

# 五行音乐联合推拿对交感型颈椎病 (气滞血瘀型)伴焦虑的临床研究

魏礼红<sup>1</sup>, 杨 希<sup>1</sup>, 魏启华<sup>1</sup>, 李 丽<sup>1</sup>, 毛雨婷<sup>2</sup>

<sup>1</sup>成都中医药大学附属医院, 四川 成都

<sup>2</sup>成都中医药大学, 四川 成都

收稿日期: 2026年8月3日; 录用日期: 2026年8月28日; 发布日期: 2026年9月10日

## 摘 要

目的: 探讨五行音乐联合推拿对交感型颈椎病(气滞血瘀型)伴焦虑状态的临床疗效; 方法: 选择2025年2月~7月于成都中医药大学附属医院就诊的80例交感型颈椎病(气滞血瘀型)伴焦虑状态病人作为研究对象, 采用随机数字表法将其分为试验组与对照组, 每组各40例。对照组采用推拿治疗联合常规心理护理, 试验组在对照组的基础上增加五行音乐疗法(选取角调、徵调、羽调式曲目), 两组均连续干预4周。观察两组患者汉密尔顿焦虑量表(HAMA)、焦虑自评量表(SAS)、简式McGill疼痛问卷(SF-MPQ)评分及临床疗效。结果: 两组患者基线资料比较无统计学差异( $P > 0.05$ ), 具有可比性; 治疗前, 两组HAMA、SAS及SF-MPQ中PRI、VAS、PPI评分比较均无统计学差异( $P > 0.05$ ); 治疗4周后, 两组HAMA、SAS评分均较治疗前降低, 且试验组低于对照组, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ); 两组PRI、VAS、PPI评分均较治疗前降低( $P < 0.05$ ), 且试验组低于对照组, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ); 临床疗效方面, 试验组有效率高于对照组, 两组疗效构成比比较差异具有统计学意义( $P < 0.01$ )。结论: 五行音乐联合推拿治疗可有效改善交感型颈椎病伴焦虑症状患者的焦虑状态及疼痛程度, 提升临床疗效, 值得临床推广应用。

## 关键词

五行音乐, 推拿, 交感型颈椎病, 焦虑

# Clinical Study on the Combined Effects of Five-Element Music and Tuina Therapy for Sympathetic-Type Cervical Spondylosis (Qi Stagnation and Blood Stasis Pattern) with Anxiety

Lihong Wei<sup>1</sup>, Xi Yang<sup>1</sup>, Qihua Wei<sup>1</sup>, Li Li<sup>1</sup>, Yuting Mao<sup>2</sup>

文章引用: 魏礼红, 杨希, 魏启华, 李丽, 毛雨婷. 五行音乐联合推拿对交感型颈椎病(气滞血瘀型)伴焦虑的临床研究[J]. 中医学, 2026, 15(9): 183-190. DOI: 10.12677/tcm.2026.159500

## Abstract

**Objective:** To explore the clinical efficacy of five-element music combined with tuina in the treatment of sympathetic cervical spondylosis (SCS) of qi stagnation and blood stasis type, accompanied by anxiety. **Methods:** A total of 80 patients with SCS (qi stagnation and blood stasis type), accompanied by anxiety, who were treated in the Hospital of Chengdu University of Traditional Chinese Medicine from February to July 2025, were selected as the research objects. They were divided into the experimental group and the control group, with 40 cases in each group, by the random number table method. The control group was treated with tuina combined with routine psychological care, while the experimental group was additionally given five-element music therapy (selecting jiao-tone, zhi-tone, and yu-tone tracks) on the basis of the control group. Both groups received continuous intervention for 4 weeks. The Hamilton Anxiety Scale (HAMA), Self-Rating Anxiety Scale (SAS), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ) scores, and clinical efficacy of the two groups were observed. **Results:** There was no statistically significant difference in baseline data between the two groups ( $P > 0.05$ ), indicating comparability; before treatment, there were no statistically significant differences in HAMA, SAS and PRI, VAS, PPI scores in SF-MPQ between the two groups ( $P > 0.05$ ); after 4 weeks of treatment, the HAMA and SAS scores of both groups were lower than those before treatment, and the experimental group was lower than the control group, with statistically significant differences ( $P < 0.05$ ); the PRI, VAS and PPI scores of both groups were lower than those before treatment ( $P < 0.05$ ), and the experimental group was lower than the control group, with statistically significant differences ( $P < 0.05$ ); in terms of clinical efficacy, the effective rate of the experimental group was higher than that of the control group, and there was a statistically significant difference in the composition ratio of efficacy between the two groups ( $P < 0.01$ ). **Conclusion:** Five-element music combined with tuina can effectively improve the anxiety state and pain degree of patients with SCS accompanied by anxiety, enhance the clinical efficacy, and is worthy of clinical promotion and application.

