脊椎半脱位”, 即脊椎骨在正常解剖位置上发生轻微偏移, 足以对邻近脊神经根产生压迫与中医“骨错缝”

概念高度一致。但该体系同样缺少对“筋出槽”的系统性处理。临床研究方面,李宏龙等[30]将 86 例 CSR 患者分为两组,研究组予毫刃针配合美式整脊,对照组予传统针灸,疗程 28 天,结果显示研究组总有效率 95.35%,显著高于对照组的 79.07% ($P < 0.05$),VAS、颈椎功能障碍指数量表(NDI)均优于对照组($P < 0.05$);陈坤利等[31]将 42 例 CSR 患者随机分为两组,试验组在传统推拿基础上增加美式整脊手法,对照组仅接受传统推拿。结果表明联合方案在疼痛缓解、颈椎活动度及生活质量改善方面均优于单纯推拿组($P < 0.05$)。上述研究证实,单纯以“治骨”为目标的美式整脊虽能改善症状,但联合毫刃针、传统推拿等“理筋”手段后疗效进一步提升,从临床角度验证了“筋骨并治”的必要性。

梳理以上三种国外手法,三者都以“治骨”(关节/椎骨)为主要靶点,但三者都缺少系统性的、独立的“以筋为先”(初始软组织处理)流程。在临床应用中,我们应当有意识地借鉴三种国外手法在“治骨”方面的精准性、量化和标准化优势,同时坚守中医“以筋为先”的原则性智慧,将软组织松解作为关节调整的前提和基础,形成“先治筋、后调骨、再强筋”的完整治疗路径。这不仅是中西医优势互补的必然选择,更是对“筋骨并重,以筋为先”这一普适性肌骨治疗第一原理的尊重与践行。

5.2. 国内手法

国内手法流派虽形式多样,但绝大多数遵循“先理筋、后正骨”的底层逻辑——以理筋手法松解软组织痉挛、恢复肌群协调性,再以正骨手法纠正关节错位、重建脊柱力线。这一顺序与“筋骨并重,以筋为先”原则高度一致。当前,国内手法治疗 CSR 影响力较大的流派包括有以中医学理论为指导的传统推拿手法,如南少林手法、清宫正骨手法等;也有融合了现代医学理论的中西医结合手法,包括新医正骨手法、龙氏正骨手法、平乐郭氏正骨、施氏整颈三步九法等[3] [24]。

5.2.1. 南少林手法

南少林手法紧扣“筋出槽”与“骨错缝”两个靶点,以“理筋整脊”为核心,先予理筋解除颈部肌群痉挛、改善微循环,再予整脊纠正颈椎整体力线、调节关节紊乱,形成“先筋后骨”的完整治疗路径。临床研究方面,冯学烽等[32]将 80 例 CSR 患者分为两组,治疗组予南少林理筋整脊手法配合简易牵引器,对照组予常规推拿配合简易牵引器,疗程 4 周,治疗组总有效率 92.5%,显著高于对照组的 75.0% ($P < 0.05$);治疗后 3 个月 VAS、NDI 评分均优于对照组($P < 0.05$);陈堃等[33]将 72 例 CSR 患者随机分为两组,对照组予常规针灸与推拿,治疗组予温针配合南少林理筋整脊手法,结果显示治疗组治疗后各项中医证候积分更低、总有效率更高、VAS 及 NDI 评分更低($P < 0.05$)。上述结果表明,紧扣“先筋后骨”病理链实施序贯治疗,其疗效优于单纯对症处理。

