

基于经筋理论的肩周炎中西医结合诊疗研究进展

伏荣基^{1*}, 高 曦^{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骨伤四科, 黑龙江 哈尔滨

收稿日期: 2026年9月11日; 录用日期: 2026年10月14日; 发布日期: 2026年10月26日

摘 要

肩关节周围炎是临床常见的慢性筋骨疾病, 以肩部疼痛和进行性活动受限为主要特征。经筋理论作为中医经络学说的重要组成部分, 为肩周炎的诊疗提供了独特的理论视角。近年来, 随着肌骨超声等现代影像技术的引入以及肌筋膜链、生物力学等现代医学理论的交叉融合, 基于经筋理论的肩周炎中西医结合诊疗取得了显著进展。本文以经筋理论为理论基石, 以中西医结合诊疗为组织主线, 从病机认识的中西医融合、诊断方法的结合、治疗策略的结合模式以及疗效评价的客观化四个维度, 系统梳理该领域的研究进展。研究发现, 经筋理论与肌筋膜链理论存在高度对应关系, 肌骨超声使“筋结”定位从触诊经验走向影像客观化; 治疗上形成了经筋手法联合关节松动手术、经筋针法联合西药、针刀联合现代微创技术、经筋功法联合康复训练等多种结合模式; “可视化经筋解结”假说为疗效机制阐释提供了新框架。然而, 当前仍存在经筋结点定位标准不统一、高质量随机对照试验匮乏、疗效评价体系不完善等问题。未来应深化多学科交叉研究, 推进多中心大样本临床试验, 加强超声多模态成像与人工智能辅助评估等新技术的应用, 建立统一的经筋结点定位标准和疗效评价体系, 促进中西医结合诊疗方案的规范化推广。

关键词

经筋理论, 肩周炎, 中西医结合, 诊疗进展, 可视化针刀

Research Progress on Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Diagnosis and Treatment of Shoulder Periarthritis Based on the Meridian Sinew Theory

Rongji Fu^{1*}, Xi Gao^{2#}

*第一作者。

#通讯作者。

文章引用: 伏荣基, 高曦. 基于经筋理论的肩周炎中西医结合诊疗研究进展[J]. 中医学, 2026, 15(10): 653-659.
DOI: 10.12677/tcm.2026.1510601

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

²Department of Orthopedics and Traumatology IV, First Affiliated Hospital, Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

Received: September 11, 2026; accepted: October 14, 2026; published: October 26, 2026

Abstract

Shoulder periarthrititis is a common chronic musculoskeletal disease characterized by shoulder pain and progressive limitation of motion. As an important component of the meridian theory in traditional Chinese medicine, the meridian sinew theory provides a unique theoretical perspective for the diagnosis and treatment of shoulder periarthrititis. In recent years, with the introduction of modern imaging techniques such as musculoskeletal ultrasound and the cross-integration of modern medical theories including myofascial chains and biomechanics, significant progress has been made in the integrated traditional Chinese and Western medicine diagnosis and treatment of shoulder periarthrititis based on the meridian sinew theory. Taking the meridian sinew theory as the theoretical foundation and the integrated traditional Chinese and Western medicine diagnosis and treatment as the organizing thread, this paper systematically reviews the research progress in this field from four dimensions: the integration of pathogenesis understanding, the combination of diagnostic methods, the integrated treatment strategies, and the objectification of efficacy evaluation. The study finds that the meridian sinew theory is highly correlated with the myofascial chain theory, and musculoskeletal ultrasound has enabled the localization of “sinew knots” to shift from palpation experience to imaging objectification. In terms of treatment, various integrated modes have been formed, including meridian sinew manipulation combined with joint mobilization, meridian sinew acupuncture combined with Western medicine, acupotomy combined with modern minimally invasive techniques, and meridian sinew exercises combined with rehabilitation training. The hypothesis of “visualized sinew knot release” provides a new framework for explaining the therapeutic mechanism. However, problems remain, such as inconsistent localization standards for meridian sinew knots, lack of high-quality randomized controlled trials, and an imperfect efficacy evaluation system. Future efforts should deepen multidisciplinary cross-research, promote multi-center large-sample clinical trials, strengthen the application of new technologies such as multimodal musculoskeletal ultrasound and artificial intelligence-assisted assessment, establish unified localization standards and efficacy evaluation systems for meridian sinew knots, and promote the standardized application of integrated traditional Chinese and Western medicine diagnosis and treatment protocols.