## Keywords

Five-Element Music, Tuina, Sympathetic Cervical Spondylosis, Anxiety

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

交感型颈椎病(Sympathetic Cervical Spondylosis, SCS)以颈部疼痛、头痛、眩晕、视物模糊、心动过速或过缓等为主要临床表现[1], 属中医学“项痹”、“眩晕”范畴, 气滞血瘀是其常见证型之一, 我国交感型颈椎病患病率约占颈椎病的 20% [2]。随着工作与生活压力增大, 人们常处于精神紧张、思虑过度的状态。中医学认为, 长期情志不遂易致肝气郁结、疏泄失常、气机阻滞; 思虑过度则直接伤脾, 致使脾失健运, 气血生化之源不足[3]。一方面, 气血亏虚不能濡养心神, 可引发心悸、焦虑不安等症; 另一方面, 气虚则推动无力, 郁滞之气与运行不畅之血相互搏结, 渐而形成血瘀。瘀血痹阻颈部脉络, 气血不能畅达, 因而出现颈部疼痛、肢体麻木等一系列临床表现[4] [5]。

焦虑症是以持续的紧张不安,伴有自主神经功能紊乱和过分警觉为特征的一种慢性心理疾病,常反复出现心悸、出汗、震颤等自主神经症状,属于中医学情志病范畴[6]。Chu等[7]发现,颈椎病患者比健康人群更易出现焦虑症状;Woodworth等[8]亦指出,长期受病痛困扰易诱发焦虑,且颈椎病患者往往伴有较严重的焦虑状态,严重影响其身心健康。目前,针对交感型颈椎病治疗方案的临床研究较多,但针对该病患者焦虑症状的干预方法仍相对匮乏。因此,本研究选取五音疗法中的“角音、徵音、羽音”对交感型颈椎病伴焦虑症状患者进行干预,并观察其临床疗效。

## 2. 资料与方法

### 2.1. 一般资料

采用简单随机分组方法,在确定样本量的基础上,由专人通过查阅《临床流行病学》(第三版)中的随机数字表进行分组。选取2025年2月至2025年7月本院推拿科门诊收治的80例交感型颈椎病患者,按就诊顺序分为治疗组和对照组。纳入标准:①符合交感型颈椎病诊断标准[9];②年龄 $\geq 18$ 岁;③焦虑自评量表 $\geq 50$ 分。④签署知情同意书。排除标准:①合并有椎体骨折、畸形的患者;②合并心、脑肾、血液系统严重疾病及精神病、肿瘤、结核或合并风湿、强直性脊柱炎等其他骨病的患者;③妊娠、哺乳期妇女;④排除存在脊髓型颈椎病;⑤近2周内使用过单胺氧化酶抑制剂(MAOI)的患者;⑥未能按照治疗方案要求完成治疗者。

### 2.2. 样本量的计算

按照统计学两样本率所需样本含量计算公式: $n1 = [(u\alpha + u\beta)^2 \times P_0(1 - p_0)/(p - p_0)^2] \times (1 + 20\%)$ 进行样本估算,式中 $n_1$ 和 $n_2$ 分别代表二样本所需含量; $p$ 为目标治愈率; $P_0$ 为治疗获得治愈率。 $\alpha$ 和 $\beta$ 分别为检验水准和第二类错误的概率,公式计算估计样本量为38.94,按照试验设计试验组与对照组设计为1:1,对照组各40例,试验样本总量为80例。