5.2.2. 清宫正骨手法

清宫正骨手法紧扣“筋出槽”与“骨错缝”两个靶点,秉承“骨正筋柔”的治疗理念,以“轻、柔、透、巧”为操作特色,先以轻柔手法梳理病变软组织、为筋骨平衡提供外源性稳定(即解除“筋出槽”),再以不同角度和牵引力对病变椎体实施旋转复位(即纠正“骨错缝”)。临床研究方面,马富强等[34]对 82 例 CSR 患者采用清宫正骨手法配合颈椎 I 号方及“以头书凤”颈部功能锻炼,结果显示总有效率达 98.78%;黄金波[35]以清宫正骨手法治疗 50 例 CSR 患者,经随访 1 个月至半年,结果显示治愈 30 例(60%)、显效 13 例(26%)、有效 4 例(8%)、无效 3 例(6%),总有效率为 94%,上述研究结果表明该手法可有效改善肌肉损伤所致的“筋结”,调节椎间盘应力分布,达到缓解疼痛,恢复颈椎动态平衡的目的。该手法以“理筋在先、整复在后”的序贯操作精准对应“筋出槽”与“骨错缝”两个病理环节,临床疗效确切。

5.2.3. 新医正骨疗法

新医正骨疗法以“脊柱内外平衡失调”为理论基础,“内平衡”对应“骨”的静力稳定,“外平衡”

对应“筋”的动力约束。在手法操作上,该手法紧扣“骨错缝”靶点,以“脊柱定点旋转复位法”纠正椎体位移;同时注重复位前对软组织状态的评估与准备,隐含了对“筋”的重视。临床研究方面,彭荣立[36]将 134 例 CSR 患者随机分为手法治疗组与电脑牵引组,手法治疗组采用冯氏脊柱定点旋转复位手法加中药热敷治疗,电脑牵引组采用电脑牵引加直流电中药离子导入治疗,结果显示治疗组:痊愈 8 例、显效 22 例、有效 38 例、无效 0 例,对照组:临床痊愈 0 例、显效 5 例、有效 58 例、无效 3 例。两组患者疗效比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。上述临床研究证实,该联合方案治疗 CSR 的效果显著优于单纯电脑牵引,为新医正骨疗法“筋骨并重”的治疗思路提供了临床证据,也印证了《医宗金鉴》“先揉筋、后按骨”经典论述在现代手法实践中的价值。

5.2.4. 龙氏正骨手法

龙氏正骨手法紧扣“筋出槽”与“骨错缝”两个靶点,其“四步十法”体系中第一步即为放松手法,即先通过按揉、滚法等充分松解颈肩部软组织(即解除“筋出槽”),然后才进行后续的正骨复位(即纠正“骨错缝”)。这一设计是“以筋为先”原则在临床操作中最直接、最完整的体现。临床研究方面,杨金鹏等[37]将 76 例 CSR 患者随机分为两组,观察组增加激痛点针刺法与龙氏正骨手法,对照组增加常规取穴针刺及传统推拿,疗程 2 周,结果显示观察组 VAS、CASCs 评分改善显著优于对照组($P < 0.05$);乐春云等[38]对 80 例 CSR 患者的研究同样证实,龙氏正骨手法在 VAS、NDI 评分改善方面优于传统推拿。

5.2.5. 平乐郭氏正骨手法

平乐郭氏正骨在理论上创造性地提出了“筋滞骨错”学说,该学说认为慢性筋骨病的病理演进遵循“筋先滞、骨后错”的规律,这从病机层面精准对应了“筋出槽在先、骨错缝在后”的病理链。基于此认识,其手法操作紧扣“筋骨”两个靶点,严格遵循“先治筋、后调骨”的顺序,先以按、揉、推、拿等理筋手法松解软组织(即解除“筋出槽”),再以定点旋转手法调整关节(即纠正“骨错缝”)。临床研究方面,李新生等[39]将 160 例 CSR 患者随机分为两组,治疗组采用平乐正骨手法联合牵引疗法,对照组采用传统推拿手法联合牵引疗法。结果显示治疗组显效率为 83.91%,对照组显效率为 43.84% ($P < 0.01$)。该结果证实紧扣“筋骨”病理靶点实施序贯治疗,其临床效果显著优于传统推拿手法。

5.2.6. 施氏“整颈三步九法”

