

# 循筋解结走罐法应用于气滞血瘀型 颈椎病患者效果观察

田婧<sup>1</sup> 曹艳霞<sup>2</sup> 邢亮<sup>3</sup> 初伊娜<sup>1</sup> 崔雪娇<sup>1</sup> 孔华<sup>3</sup> 高新霞<sup>2</sup>

(1. 中国中医科学院望京医院骨伤综合科,北京 100102; 2. 中国中医科学院望京医院护理部,北京 100102;  
3. 中国中医科学院望京医院关四血管外科,北京 100102)

**【摘要】目的** 观察循筋解结走罐法对气滞血瘀型颈椎病患者应用效果。**方法** 按照随机数字法将就诊于中国中医科学院望京医院骨伤综合科中医护理门诊 60 例气滞血瘀型颈椎病患者随机分为 2 组,各 30 例,对照组采用常规走罐法,观察组采用循筋解结走罐法,疗程为 2 周,对患者的疼痛评分(VAS)、颈椎功能障碍指数(NDI)、颈椎活动度进行观察。**结果** 治疗后,观察组的 VAS、NDI、颈椎活动度(前屈、左旋、右旋、右屈、左屈)、总有效率均优于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。**结论** 循筋解结走罐法应用于气滞血瘀型颈椎病患者,可促进局部血液循环,明显改善患者 VAS、NDI 及颈椎活动度,效果显著。

**【关键词】** 颈椎病;气滞血瘀;循筋解结;走罐法;经筋理论

**DOI:** 10.16025/j.1674-1307.2023.02.003

颈椎病因颈椎间盘退行性改变及其继发病理改变累及周围组织结构,从而出现一系列临床表现,是临床常见病和多发病之一<sup>[1]</sup>。据统计,我国颈椎病患者率为 3.8%~17.6%<sup>[2]</sup>。近年来,随着长时间伏案办公人群及“低头族”的增加,该病发病率呈逐步增长趋势。颈椎病属中医学“痹病”范畴,其中以颈部针刺样疼痛、疼痛位置固定不移的气滞血瘀型为主<sup>[3-4]</sup>。通过中医保守治疗方法对气滞血瘀型颈椎病进行干预,能有效提高调筋骨、通经络、行气血的效果,且中医技术安全无创、简便价廉,患者易于接受。本研究旨在观察循筋解结走罐法治疗颈椎病的临床疗效,现报道如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

选取 2019 年 5—10 月中国中医科学院望京医院骨伤综合科中医护理门诊就诊的气滞血瘀型颈椎病患者 60 例,按照随机数字法分为 2 组,各 30 例。观察组中男 17 例,女 13 例;年龄 35~70 岁,平均(51.80±9.67)岁。对照组中男 12 例,女 18 例;年龄 35~70 岁,平均(56.27±11.86)岁。2 组一般资料差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。本

研究经中国中医科学院望京医院伦理委员会批准(WJEC-KT-2019-011-P001)。

### 1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断:参照《实用骨科学》<sup>[5]</sup>中颈椎病诊断:颈部、肩部及枕部疼痛,头颈部活动因疼痛而受限制;颈肌紧张,有压痛点,头颈活动受限,影像学显示颈椎有退行性改变。

1.2.2 中医辨证:参考《中医病证诊断疗效标准》<sup>[6]</sup>中气滞血瘀型颈椎病诊断:颈肩部刺痛,痛处固定,或伴有颈部活动受限;舌质暗,脉弦。

### 1.3 纳入标准

符合上述中西医诊断标准,年龄 35~70 岁;患者自愿参加并签署知情同意书。

### 1.4 排除标准

有颈椎手术史、创伤史;有明显精神疾患;合并严重的器质性疾病及疼痛性疾病等;操作部位皮肤湿疹或过敏明显者。

## 2 方法与观察指标

### 2.1 方法

2.1.1 对照组:在中频、红光等常规理疗基础上给予常规拔罐技术<sup>[7]</sup>,走罐至皮肤潮红、深红或起

**基金项目:**中国中医科学院科技创新工程重大攻关项目(CI2021A03217)

**作者简介:**田婧,女,38 岁,大学本科,主管护师。研究方向:骨科患者的中医护理。

**通信作者:**高新霞,E-mail:zhqing9861@sina.com

**引用格式:**田婧,曹艳霞,邢亮,等.循筋解结走罐法应用于气滞血瘀型颈椎病患者效果观察[J].北京中医药,2023,42(2):

痧点为止,留罐 10~15 min。根据患者局部皮肤情况,每 3 d 治疗 1 次,共治疗 5 次,2 周为 1 个疗程。

2.1.2 观察组:中频、红光等基础治疗与对照组相同。走罐定位、手法按照循筋解结法操作:

(1)循“筋”:根据现代康复理论,通过查体先判断活动受限的类型,再结合痛点部位,初步判定控制、约束活动的肌肉、肌腱。①颈椎前后屈伸受限定位肌群:胸锁乳突肌、颈长肌、颈阔肌、头夹肌、颈夹肌、竖脊肌等;②颈椎左右旋转受限定位肌群:同侧肩胛提肌、头夹肌、颈夹肌及对侧胸锁乳突肌等;③颈椎左右侧屈受限定位肌群:同侧斜角肌、斜方肌上段、胸锁乳突肌、肩胛提肌等。