### 2.3. 分组方法

本研究遵循随机、对照的原则,首先按照1:1的比例,将纳入的交感型颈椎病患者随机分为试验组和对照组。使用SAS 9.3软件生成随机序列,根据随机序列结果制成卡片,放入不透光信封按随机分组顺序号进行秩序编号,当有患者符合入组标准同意入组时,研究人员通过短信向信封保管者申请打开信封,按照卡片编号对受试者进行分组干预。本研究最终纳入80例患者,试验组40例,对照组40例。

### 2.4. 干预方法

#### 2.4.1. 对照组

采用推拿治疗加常规心理护理。

推拿治疗:推拿手法以“松”、“分”、“温”、“顺”为主[10],具体操作如下:“松”:患者取俯卧位或坐位,医者在患者颈、肩、背部,先以滚法、揉法、一指禅法、拿法放松颈肩部肌肉,操作时间3~5分钟;“分”:患者取俯卧位或坐位,医者用双手拇指交替分、理、点、拨病变组织并分离粘连组织;另以镇定点穴法,点揉风池穴1分钟,以酸胀感向头顶放散为佳,再点揉太阳、百会、风府、天宗、曲池、合谷等穴,约3分钟,以局部酸胀为度,弹拨缺盆、极泉、小海等穴,以手指有触电样感为宜,揉三点一,每穴三遍,“温”:患者取俯卧位或坐位,医者掌擦病变部位1~2分钟,以局部微热为度,提高病变部位温度,加速血液循环;“顺”:用拇指从肌肉起点向止点进行推、捋,以左侧胸锁乳突肌、三角肌、肩袖肌肉为主,共2~3分钟,其顺序由浅至深逐层进行,力量由轻渐重,理顺皮下各层肌肉,筋

腱,缓慢活动颈部。频率:每周5次,每次30 min,连续治疗4周。

常规心理护理:由接受统一情志沟通培训的主管护师进行,向患者讲解疾病发生的诱因、气滞血瘀证病机、疾病-焦虑互为影响的关系、日常颈部防护、低头姿势管理;采用共情式沟通,倾听患者躯体不适与情绪困扰,不做主观评判,不使用暗示性心理引导语言;给予注意力转移指导:统一宣教选择看电视、家庭交流、阅读,仅做知识告知,不做音乐干预。

#### 2.4.2. 试验组

在对照组基础上,应用五行音乐疗法。

选乐依据:依据《黄帝内经》五音-五脏-五志对应理论:角调入肝、徵调入心、羽调入肾;肝主疏泄调畅气机,心主神明安情志,肾主志、滋水涵木以制肝旺[11]。本研究对象为交感型颈椎病(气滞血瘀型)伴焦虑,核心病机:长期情志不遂-肝气郁结,气机阻滞,气滞进而血瘀痹阻颈部经络;肝郁日久化扰心神,则焦虑、紧张不安;肝肾同源,肾水不足不能涵养肝木,进一步加重肝气郁滞,形成“郁-瘀-焦虑”恶性循环。根据中医五行理论原则[12]:选取角调式《江南丝竹乐》《春风得意》《蓝色多瑙河》;徵调式《喜相逢》《百鸟朝凤》《紫竹调》;羽调式《昭君怨》《梅花三弄》《塞上曲》;每日在三类调式中随机轮换曲目播放。

材料:① 音乐设备:选取中华医学电子音像出版社发行的中医五行音乐 CD 光盘、MP3、耳机等辅助设备;② 环境:病室环境安静,戴耳机,免受外界干扰,患者采取坐位或卧位,音量调至约 40~60 dB,具体音量以患者舒适为度;③ 干预时间和频次:音乐 1 次/天,30 min/次,5 天为一个疗程,疗程之间休息 2 天;④ 方法:由推拿科两名工作 5 年以上的主管护师通过中医基础知识的培训,经两名专家考核通过后,建立五行音乐联合推拿治疗小组,治疗之前接受专业情志干预培训;⑤ 干预前让患者放松,取得患者信任。

#### 2.5. 观察指标

汉密尔顿焦虑量表评分(HAMA-14):HAMA 所有项目采用 0~4 分的 5 级评分法,总分超过 29 分为严重焦虑,21~29 分为明显焦虑,14~20 分为轻度焦虑,小于 14 分无焦虑。

焦虑自评量表(SAS):SAS 采用 4 级评分,SAS 标准分的分界值为 50 分,其中 50~59 分为轻度焦虑,60~69 分为中度焦虑,70 分以上为重度焦虑。