Keywords

Meridian Sinew Theory, Shoulder Periarthritis, Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Diagnosis and Treatment Progress, Visualized Acupotomy

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

肩关节周围炎(periarthrititis of the shoulder, PAS), 简称肩周炎, 是以肩关节疼痛和进行性活动受限为主要临床表现的慢性软组织疾病, 好发于 40~60 岁人群, 女性发病率略高于男性。现代医学认为其病理

基础主要涉及关节囊挛缩、韧带增厚及周围软组织粘连, 病程可分为疼痛期、冻结期和解冻期三个阶段[1]。中医学将本病归属于“肩痹”“漏肩风”范畴, 认为其发病与风寒湿邪侵袭、气血瘀滞、经筋失养密切相关。

经筋理论源于《灵枢·经筋》, 是中医经络学说的重要组成部分, 认为经筋具有“束骨而利机关”的生理功能, 经筋损伤是肩周炎的发病基础[2], 其可导致局部气血瘀滞、阴阳失衡, 进而引发疼痛与活动受限[3]。近年来, 随着肌骨超声等可视化技术的引入以及肌筋膜链、生物力学等现代医学理论的交叉融合, 经筋理论在肩周炎诊疗中的应用不断深化, 中西医结合诊疗模式逐渐成为研究热点[4]。本文以经筋理论为理论基石, 以中西医结合诊疗为组织主线, 从病机认识、诊断方法、治疗策略及疗效评价四个维度, 系统梳理该领域的研究进展。

需要特别指出的是, 当前中西医结合研究在核心概念的使用上仍存在一定程度的模糊性, 这直接影响研究结论的精确性与可重复性。就“肩周炎”这一诊断而言, 现代医学对其认识经历了从笼统的“肩关节周围炎”到更为精确的“粘连性肩关节囊炎”“肩袖损伤”“肩峰下撞击综合征”等特定疾病实体的演变[5]。不同研究纳入的“肩周炎”患者可能实际上属于不同的病理类型, 这导致中西医结合治疗方案的疗效评价难以横向比较。因此, 在开展中西医结合研究时, 应尽可能明确所研究疾病的现代医学诊断标准, 避免将不同疾病混为一谈。

此外, 经筋理论与肌筋膜链理论、筋结与触发点(trigger point)之间虽有诸多相似之处, 但绝不能简单画等号。从理论内涵看, “经筋”是中医经络系统的组成部分, 具有运行气血、联缀百骸、维络周身的功能, 其病变与脏腑气血盛衰密切相关; 而“肌筋膜链”是现代解剖学与生物力学概念, 强调肌肉筋膜经线的力学传递与姿势稳定。从解剖基础看, 经筋的循行路线虽与肌筋膜链有高度重叠, 但经筋还包含经脉气血的濡养功能, 而肌筋膜链更侧重于结缔组织的力学连续性[6]。从临床指征看, “筋结”是经筋病的关键病理产物, 触诊表现为条索、结节、压痛, 常与穴位、阿是穴相关; 而“触发点”是肌筋膜疼痛综合征的核心, 表现为紧张带内的高度敏感点, 可引发牵涉痛。二者在定位上有交叉, 但理论基础和诊疗逻辑不同。因此, 在中西医结合研究中, 应注重辨析这些概念的异同, 既看到它们之间的联系, 也避免概念混用, 从而提升研究的理论严谨性。

2. 病机认识的中西医融合

2.1. 经筋理论对肩周炎病机的阐释

《灵枢·经筋》详细论述了十二经筋的循行路线、起止部位及生理特性, 指出经筋可以沟通机体内外, 束骨而利机关[6]。肩关节周围分布有手三阳经筋(手阳明、手太阳、手少阳)、手太阴经筋及足太阳经筋, 这些经筋共同构成维持肩关节稳定的“膜筋系统”[7]。经筋损伤是肩周炎的发病基础, 其病理产物为“筋结”[8], 表现为局部气血瘀滞、经筋拘急挛缩, 进而引发疼痛与活动受限。临证治疗时可通过触诊阳性反应点、阿是穴及病变经筋, 依据经筋循行路线确定筋结点, 施以针刺、针刀、推拿等手法进行松解[9]。