施氏“整颈三步九法”以“动静力平衡”为理论基础,即颈椎稳定依赖于内源性静力系统(骨)与外源性动力系统(筋)的协调。其三步操作“理筋、正骨、通络”紧扣“筋出槽→骨错缝”的完整病理链,先以理筋手法解除“筋出槽”所致的动力失衡,再以正骨手法纠正“骨错缝”所致的静力失衡,终以通络疏通经络气血。这一“先筋后骨”的序贯设计明确体现了“以筋为先”的治疗原则。临床研究方面,何江等[40]将 100 例 CSR 患者随机分为研究组与对照组各 50 例,对照组采用针刺颈夹脊穴治疗(仅“理筋”),研究组在对照组基础上加用施氏整颈三步九法治疗(实现“理筋 + 正骨”协同),7 天为 1 个疗程,共治疗 2 个疗程。治疗后,通过随机对照试验发现,单纯针刺颈夹脊穴(仅“理筋”)治疗 CSR 的总有效率为 56.00%,而在其基础上加用施氏整颈三步九法(实现“理筋 + 正骨”协同)后,总有效率提升至 88.00% ($P < 0.05$),且 VAS 评分、肿瘤坏死因子(TNF)- α 、白细胞介素(IL)-1 β 、超敏 C 反应蛋白(hs-CRP)水平水平均显著低于对照组($P < 0.05$)。该研究以临床数据精准验证了“筋骨同调”优于单纯“治筋”的治疗逻辑,表明 CSR 的发病是“筋出槽”与“骨错缝”共同作用的结果,单纯针刺“理筋”虽可部分缓解症状,但无法解除“骨错缝”对神经根的机械压迫,唯有“理筋”与“正骨”协同干预,方能全面解除“筋”的化学性刺激与“骨”的机械性压迫双重病理因素。这一发现从临床层面印证了“筋骨并重,以筋为先”原则的科学性,也为施氏“整颈三步九法”的临床推广应用提供了循证医学证据。

梳理以上国内主要手法流派,各流派虽手法各异,但均以“先理筋、后正骨”为共同范式,龙氏以

放松手法为首, 清宫先理筋后整复, 平乐“先治筋、后调骨”, 新医在整复前对软组织评估与准备, 施氏以理筋为首步, 南少林先理筋后整脊。这一共性规律与“筋骨并重, 以筋为先”原则高度一致。

6. 总结与展望

“筋骨并重, 以筋为先”理论从病机到治则形成了较为完整的理论框架: 国内各手法流派虽形式多样, 却共同遵循“先理筋、后正骨”的操作逻辑; 国外 Maitland、Mulligan 及美式整脊等手法以“治骨”见长, 虽未设置独立的“以筋为先”环节, 但其临床实践中联合软组织技术的普遍做法, 实质上与中医“先筋后骨”的原则殊途同归。基于本文综述发现, 未来研究可从以下具体方向深入: 其一, 在机制研究层面, 当前关于“理筋”如何影响炎症因子网络(TNF- α 、IL-1 β 、IL-6 等)的分子通路尚不明确, 建议借助多组学技术(如蛋白质组学、代谢组学)系统揭示手法刺激对局部微环境及全身免疫状态的调节网络, 而非停留于单一指标检测; 其二, 在临床评价层面, 应开展以“核心结局指标集”为导向的多中心随机对照试验, 统一 VAS、NDI、CASCs 等主要结局指标的测量时点(如治疗后 1 周、4 周、12 周), 并纳入长期随访(≥ 6 个月)以评估复发率; 其三, 在中西医融合层面, 建议将中医“理筋”理念与康复医学中的本体感觉训练、神经肌肉控制训练进行结构化整合, 形成“手法松解到主动功能重建”的分阶段康复方案, 并通过运动捕捉、表面肌电等技术量化评估“筋”的功能恢复程度; 其四, 在手法标准化层面, 亟需建立各类手法的力学参数数据库(力度、频率、作用时间、施术角度等), 为手法教学的客观化和疗效评价的可重复性提供科学依据。

