

· 论 著 · DOI:10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2026. 05. 010

郑氏“颈四步”手法联合穴位埋线治疗对神经根型颈椎病的疗效*

王新宇¹, 王俊华², 陈从山¹, 张远洋¹, 李明辉², 黄钰滢², 方兴刚^{2△}

湖北省十堰市太和医院/湖北医药学院附属医院:1. 推拿科;2. 中西医结合科,湖北十堰 442000

摘要:目的 探讨郑氏“颈四步”手法联合穴位埋线治疗对神经根型颈椎病(CSR)的疗效。方法 选取 2021 年 6 月至 2023 年 12 月在该院接受诊治的 120 例 CSR 患者作为研究对象,采用随机数字表法将所有研究对象分为联合组和穴位埋线组,每组 60 例。穴位埋线组采用穴位埋线方案治疗,联合组在穴位埋线组治疗基础上联合郑氏“颈四步”手法治疗。比较 2 组临床疗效、中医证候积分、疼痛情况、颈椎活动度、实验室指标[前列腺素 E2(PGE2)、白细胞介素-8(IL-8)与 C 反应蛋白(CRP)]水平、生活质量及治疗期间患者不良反应发生情况。**结果** 治疗后,联合组总有效率为 91.67%,高于穴位埋线组的 75.00%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后,2 组颈肩部疼痛、活动受限、颈部压痛、上肢疼痛麻木证候积分、日常生活能力量表(ADL)评分、视觉模拟评分法(VAS)评分,以及 PGE2、IL-8、CRP 水平均低于治疗前,前倾角度、后屈角度、左转角度、右转角度均大于治疗前,且联合组颈肩部疼痛、活动受限、颈部压痛、上肢疼痛麻木中医证候积分、ADL 评分、VAS 评分,以及 PGE2、IL-8、CRP 水平均低于穴位埋线组,前倾角度、后屈角度、左转角度、右转角度均大于穴位埋线组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。2 组治疗期间局部疼痛、头晕、皮疹、红肿不良反应总发生率比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。**结论** 郑氏“颈四步”手法联合穴位埋线治疗可有效减轻 CSR 患者机体炎症反应,改善患者颈椎活动度,疗效较为理想,值得临床推广应用。

关键词:颈椎病; 神经根型; 穴位埋线; 推拿手法; 中医证候积分; 郑氏“颈四步”手法

中图分类号:R681.5+4;R244.9;R446.1 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2026)05-0634-06

Effect of Zheng's "cervical four steps" manipulation combined with acupoint catgut embedding on cervical spondylotic radiculopathy*

WANG Xinyu¹, WANG Junhua², CHEN Congshan¹, ZHANG Yuanyang¹, LI Minghui², HUANG Yuying², FANG Xinggang^{2△}

1. Department of Tuina; 2. Department of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Taihe Hospital of Shiyan City/Affiliated Hospital of Hubei University of Medicine, Shiyan, Hubei 442000, China

Abstract: Objective To explore the therapeutic effect of Zheng's "four cervical steps" manipulation combined with acupoint catgut embedding on cervical spondylotic radiculopathy (CSR). **Methods** A total of 120 patients with CSR who were treated in the hospital from June 2021 to December 2023 were selected as the research objects. All the research objects were divided into combined group and acupoint embedding group by random number table method, with 60 cases in each group. The acupoint thread embedding group was treated with acupoint thread embedding scheme, and the combined group was treated with Zheng's "cervical four steps" manipulation on the basis of the treatment in the acupoint thread embedding group. The clinical efficacy, TCM syndrome score, pain, cervical spine activity, laboratory indexes [prostaglandin e (PGE2), interleukin-8 (IL-8) and C-reactive protein (CRP)] levels, quality of life and adverse reactions during treatment were compared between the two groups. **Results** After treatment, the total effective rate of the combined group was 91.67%, which was higher than 75.00% of the acupoint embedding group, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). After treatment, the neck and shoulder pain, limited movement, neck tenderness, upper limb pain and numbness syndrome scores, activities of daily living scale (ADL) scores, visual analogue scale (VAS) scores, and levels of PGE2, IL-8 and CRP in the two groups were lower than those before treat-

* 基金项目:湖北省卫生健康科研项目(WJ2021F032)。

作者简介:王新宇,男,主管技师,主要从事颈肩腰腿痛、针灸推拿、康复治疗方向的研究。△ 通信作者, E-mail: wbn00i@163.com。

引用格式:王新宇,王俊华,陈从山,等. 郑氏“颈四步”手法联合穴位埋线治疗对神经根型颈椎病的疗效[J]. 检验医学与临床, 2026, 23(5):

ment, and the forward Angle, backward flexion Angle, left turn Angle and right turn Angle were higher than those before treatment. The TCM syndrome scores of neck and shoulder pain, limitation of movement, neck tenderness, upper limb pain and numbness, ADL score, VAS score, and the levels of PGE2, IL-8 and CRP in the combined group were lower than those in the acupoint embedding group, and the angles of anteversion, retroflexion, left turn and right turn in the combined group were higher than those in the acupoint embedding group, and the differences were statistically significant ($P < 0.05$). There was no significant difference in the total incidence of local pain, dizziness, rash, redness and swelling and other adverse reactions between the two groups during treatment ($P > 0.05$). **Conclusion** Zheng's "cervical four steps" manipulation combined with acupoint catgut embedding can effectively reduce the inflammatory response of CSR patients and improve the range of motion of cervical spine. The effect is ideal, which is worthy of clinical promotion and application.