2.2. 经筋理论与肌筋膜链理论的交叉阐释

近年来, 经筋理论与现代肌筋膜链理论的交叉研究为肩周炎病机认识提供了新的视角。张成宇等以肩周炎为切入点, 系统探讨了上肢经筋与肌筋膜链的相关性, 通过对比二者在肩关节的循行路线、解剖功能, 探究了二者在肩周炎发病特点与诊疗思路等方面的相关性。研究发现, 上肢经筋的循行路线与肌筋膜链的解剖走向存在高度对应关系, 阿是穴与激痛点在分布特征与致病特点上也具有显著的相似性。这一交叉阐释从筋膜力学角度丰富和发展了传统经筋理论, 为经筋理论指导下的中西医结合诊疗提供了

现代解剖学依据[10]。

2.3. 三态动态病机模型与态靶干预策略

叶依瑶等基于全小林院士“态靶辨治”理论,提出了肩周炎“寒-瘀-虚”三态动态病机模型,阐释了“寒致经筋挛急-瘀致肌肉痹阻-虚致络脉失养”的恶性循环规律。该模型将经筋理论与现代分子病理学成果有机整合,构建了“宏观调态-中观疏络-微观靶控”三维干预路径,探讨了经典方剂及相关治疗方法的“态-症-靶”对应关系[10]。这一理论框架的提出,标志着肩周炎中西医结合诊疗从“整体状态调控”向“微观靶点干预”的整合研究迈出了重要一步。

3. 诊断方法的结合

3.1. 经筋触诊与筋结点定位的规范化

基于经筋理论的肩周炎诊断以筋结点的触诊定位为核心。郑晓琳等系统分析了肩周炎筋结点的确定方法及分布规律[11],提出临证时应结合经筋病变特点与现代解剖学局部肌肉、肌腱走行分布,通过触诊阳性反应点、阿是穴及病变经筋,并依据现代解剖学定位及经筋循行路线综合确定筋结点。肩周炎常见筋结点分布于手阳明经筋的肩髃、臂臑区域,手太阳经筋的肩贞、臑俞区域,以及手少阳经筋的肩髃区域,这些筋结点的精准定位是提高针刺、针刀等治疗疗效的关键前提[12]。

3.2. 肌骨超声在经筋定位中的客观化应用

肌骨超声的引入使经筋结点的定位从触诊经验走向了影像客观化。最新临床研究显示,在肌骨超声引导下定位手阳明经筋结点(肩髃、臂臑)及筋膜激痛点(喙肱韧带增厚区、三角肌筋膜粘连区),采用分层针刺法治疗冻结期肩周炎[13],观察组疗效显著优于常规超声引导针刺组。肌骨超声能够清晰显示肩关节周围肌腱、韧带及滑囊的形态学改变,使经筋理论中的“筋结”概念获得了可量化的影像学对应物[10][14]。肌骨超声对双侧肌腱同时损伤、单一肌腱损伤及滑囊积液的诊断价值已得到临床验证。

3.3. 诊断标准的整合与优化

当前,肩周炎的诊断仍以临床症状和体格检查为主,影像学检查作为辅助手段。经筋理论指导下的诊断方法在传统触诊基础上,引入了肌骨超声等可视化技术,使诊断从单一的症状评估向“症状-体征-影像”多层次评估转变。张成宇等提出的综合视诊、触诊和功能评估的诊疗维度,为经筋理论在肩周炎诊断中的现代化应用提供了方法学参考[13]。