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] 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.
- [3] 吴俊哲, 蔡卓昊, 刘朋, 等. “骨正筋柔”理论视域下神经根型颈椎病的手法及中药治疗研究进展[J]. 天津中医药大学学报, 2025, 44(3): 278-283.
- [4] 张小青, 王为民, 李庆, 等. 手法治疗神经根型颈椎病的研究进展[J]. 天津中医药大学学报, 2017, 36(2): 152-155.
- [5] 程艳彬, 蒋诗超, 房敏, 等. 以“筋骨失衡, 以筋为先”探讨脊柱退化性疾病的推拿治疗[J]. 中华中医药杂志, 2015, 30(10): 3470-3473.
- [6] 卜寒梅, 冯天笑, 王旭, 等. 从筋骨理论探析神经根型颈椎病的发病机制及手法治疗原则[J]. 颈腰痛杂志, 2025, 46(1): 196-200.
- [7] 林志刚, 蒋诗超, 程艳彬, 等. 探讨《黄帝内经》“筋骨”理论对中医推拿的指导意义[J]. 中华中医药杂志, 2017, 31(7): 2491-2493.
- [8] 杨钦, 周红海, 胡梦婷, 等. 浅析颈椎病相关动静力学平衡[J]. 颈腰痛杂志, 2021, 42(1): 131-133, 139.
- [9] 钟雯, 曹锐. 筋骨辨证-筋骨并重[J]. 实用中医内科杂志, 2017, 31(2): 73-76.
- [10] 肖碧跃, 郭艳幸, 何清湖, 等. 平乐正骨筋骨并重理论探讨[J]. 湖南中医药大学学报, 2016, 36(3): 40-42.
- [11] 方先之, 尚天裕. 中西医结合治疗骨折[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1966.
- [12] 王国军. “筋骨并重”理念在骨科疾病中的应用[J]. 江苏中医药, 2019, 51(11): 41-44.
- [13] 周中. “筋骨并重”理念是骨伤治疗的灵魂——读《医宗金鉴·正骨心法要旨》有感[J]. 中医研究, 2011, 24(8): 71-73.
- [14] 艾健, 房敏, 孙武权, 等. 经筋在膝关节病中的生物力学作用[J]. 辽宁中医杂志, 2015, 42(1): 66-67.
- [15] 艾健, 房敏, 孙武权, 等. “筋骨失衡, 以筋为先”理论在膝关节病中的应用探讨[J]. 中华中医药杂志, 2014, 29(8): 2404-2406.
- [16] 寇赵渐, 赵明宇, 张向东, 等. “以筋为先, 以衡为用”理念在膝骨关节炎中的应用探讨[J]. 中医学报, 2020, 35(3): 520-523.