McGill 疼痛问卷表(SF-MPQ):对患者治疗前后疼痛状况进行评价,量表包含疼痛分级指数(PRI)、视觉模拟评分(VAS)及现时疼痛强度(PPI)三项指标,评分高低与疼痛严重程度呈正相关。

疗效标准拟定:治愈:焦虑症状消失,生活正常,HAMA 或 SAS 评分减分率 >75%;显效:症状明显减轻,生活基本自理,减分率 50%~75%;有效:症状有所减轻,生活部分自理,减分率 25%~49%;无效:症状无减轻,生活难以自理,减分率 <25%,减分率(%)=[(治疗前评分-治疗后评分)/治疗前评分]×100% [13]。

#### 2.6. 观察时间节点

分别于治疗前及治疗后第 1、2、4 周,采用汉密尔顿焦虑量表和焦虑自评量表对受试者进行评估;并于治疗前及治疗 4 周后,评定其临床疗效及 SF-MPQ 问卷评分。

#### 2.7. 统计学方法

本研究使用 SPSS 25.0 进行统计分析,计量数据以均数 ± 标准差( $\bar{x} \pm s$ )呈现,计数数据以例数(%)表示。计数资料的组间比较采用卡方检验,计量资料的组间比较若满足正态分布及方差齐性,则选用独

立样本  $t$  检验；否则采用 Mann-Whitney U 检验。对于配对计量数据，符合正态分布和方差齐性时进行配对样本  $t$  检验；不满足条件时则采用配对 Wilcoxon 符号秩和检验。对于亚组分析，如果数据满足正态分布和方差齐性假设，可使用单因素方差分析(ANOVA)或独立样本  $t$  检验来比较不同人群之间的差异，反之则使用 Kruskal-Wallis 检验。

3. 结果

3.1. 一般资料比较

两组患者在性别、年龄、职业、每日低头时长方面均无统计学差异( $P < 0.05$ )，具备可比性，见表 1。

Table 1. Baseline data of patients in two groups  
表 1. 两组患者基线资料情况

| 项目                   | 对照组(40 例)         | 试验组(40 例)         | $\chi^2/t$ 值 | P 值  |
|----------------------|-------------------|-------------------|--------------|------|
| 性别[例/(%)]            |                   |                   | 0            | 1.00 |
| 男                    | 20 (50%)          | 22 (55%)          |              |      |
| 女                    | 20 (50%)          | 18 (45%)          |              |      |
| 年龄(均值 $\pm$ 标准差, 岁)  | 35.56 $\pm$ 12.61 | 35.00 $\pm$ 15.56 | 0.23         | 0.82 |
| 职业[例/(%)]            |                   |                   |              |      |
| 办公室/久坐职业(学生、文员、程序员等) | 28 (70%)          | 24 (60%)          | 1.64         | 0.80 |
| 教育/医疗职业(教师、医生、护士等)   | 2 (5%)            | 2 (5%)            |              |      |
| 体力劳动(建筑工人、生产线员工、农民)  | 4 (10%)           | 8 (10%)           |              |      |
| 自由职业                 | 4 (10%)           | 4 (10%)           |              |      |
| 待业                   | 2 (5%)            | 2 (5%)            |              |      |
| 低头时长[例/(%)]          |                   |                   | 2.49         | 0.48 |
| <3 h                 | 3 (7.5%)          | 4 (10%)           |              |      |
| 3~6 h                | 12 (30%)          | 18 (45%)          |              |      |
| 6~9 h                | 17 (42.5%)        | 12 (30%)          |              |      |
| $\geq 9$ h           | 8 (20%)           | 6 (15%)           |              |      |

3.2. 汉密尔顿焦虑量表

治疗前(0 周时)，两组患者 HAMA 评分比较，差异无统计学意义( $P > 0.05$ )，具有可比性。治疗后两组患者在 1 周、2 周时组间比较无统计学差异( $P > 0.05$ )，在 4 周时具有统计学意义( $P < 0.05$ )，试验组低于对照组。两组与治疗前比较，评分均下降( $P < 0.05$ )，见表 2。