4. 治疗策略的结合模式

4.1. 经筋手法联合关节松动术

经筋手法与西医关节松动术的结合是肩周炎早期干预的常用模式。临床研究表明,中医传统按摩手法联合关节松动术治疗肩关节周围炎,可显著改善患者的肩关节功能评分。推拿结合关节松动术治疗肩周炎的观察组总有效率达95.45%[15],显著优于对照组的81.82%,且具有治疗痛苦少、疗程短、复发率低的优势。经筋轨迹松解法通过“痛点锁压-循迹松解”动静结合模式,同步调节局部“结筋”与全身筋膜链张力失衡[15],实现“筋柔骨正”的动态平衡,兼具中医学“整体调节”与西医学“力学重塑”的双重优势。

4.2. 经筋针法联合常规西药治疗

经筋针刺法作为辅助治疗手段,在改善肩周炎症状和调节炎症反应方面显示出明确疗效。一项纳入

106 例瘀滞型肩周炎患者的随机对照研究显示, 在常规西药治疗基础上加用经筋针刺法, 研究组治疗后 VAS 评分为 (1.42 ± 0.45) 分, 肿瘤坏死因子- α (TNF- α)和前列腺素 E2 (PGE2)水平分别降至 (14.75 ± 3.07) pg/mL 和 (86.41 ± 9.63) pg/mL, 均显著低于对照组。经筋针刺法可明显缓解肩周炎患者疼痛程度, 改善肩关节活动度[15], 其机制可能与下调 TNF- α 、白细胞介素-6 等炎性因子有关[16]。经筋刺法加关节松动术治疗肩关节周围炎的 JOA 评分达 (92.21 ± 5.71) 分[16], 显著优于单纯关节松动术治疗的 (86.70 ± 9.62) 分。

4.3. 经筋理论指导的针刀联合现代微创技术

针刀疗法是经筋理论在肩周炎治疗中最具代表性的中西医结合技术。基于经筋理论的超声引导下针刀治疗冻结期肩周炎[14], 观察组采用超声引导下针刀治疗, 对照组采用注射治疗, 结果显示观察组在改善 VAS 评分和肩关节功能方面均优于对照组。超声引导技术实现了经筋结点的精准定位与动态可视化松解, 显著提高了治疗的安全性及有效性[14]。

超声引导下肩关节腔注射联合针刀松解术治疗肩周炎的临床观察显示[17], 治疗 1 个月后 A 组总有效率高于常规治疗组, Constant 评分和 VAS 评分改善均优于对照组, 表明经筋刀联合臭氧注射能够显著改善肩关节功能、减轻肩部疼痛。超声引导下小针刀联合关节腔注射玻璃酸钠治疗中老年肩周炎[18], 可提高临床疗效, 降低机体疼痛敏感性, 改善肩关节功能。超声引导下肩关节腔注射联合针刀松解术被评价为安全、可重复的微创整合干预手段, 适合作为当前肩周炎中晚期干预的优化方案[19]。

4.4. 经筋功法联合现代康复训练

经筋理论指导下的功能锻炼与西医康复训练的结合也是重要的治疗模式[20]。经筋理论下拔罐运动疗法结合推拿治疗粘连期肩周炎, 在改善肩关节外展活动度、减轻疼痛及改善肩关节功能方面均取得良好效果[21]。电针结合 Mulligan 动态关节松动手法治疗肩周炎的研究显示, 观察组在常规经筋针刺基础上联合深层肌肉刺激治疗, 效果优于单纯经筋针刺疗法[22]。这些研究为经筋理论指导下“主动运动 + 被动松解”相结合的综合康复方案提供了临床依据[23]。

5. 疗效评价的客观化

5.1. 肌骨超声量化技术在疗效评估中的应用

传统的肩周炎疗效评价主要依赖 VAS 评分、Constant-Murley 评分(CMS)等主观量表, 近年来肌骨超声量化技术逐渐应用于疗效评估。南少林理筋手法联合肩关节练功法治疗肩周炎的研究中, 采用肌骨超声量化技术检测相关肌腱及韧带厚度[24], 实现了疗效评价的客观化。超声多模态成像(高频、造影、弹性)可从肌肉形态、血流灌注、组织硬度等多维度评估病灶点的病变特征, 为经筋疗法疗效评价提供了更为客观的影像学依据[25]。