- [17] 寇赵淅, 赵明宇, 张向东, 等. 平乐正骨“以筋为先, 以衡为用”理念在退行性腰椎病中的应用分析[J]. 湖南中医药大学学报, 2019, 39(5): 607-610.
- [18] 潘富伟, 邓真, 张开勇, 等. 詹红生从筋诊治非特异性腰痛的临床意义探析[J]. 上海中医药杂志, 2020, 54(11): 26-28.
- [19] 元唯安, 詹红生, 杜国庆. 论“筋主骨从”观念在慢性筋骨病损诊疗中的临床意义[J]. 上海中医药杂志, 2019, 53(9): 12-15.
- [20] 郭光昕, 孔令军, 房敏, 等. 从推拿角度探讨“筋骨评估”理论渊源及应用[J]. 中华中医药杂志, 2019, 34(10): 4774-4777.
- [21] 郭志彬, 谭敬恩, 李冠彦, 等. 筋骨平衡推拿法治疗神经根型颈椎病的疗效观察[J]. 中国中医急症, 2021, 30(6): 1070-1073.
- [22] 韩芳苗, 徐兆辉, 张万标, 等. 定点旋转复位手法对神经根型颈椎病椎间孔面积的影响[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2021, 29(8): 54-57.
- [23] 詹松华, 赵喜, 詹红生, 等. MSCT 颈椎扫描重建评价推拿手法治疗神经根型颈椎病疗效的研究[J]. 中国中西医结合影像学杂志, 2011, 9(6): 481-484, 488.
- [24] 郝东昶, 蒋宜伟, 宋重东, 等. 国内外采用手法治疗神经根型颈椎病的研究进展[J]. 湖南中医杂志, 2023, 39(8): 207-211.
- [25] 葛淑惠. 神经松动术结合 Maitland 手法治疗神经根型颈椎病的疗效观察[D]: [硕士学位论文]. 泰安: 泰山医学院, 2017.
- [26] 徐超, 卢洁, 姬晶晶, 等. DMS 配合 Maitland 关节松动术治疗神经根型颈椎病疗效观察[J]. 按摩与康复医学, 2019, 10(1): 6-8.
- [27] 杨康帅, 张冬阳, 刘恩坤, 等. Mulligan 技术治疗神经根型颈椎病的研究进展[J]. 中外医学研究, 2025, 23(9): 167-170.
- [28] 王忠. 手法治疗联合电动牵引治疗神经根型颈椎病的疗效观察[J]. 特别健康, 2022(9): 84-85.
- [29] 吴福春, 陈捷, 徐维, 等. Mulligan 松动手法联合 Mckenzie 疗法治疗神经根型颈椎病 43 例疗效观察[J]. 康复学报, 2016, 26(4): 39-42, 58.
- [30] 李宏龙, 马培. 毫刃针配合美式整脊治疗神经根型颈椎病临床观察[J]. 临床研究, 2022, 30(8): 132-135.
- [31] 陈坤利, 刘元. 美式整脊联合传统推拿疗法治疗神经根型颈椎病的临床效果[J]. 中外医学研究, 2022, 20(24): 159-163.
- [32] 冯学烽, 陈棉智, 邹伟民, 等. 南少林手法配合简易牵引器治疗神经根型颈椎病的临床研究[J]. 广西中医药, 2018, 41(3): 33-35.
- [33] 陈堃, 陈福建, 何金勇. 温针配合南少林理筋整脊手法治疗神经根型颈椎病临床观察[J]. 实用中医药杂志, 2021, 37(10): 1754-1756.
- [34] 马富强, 白玉, 李沛, 等. 运用孙树椿教授经验治疗神经根型颈椎病 82 例[J]. 风湿病与关节炎, 2014, 3(1): 46-47, 58.
- [35] 黄金波. 孙氏手法治疗神经根型颈椎病 50 例[J]. 福建中医药, 2013, 44(2): 37-38.
- [36] 彭荣立. 和平里社区运用新医正骨疗法治疗神经根型颈椎病 134 例临床分析[J]. 实用心脑血管病杂志, 2010, 18(4): 506-507.
- [37] 杨金鹏, 吴福春, 朱晓娟. 激痛点针刺法配合龙氏正骨手法治疗神经根型颈椎病的临床疗效观察[J]. 按摩与康复医学, 2018, 9(19): 24-26.
- [38] 乐春云, 郭永红, 刘霄, 等. 龙氏正骨手法辅治神经根型颈椎病临床研究[J]. 实用中医药杂志, 2022, 38(9): 1557-1559.
- [39] 李新生, 刘佳, 廖继东, 等. 平乐治筋手法治疗神经根型颈椎病的临床疗效观察[J]. 中医药临床杂志, 2015, 27(6): 800-802.
- [40] 何江, 易璐, 李林, 等. 施氏整颈三步九法联合针刺颈夹脊穴治疗神经根型颈椎病患者的效果[J]. 中国民康医学, 2024, 36(2): 116-118.