Table 2. Comparison of HAMA scores ( $\bar{x} \pm s$ , score)  
表 2. HAMA 评分比较( $\bar{x} \pm s$ , 分)

| 组别        | 0 周              | 1 周              | 2 周              | 4 周                           |
|-----------|------------------|------------------|------------------|-------------------------------|
| 对照组(40 例) | 20.45 $\pm$ 2.58 | 18.60 $\pm$ 2.80 | 17.85 $\pm$ 2.70 | 17.25 $\pm$ 2.75 <sup>#</sup> |
| 试验组(40 例) | 20.65 $\pm$ 2.56 | 19.05 $\pm$ 2.76 | 17.50 $\pm$ 2.98 | 14.45 $\pm$ 4.03 <sup>#</sup> |
| P 值       | 0.807            | 0.612            | 0.699            | 0.015                         |

注：<sup>#</sup>与治疗前比较， $P < 0.05$ 。

### 3.3. 焦虑自评量表评分比较

治疗前(0周时), 两组患者 SAS 评分比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。治疗后两组患者在 1 周、2 周时组间比较无统计学差异( $P > 0.05$ ), 在 4 周时具有统计学意义( $P < 0.05$ ), 试验组低于对照组。两组与治疗前比较, 评分均下降( $P < 0.05$ ), 见表 3。

**Table 3.** Comparison of SAS scores ( $\bar{x} \pm s$ , score)

**表 3.** SAS 评分比较( $\bar{x} \pm s$ , 分)

| 组别        | 0 周              | 1 周              | 2 周              | 4 周                           |
|-----------|------------------|------------------|------------------|-------------------------------|
| 对照组(40 例) | 54.60 $\pm$ 9.31 | 50.95 $\pm$ 7.25 | 49.25 $\pm$ 7.09 | 47.55 $\pm$ 7.32 <sup>#</sup> |
| 试验组(40 例) | 54.95 $\pm$ 5.93 | 51.75 $\pm$ 5.64 | 47.00 $\pm$ 5.50 | 42.95 $\pm$ 5.30 <sup>#</sup> |
| P 值       | 0.888            | 0.699            | 0.268            | 0.028                         |

注: <sup>#</sup>与治疗前比较,  $P < 0.05$ 。

### 3.4. McGill 疼痛问卷表

在治疗前, 两组患者 PRI、VAS 和 PPI 评分比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。治疗 4 周后两组患者 PRI、VAS 和 PPI 评分均较前降低( $P < 0.05$ ), 且试验组低于对照组, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 4。

**Table 4.** Comparison of PRI, VAS, and PPI scores ( $\bar{x} \pm s$ , score)

**表 4.** PRI、VAS、PPI 评分比较( $\bar{x} \pm s$ , 分)

| 组别        | PRI              |                              | VAS              |                              | PPI             |                              |
|-----------|------------------|------------------------------|------------------|------------------------------|-----------------|------------------------------|
|           | 0 周              | 4 周                          | 0 周              | 4 周                          | 0 周             | 4 周                          |
| 对照组(40 例) | 6.25 $\pm$ 1.41  | 4.40 $\pm$ 0.99 <sup>#</sup> | 5.725 $\pm$ 1.18 | 4.78 $\pm$ 1.26 <sup>#</sup> | 4.77 $\pm$ 1.46 | 3.58 $\pm$ 1.01 <sup>#</sup> |
| 试验组(40 例) | 5.925 $\pm$ 1.01 | 3.35 $\pm$ 0.88 <sup>#</sup> | 5.625 $\pm$ 1.48 | 3.35 $\pm$ 1.10 <sup>#</sup> | 5.28 $\pm$ 1.45 | 2.93 $\pm$ 1.21 <sup>#</sup> |
| P 值       | 0.24             | 0.03                         | 0.73             | <0.0001                      | 0.07            | 0.01                         |

注: <sup>#</sup>与治疗前比较,  $P < 0.05$ 。

### 3.5. 临床疗效比较

两组临床疗效比较具有统计学意义( $P < 0.01$ )。见表 5。

**Table 5.** Comparison of clinical efficacy (number of cases, %)

**表 5.** 临床疗效比较(例数, %)

| 组别        | 治愈      | 显效         | 有效         | 无效        | $\chi^2$ | P 值        |
|-----------|---------|------------|------------|-----------|----------|------------|
| 对照组(40 例) | 2 (5%)  | 8 (20%)    | 23 (57.5%) | 7 (17.5%) | 30.398   | $P < 0.01$ |
| 试验组(40 例) | 6 (15%) | 15 (37.5%) | 17 (42.5%) | 2 (5%)    |          |            |