(2)解“结”:在二维超声的基础上叠加弹性,可以通过杨氏模量值评价组织的紧张与松弛状态,进而观察到压痛部位存在的条索样结节,定位“筋结”。沿肌肉走行利用机械力松解“筋结”,根据患者的年龄、体质、耐受程度采用不同大小的机械力进行走罐,往返推移走罐 2~3 min,在“筋结”处吸附 3~5 个火罐,留罐 5 min。

## 2.2 观察指标

2.2.1 疼痛程度评估:采用视觉模拟评分法(VAS)评估患者治疗前后颈肩部的疼痛程度。

2.2.2 颈椎功能状态评估:采用颈椎功能障碍指数量表(NDI)<sup>[8]</sup>评估患者治疗前后颈椎功能,包括:疼痛、个人生活能力、工作、睡眠等共 10 个方面,总分 50 分,分值越高颈椎功能障碍越严重。

2.2.3 颈椎活动度情况:分别于治疗前后,采用中立位 0° 测量方法,依次测量颈椎前屈、后伸、左旋、右旋、左屈、右屈角度。

## 2.3 统计学方法

采用 SPSS 26 统计软件进行数据分析。计量资料正态分布用均数±标准差( $\bar{x}\pm s$ )表示,组内比较采用配对 *t* 检验,组间比较采用独立样本 *t* 检验;计数资料用百分率(%)表示,采用  $\chi^2$  检验。 $P<0.05$  为差异有统计学意义。

## 3 结果

### 3.1 疗效判定标准

参照《中医病证诊断疗效标准》<sup>[6]</sup>,痊愈:颈部、肩部及枕部疼痛症状消失,颈椎活动度恢复正常;显效:颈部、肩部及枕部疼痛症状明显好转或基本消失,颈椎活动度基本恢复正常;有效:颈部、肩部及枕部疼痛症状改善,颈椎活动度明

显改善;无效:颈部、肩部及枕部疼痛症状没有减轻,颈椎活动度没有改善。总有效率=(痊愈例数+显效例数+有效例数)/总病例数×100%。

## 3.2 结果

3.2.1 2 组总有效率比较:观察组总有效率 96%,优于对照组的 83%,2 组比较,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 1。

表 1 2 组临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	30	9(30)	18(60)	2(7)	1(3)	29(97) <sup>△</sup>
对照组	30	3(10)	13(43)	9(30)	5(17)	25(83)

与对照组比较,  $\Delta P<0.05$

3.2.2 2 组治疗前后 VAS 评分比较:治疗前,2 组患者 VAS 评分差异无统计学意义( $P>0.05$ );治疗后,2 组 VAS 评分均较治疗前降低,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),且观察组 VAS 评分低于对照组( $P<0.05$ )。见表 2。

3.2.3 2 组治疗前后 NDI 评分比较:治疗前,2 组患者 NDI 评分差异无统计学意义( $P>0.05$ );治疗后,2 组 NDI 评分均较治疗前降低,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),且观察组 NDI 评分低于对照组( $P<0.05$ )。见表 2。

表 2 2 组治疗前后 VAS、NDI 评分比较(分,  $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	时间	VAS 评分	NDI 评分
观察组	30	治疗前	5.63±1.67	15.28±7.14
		治疗后	1.89±1.31 <sup>*△</sup>	3.26±2.31 <sup>*△</sup>
对照组	30	治疗前	5.44±1.46	16.31±6.98
		治疗后	2.88±1.71 <sup>*</sup>	6.31±3.82 <sup>*</sup>

与治疗前比较,  $*P<0.05$ , 与对照组比较,  $\Delta P<0.05$

3.2.4 2 组治疗前后颈椎活动度比较:治疗前,2 组颈椎前屈、后伸、左旋、右旋、右屈、左屈活动度比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。治疗后,2 组颈椎前屈、后伸、左旋、右旋、右屈、左屈活动度均较治疗前改善,差异有统计学意义( $P<0.05$ );观察组前屈、左旋、右旋、右屈、左屈活动度优于对照组( $P<0.05$ );后伸活动度 2 组间比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。见表 3。

## 4 讨论

中医学认为颈椎病发病机制是气机失调,影响血液循环,导致脉络受阻,最终形成血瘀,产生疼痛、麻木、活动受限等症状。气滞血瘀型颈椎病患者颈项强痛,痛点固定不移。因此,找准