5.2. “可视化经筋解结”假说与疗效机制阐释

张娟等整合中医经筋理论与现代超声技术[25], 提出了“可视化经筋解结”假说, 探讨其在粘连性肩关节囊炎治疗中的机制与临床价值。该假说认为, 超声引导技术实现了经筋结点的精准定位与动态可视化松解, 其疗效机制可能与筋膜剪切模量降低、胶原纤维重塑及神经内分泌调控激活等多重途径有关[25]。这一假说的提出, 为经筋疗法的疗效评价从“症状改善”向“机制阐释”的深化提供了理论框架。

5.3. 多维评价指标体系的构建

当前肩周炎中西医结合诊疗的疗效评价正从单一疼痛评估向“疼痛 - 功能 - 影像 - 生物标志物”多维指标体系发展。炎症因子(TNF- α 、PGE2、白细胞介素-10 等)的动态监测为经筋疗法的抗炎机制提供了

分子层面的证据[24][25]。表面肌电信号分析也被应用于经筋疗法疗效评估, 超声引导针刀疗法联合黄芩桂枝五物汤加减治疗气血虚弱证肩周炎的临床观察为此提供了参考[25]。

6. 问题与展望

尽管基于经筋理论的肩周炎中西医结合诊疗已取得显著进展, 但仍面临若干亟待解决的问题。

第一, 经筋结点的定位标准尚不统一。虽然肌骨超声的应用使筋结点定位逐步客观化, 但不同研究采用的定位方法和命名体系存在差异, 缺乏统一的规范化标准。第二, 临床研究的方法学质量有待提高。多数临床研究样本量偏小, 随机化和盲法设计不够严谨, 多中心、大样本的高质量随机对照试验仍然匮乏。第三, 疗效评价体系尚不完善。“可视化经筋解结”等假说虽具有理论创新性, 但其生物物理学机制尚未得到充分验证, 电效应与气血循行的关联仍需深入探索。第四, 中西医结合诊疗方案的个体化与标准化之间存在张力, 如何在保持辨证论治个体化优势的同时实现诊疗方案的规范化推广, 是需要进一步研究的课题。

展望未来, 基于经筋理论的肩周炎中西医结合诊疗有望在以下具体方向取得突破: 一是深化经筋理论与筋膜链、生物力学、神经调控等现代医学理论的交叉研究。例如, 设计前瞻性实验, 验证“解结”操作(如针刀、推拿)对局部微循环(采用激光散斑成像监测)及本体感觉传入(采用肌电-超声联合分析)的即时影响, 从而为“解结”效应提供可量化的生物物理学证据。二是推进多中心、大样本的高质量临床研究。具体可针对某一明确亚型(如粘连性肩关节囊炎冻结期), 设计随机对照试验, 比较经筋手法联合关节松动术与单纯关节松动术的疗效差异, 并随访至少 6 个月, 观察复发率。三是加强超声多模态成像、人工智能辅助评估等新技术在经筋诊疗中的应用。例如, 是否可以基于多模态超声信息(形态、血流、弹性)结合临床触诊, 开发一个“筋结”的半定量评分系统? 该系统可用于治疗前后筋结变化的客观评价, 并为疗效判定提供影像学依据。四是建立统一的经筋结点定位标准和疗效评价体系。建议由学会牵头, 联合多学科专家, 基于解剖学、影像学和临床验证, 制定《经筋结点定位与操作指南》, 促进中西医结合诊疗方案的规范化推广。