## 4. 讨论

本研究结果表明, 五行音乐联合推拿治疗交感型颈椎病(气滞血瘀型)伴焦虑状态的疗效显著优于单纯推拿联合常规心理护理。该治疗方案具有对躯体与心理双重的改善作用, 还能减轻患者的疼痛症状, 为心身同治提供了临床依据。

本研究结果显示, 试验组(五行音乐联合推拿治疗)的总有效率显著高于对照组(单纯推拿联合常规心理护理), 且治疗后试验组汉密尔顿焦虑量表(HAMA)、焦虑自评量表(SAS)评分均显著低于对照组, 提示五行音乐联合推拿的治疗方案, 在改善患者焦虑状态方面效果更优。同时, 试验组患者疼痛相关评分(PRI、VAS、PPI)均低于对照组, 表明该联合方案不仅能缓解患者的焦虑情绪, 还能有效减轻颈部疼痛, 改善颈椎功能, 这与既往中医综合疗法治疗颈椎病伴情绪障碍的相关研究结果一致。推拿以“松、分、温、顺”为核心, 可松解颈肩部肌筋膜痉挛、分离组织粘连, 点穴能疏通经络、行气活血, 改善气滞血瘀引发的颈部症状。同时, 推拿对交感神经节的刺激可调节植物神经功能, 降低皮质醇等应激激素水平, 从神经-内分泌层面缓解焦虑躯体化反应[14][15]。这也是推拿疗法兼具躯体治疗与情绪调节的重要病理生理机制, 且其无创、安全的特点符合临床绿色治疗的发展需求, 从而缓解颈椎病焦虑状态[16][17]。

五行音乐特定的声波频率可作用于大脑边缘系统, 抑制应激反应, 还能通过神经内分泌调节降低应激激素、增强副交感神经张力, 稳定机体内环境, 巩固推拿疗效, 形成“调神以固形”的良性循环, 与推拿实现“形神互调”的协同效应。本研究针对患者“思虑过度、肝气郁结”的情志特点, 选取角调式、徵调式、羽调式曲目, 角音通肝, 可疏解肝郁、畅达气机, 从病机根源改善气滞血瘀; 徵音通心, 可养心安神、缓解焦虑; 羽音通肾, 可滋水涵木、平复情志[18][19]。

交感型颈椎病伴焦虑状态其发病与转归均体现了“形”与“神”的相互影响: 长期久坐劳损、气血瘀滞形成的躯体病变, 会因疼痛不适引发情志失调[20]; 而情志失调导致的肝气郁结、脾失健运, 又会进一步加重气滞血瘀, 使躯体病变迁延不愈。常规治疗多单一关注躯体症状的改善或单纯的心理疏导, 难以打破二者的恶性循环。本研究的联合方案实现了“治形”与“调神”的结合——推拿外治疏通瘀滞、调节神经; 五行音乐内调脏腑气机、疏解情志——二者相辅相成, 形成整合效应, 实现心身同治。

五行音乐与推拿治疗均为非药物治疗方法, 具有安全、无副作用、易于接受等优点, 适合在临床中推广应用。但本研究样本量相对较少, 这可能在一定程度上影响了研究结果的普适性和稳定性, 且研究观察时间较短, 该方案远期影响尚不明确。未来研究可进一步扩大样本量、延长观察时间, 为临床广泛应用提供更充分的依据。