表 3 2 组治疗前后颈椎活动度比较( $^{\circ}$ ,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	时间	前屈	后伸	左旋	右旋	左屈	右屈
观察组	30	治疗前	24.30±2.72	33.23±2.76	53.93±7.27	48.97±7.39	27.07±4.03	31.30±2.84
		治疗后	40.27±3.70 <sup>*△</sup>	38.70±3.63 <sup>*</sup>	67.10±7.52 <sup>*△</sup>	66.63±8.61 <sup>*△</sup>	35.80±5.39 <sup>*△</sup>	40.60±2.57 <sup>*△</sup>
对照组	30	治疗前	23.80±2.64	33.70±2.48	52.23±8.32	47.93±6.73	26.80±3.85	30.03±2.80
		治疗后	32.30±2.91 <sup>*</sup>	38.07±3.27 <sup>*</sup>	62.93±6.99 <sup>*</sup>	60.13±5.42 <sup>*</sup>	31.70±5.14 <sup>*</sup>	36.20±3.52 <sup>*</sup>

与治疗前比较, \* $P < 0.05$ ; 与对照组比较,  $\Delta P < 0.05$

“痛点”,对颈部肌肉的痉挛、纤维化、钙化形成的“筋结”部位进行机械、温热的刺激,以痛为腧,通过治筋以达骨,筋骨并重<sup>[9]</sup>,最终达到调筋骨、通经络、行气血的功效。

拔罐疗法具有简、便、效、廉的特点。火罐具有负压吸引、温热机械刺激等特点,负压吸引可引起毛细血管通透性改变,促使局部血液循环加强,起到行气活血的作用<sup>[10]</sup>。火罐的温热机械性刺激亦可使血管扩张,促进局部血液循环,加快新陈代谢水平,增强局部耐受性和机体的抵抗力<sup>[11]</sup>。“循筋解结”走罐法在传统拔罐的基础上,结合超声诊断技术与现代医学解剖学进行精准定位。同时,“循筋解结”走罐法将康复医学中点线面相结合的生物力学机制<sup>[12]</sup>与肌筋膜疼痛触发理论<sup>[13]</sup>相结合,寻找中医学中经筋与现代解剖学中的肌筋膜链共同的结点或结节<sup>[14]</sup>,对该结点或结节进行走罐,从而疏通气血、促进炎症消散、松解纤维黏连,达到缓解疼痛的目的。

本研究结果发现,在疼痛改善方面,观察组较对照组明显减轻,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );在功能障碍方面,观察组 NDI 评分明显低于对照组( $P < 0.05$ );观察组颈椎前屈、左旋、右旋、右屈、左屈活动度均优于对照组( $P < 0.05$ ),在颈椎后伸活动度方面,2 组均较治疗前改善,但组间比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。以上研究结果进一步说明了“循筋解结”走罐法在改善颈椎病患者疼痛、颈椎功能及活动度等方面优于传统拔罐治疗。今后将在颈椎疼痛、功能、活动度与“筋结”位置、大小等相关性方面做进一步研究。

综上所述,“循筋解结”走罐法治疗气滞血瘀型颈椎病患者在改善疼痛、颈椎活动度等方面具有明显优势,易于被患者接受,值得临床借鉴。

## 参考文献

- [1] 章薇,李金香,娄必丹,等.中医康复临床实践指南·项痹(颈椎病)[J].康复学报,2020,30(5):337-342.
- [2] 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.
- [3] 魏戌,方圣杰,朱立国,等.神经根型颈椎病中医证候研究进展[J].南京中医药大学学报,2021,37(4):632-636.
- [4] 简家威,郑移兵,齐越峰.“清宫正骨”手法治疗椎动脉型颈椎病的诊疗特色[J].北京中医药,2022,41(9):1035-1037.
- [5] 胥少汀,葛宝丰,徐印坎.实用骨科学[M].4版.北京:人民军医出版社,2016:1981-1982.
- [6] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].北京:中国医药科技出版社,2012:189-190.
- [7] 国家中医药管理局医政司.护理人员中医技术使用手册[M].北京:中国中医药出版社,2016.
- [8] 孙兵,车晓明.颈椎功能障碍指数量表(NDI)[J].中华神经外科杂志,2012(6):626.
- [9] 唐志岚,牛志军.活血通痹膏外用联合功能锻炼治疗桡骨远端骨折后腕关节功能障碍效果观察[J].北京中医药,2022,41(10):1140-1144.
- [10] 舒曼.走罐治疗慢性腰背痛的疗效及促进组织再生相关分子机制研究[D].北京:中国人民解放军医学院,2019.
- [11] 梁洛儿.针刺结合痧点刺络拔罐治疗瘀滞型肩周炎的疗效研究[D].广州:广州中医药大学,2020.
- [12] 张天民.慢性软组织损伤的力学病理机制及针刀治疗学原理[J].湖北中医学院学报,2010,12(3):46-47.
- [13] 黄强民,张亚丹,马彦韬.肌筋膜触发点的理解:针灸与干针之争和现代针理学[J].中国针灸,2018,38(7):779-784.
- [14] 罗文轩,蔡秉洋,李佳玥,等.经筋学说与肌筋膜链理论相关性初探[J].中医杂志,2020,61(14):1220-1224.

## Observation on the effect of the method of removing knots along tendons and moving cupping on patients with cervical spondylosis of qi stagnation and blood stasis type

TIAN Jing, CAO Yan-xia, XING Liang, CHU Yi-na, CUI Xue-jiao, KONG Hua, GAO Xin-xia

(收稿日期: 2022-11-07)