参考文献

- [1] 陈滢如, 杨金生, 王亮, 等. 《肩周炎循证针灸临床实践指南》解读[J]. 中国针灸, 2017, 37(9): 991-994.
- [2] 张成宇, 沈永勤, 张函, 等. 从经筋与筋膜链相关性论治肩周炎[J]. 山东中医杂志, 2023, 42(9): 975-981.
- [3] 叶依瑶, 吕智桢. 肩周炎寒瘀虚三态病机及态靶三维干预策略[J]. 中国中医药信息杂志, 2026, 33(2): 21-25.
- [4] 郑晓琳, 吴艳辉, 张倩, 等. 基于经筋理论探讨肩周炎筋结点的分布规律及特点[J]. 甘肃中医药大学学报, 2025, 42(6): 1-5.
- [5] 杨颖, 宋玉磊, 柏亚妹. 经筋理论研究现状[J]. 中华中医药杂志, 2019, 34(3): 1111-1113.
- [6] 薛立功. 中国经筋学[M]. 北京: 中医古籍出版社, 2009: 1-58.
- [7] 刘斌, 苏晓川, 滕军燕, 等. 明确经筋实质[J]. 中华中医药杂志, 2022, 37(1): 49-52.
- [8] 罗文轩, 蔡秉洋, 李佳玥, 等. 经筋学说与筋膜链理论相关性初探[J]. 中医杂志, 2020, 61(14): 1220-1224.
- [9] 顾富城, 李景虎, 周鑫, 等. 筋膜链视角下推拿“解结理筋”生物力学机制阐释[J]. 中国中西医结合杂志, 2026, 46(3): 362-368.
- [10] 邱昌民, 林兵宾, 邵辉, 等. 肌骨超声引导下圆利针温针与传统肩三针温针对肩周炎患者疼痛、肩关节功能的影响[J]. 新中医, 2025, 57(6): 76-80.
- [11] 张海容, 李悦芳, 张少怀, 等. 中西医治疗肩周炎的临床研究进展[J]. 临床个性化医学, 2024, 3(3): 1215-1221.
- [12] 戴奕光, 李秀霞, 马春杰. 推拿结合关节松动术治疗肩关节周围炎临床观察[J]. 实用中医药杂志, 2020, 36(7): 946-947.
- [13] 张国俊, 张靖宇, 麦伟敏, 等. 基于经筋理论与筋膜链理论探讨经筋轨迹松解法治疗肩周炎[J]. 上海针灸杂志,

- 2026, 45(7): 777-782.
- [14] 张娟, 董三明. 超声下可视化针刀治疗粘连性肩关节囊炎的研究进展[J]. 临床医学进展, 2025, 15(11): 1898-1904.
- [15] 季正选. 经筋针刺法辅助治疗瘀滞型肩周炎患者的效果及其炎症因子水平的影响[J]. 养生科学, 2025(2): 132-134.
- [16] 郭奋进, 严晓春. 经筋刺法加关节松动术治疗肩关节周围炎疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2013, 32(10): 852-854.
- [17] 饶豪, 吴刚, 张伟夫. 超声引导下肩关节腔注射联合针刀松解术治疗肩关节周围炎[J]. 亚太传统医药, 2026, 22(3): 30-35.
- [18] 景绘涛, 龚重九, 朱美娟. 超声引导臂丛麻醉下针刀联合手法松解治疗肩周炎的临床观察[J]. 时珍国医国药, 2025, 36(21): 45-49.
- [19] 钱斌, 宋奕, 荆玲. 基于超声引导的小针刀联合关节腔注射玻璃酸钠治疗中老年肩周炎的效果评价[J]. 中国医学创新, 2025, 22(12): 78-82.
- [20] 裴敏. 超声引导针刀疗法联合黄芪桂枝五物汤加减治疗气血虚弱证肩周炎的临床观察[J]. 临床误诊误治, 2026, 39(5): 56-60.
- [21] 曾仕圣, 姜必丹. 基于经筋理论刍议筋针结合运动疗法治疗肩周炎[J]. 亚太传统医药, 2024, 20(5): 136-139.
- [22] 彭波, 牛彦彦, 刘跃春. 针灸联合易筋经功法锻炼治疗老年肩周炎的临床研究[J]. 老年医学与保健, 2025, 31(2): 45-49.
- [23] 陈彦琪, 连晓文, 蔡树河. 南少林理筋手法联合肩关节练功法治疗肩周炎 30 例[J]. 福建中医药, 2025, 56(12): 66-68.
- [24] 高俊虎, 王博, 左冬冬. 电针结合 Mulligan 动态关节松动手法对肩周炎的临床效果及炎症因子 $\text{TNF-}\alpha$ 、IL-6 的影响[J]. 针灸临床杂志, 2020, 36(6): 42-46.
- [25] 邓明, 刘玉峰. 针刺治疗对肩周炎患者血清 $\text{TNF-}\alpha$ 和 IL-6 的影响[J]. 中医药导报, 2012, 18(2): 68-69.