## 声 明

本研究经医院伦理委员会批准(SCREC03479), 患者自愿参与并签署知情同意书。

## 基金项目

成都中医药大学附属基金(2023HL21)。

## 参考文献

- [1] 刘艳伟, 孟爱霞, 于瑞杰, 等. 星状神经节阻滞联合度洛西汀治疗交感神经型颈椎病的临床观察[J]. 中国疼痛医学杂志, 2022, 28(11): 834-838.
- [2] Lv, Y., Tian, W., Chen, D., Liu, Y., Wang, L. and Duan, F. (2018) The Prevalence and Associated Factors of Symptomatic Cervical Spondylosis in Chinese Adults: A Community-Based Cross-Sectional Study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 19, Article No. 325. <https://doi.org/10.1186/s12891-018-2234-0>
- [3] 袁培, 周昌乐, 许家伦. 中医情志疗法在抑郁症诊疗中的应用[J]. 中华中医药杂志, 2021, 36(8): 4853-4856.
- [4] 黄秀颖, 杜良杰, 李建军, 等. 交感神经型颈椎病患者的临床症状表现规律[J]. 中国康复理论与实践, 2019, 25(12): 1474-1479.
- [5] 张富城, 马勇, 黄桂成. 交感神经型颈椎病的中医认识及治疗研究概况[J]. 中医药临床杂志, 2020, 32(2): 394-397.
- [6] 刘叶飞. 振腹推拿辅助治疗颈椎病并焦虑症 98 例临床疗效观察[J]. 四川中医, 2020, 38(1): 194-196.

- 
- [7] Chu, Y., Zhang, Y., Wang, S. and Dai, H. (2022) Resilience Mediates the Influence of Hope, Optimism, Social Support, and Stress on Anxiety Severity among Chinese Patients with Cervical Spondylosis. *Frontiers in Psychiatry*, **13**, Article 997541. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.997541>
- [8] Woodworth, D.C., Holly, L.T., Mayer, E.A., *et al.* (2019) Alterations in Cortical Thickness and Subcortical Volume are Associated with Neurological Symptoms and Neck Pain in Patients with Cervical Spondylosis. *Neurosurgery*, **84**, 588-598.
- [9] 张富城. 交感神经颈椎病的流行病学特征及影像学相关危险因素分析[D]: [硕士学位论文]. 南京: 南京中医药大学, 2020.
- [10] 李庆兵, 卢景康, 汪学玲, 等. 峨眉伤科理筋复位推拿治疗颈型颈椎病临床观察[J]. 河北中医, 2021, 43(4): 658-661.
- [11] 林法财, 吴云川. 基于“以情胜情”理论探讨五行音乐疗法[J]. 中华中医药杂志, 2018, 33(7): 2733-2755.
- [12] 邵彦鑫, 王帅, 王秋月. 《黄帝内经》中五行音乐疗法治疗抑郁症的研究进展[J]. 山东化工, 2019, 48(5): 69-70.
- [13] 黄美婷. 柴胡加龙牡汤治疗 2 型糖尿病合并焦虑抑郁状态临床研究[D]: [硕士学位论文]. 广州: 广州中医药大学, 2023.
- [14] 陈欣怡. 振腹推拿治疗颈椎病伴焦虑状态患者 30 例的疗效观察[D]: [硕士学位论文]. 北京: 北京中医药大学, 2017.
- [15] 刘金勇. 推拿干预枕下三角肌群治疗交感神经型颈椎病的临床研究[D]: [硕士学位论文]. 济南: 山东中医药大学, 2022.
- [16] 王洋, 罗益滨, 赵文龙, 等. 交感型颈椎病后纵韧带神经信号采集器的应用[J]. 中国矫形外科杂志, 2021, 29(21): 1982-1984.
- [17] Wang, Y., Tao, X., Gao, Y., Jin, Z., Guo, S., Li, Z., *et al.* (2023) Study on the Mechanism of Shujin Tongluo Granules in Treating Cervical Spondylosis Based on Network Pharmacology and Molecular Docking. *Medicine*, **102**, e34030. <https://doi.org/10.1097/md.00000000000034030>
- [18] 傅燕燕, 杨茜, 谢奇, 等. “喜胜忧”干预轻中度抑郁障碍的近红外脑成像机制研究[J]. 中国中医基础医学杂志, 2025, 31(11): 2043-2047.
- [19] 李孟好, 湛永毅, 许湘华, 李伟玲, 向亚华. 五行音乐中医辨证施乐在肿瘤患者中的应用进展[J]. 当代护士: 下旬刊, 2020, 27(6): 9-11.
- [20] 申薇, 杨莹娟, 李瑞娟. 中医情志护理对颈椎病心理情绪及护理质量的影响[J]. 实用中医内科杂志, 2023, 37(3): 116-118.