Key words: cervical spondylosis; nerve root type; acupoint thread-embedding; manipulation of massage; TCM syndrome score; Zheng's "cervical four steps" manipulation

随着科技发展及工作方式的转变,颈椎病发病率逐年升高,影响患者的日常生活^[1-2]。根据颈椎病的病理特点可分为神经根型、椎动脉型、交感神经型、颈型,神经根型颈椎病(CSR)发病较多,相关研究表明,CSR在颈椎病总患者人群中占比高达60%,且呈逐年上升趋势,以颈肩部疼痛、手指与上肢呈放射性疼痛等为主,且时常伴有麻木、无力等症状^[3]。CSR病因较为复杂,与坐姿不良、工作习惯等因素有关,严重者可呈现放射性疼痛,影响患者生活。目前,临床多采用保守治疗CSR,如药物缓解、物理牵引等,虽有一定作用,但疗效不理想^[4-5]。中医治疗CSR具有特色优势,如中医外治疗法穴位埋线等,可显著改善CSR患者症状^[6]。郑氏“颈四步”手法是在郑氏推拿手法的基础上辨证而来,通过与西医解剖理论结合,针对疾病特点,辨证施治,具有舒筋活络、化瘀止痛之效^[7-8]。目前,郑氏“颈四步”手法联合穴位埋线治疗CSR的报道较少见。基于此,本研究探讨了郑氏“颈四步”手法联合穴位埋线治疗CSR的疗效,以期为临床治疗CSR提供相关参考依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2021年6月至2023年12月在本院接受治疗的120例CSR患者作为研究对象,采用

随机数字表法将所有研究对象分为联合组和穴位埋线组,每组60例。纳入标准:(1)均符合《颈椎病的分型与诊断》^[9]中CSR的相关诊断标准。(2)符合《中医病证诊疗常规》^[10]中气虚血瘀证的诊断标准,主症为颈部及一侧肢体疼痛、沉重、活动不利,动则加剧;次症为面白少华、倦怠懒言、心悸失眠;舌脉显示舌淡暗,有瘀斑,脉弦细涩。(3)年龄20~60岁。(4)经影像学检查确诊。(5)既往无颈部手术史。(6)临床资料完整。排除标准:(1)其他类型颈椎病患者,如椎动脉型、交感神经型等;(2)合并骨质疏松症、发育性颈椎疾病;(3)合并脊髓肿瘤、脊髓结核;(4)存在凝血功能障碍;(5)手法、穴位埋线治疗局部皮肤破损患者;(6)合并先天性颈椎畸形;(7)合并严重内科疾病或恶性肿瘤;(8)依从性差,无法配合治疗患者。脱落标准:(1)自行退出;(2)撤回知情同意书。剔除标准:(1)未按方案服用药物;(2)违反方案合并用药。联合组与穴位埋线组性别、年龄、病程、体质量指数(BMI)比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。见表1。所有研究对象及其亲属均知情同意本研究并签署知情同意书。本研究通过本院医学伦理委员会审核批准[科研快审(2021KS125)号]。

表1 联合组与穴位埋线组一般资料比较[n(%)或 $\bar{x} \pm s$]

组别	n	性别		年龄(岁)	病程(年)	BMI(kg/m ²)
		男	女			
联合组	60	28(46.67)	32(53.33)	50.47±6.75	4.11±0.68	23.05±3.24
穴位埋线组	60	26(43.33)	34(56.67)	50.38±6.71	4.07±0.65	23.13±3.27
χ^2/t		0.135		0.073	0.329	-0.135
P		0.714		0.942	0.742	0.893

1.2 方法

1.2.1 穴位埋线组 患者进行穴位埋线治疗法。(1)选穴:取夹脊穴、肩井穴、天宗穴,依照《腧穴名称与定位》^[11]中相关标准确定位置。(2)器具:一次性无菌埋线针(0.7 mm×60.0 mm)、无菌羊肠线(3-0号,

1.0 cm)。(3)操作:患者取坐位,常规消毒皮肤后,穿入无菌羊肠线,右手持针,垂直刺入穴位肌层1.5~2.0 cm,待有落空感后,推针芯,埋置羊肠线,退针后按压,防止出血,针孔给予创可贴,依次完成相应穴位埋线,每2周1次,2次为1个疗程。给予常规颈部按

摩作为安慰手法,重复3次,5次/周。持续治疗4周。

1.2.2 联合组 在穴位埋线组治疗基础上给予患者郑氏“颈四步”手法治疗。(1)患者取侧卧位,放松颈部;医生双手拇指并拢,由患者颈部顺椎旁小关节,采用点、揉、拨手法,力度由轻至重进行按摩,共重复3次,直至颈部肌肉放松。(2)患者取对侧侧卧位,与上述手法一致,继续放松颈部肌肉。(3)患者取俯卧位,医生采用拿、揉法按摩双侧颈肌,双手拇指并拢,其余四指贴于颈部,由上至下,重复3次;后采用按揉法按摩胸椎旁肌,左右均重复3次;医生利用自身重量,通过顿挫力,短距离按压患者后弓胸小关节,促进其关节复位。(4)患者取坐位,医生使用肘窝托其下颌,另一手贴于患者侧颞部,双手反向用力,旋转患者头部约45°,使其颈部微曲,并向上拔伸至阻力点,进行顿挫性牵拉,可听到复位响音,另一侧采用同样操作,每周5次,5次为1个疗程。完成后拿、揉、搓、拍患者颈肩背,重复3次,5次/周。持续治疗4周。

1.3 观察指标

1.3.1 临床疗效^[12] 治愈:治疗4周后患者颈肩部疼痛等症状全部消失,颈椎活动不受限,日常活动正常;好转:治疗4周后患者颈肩部症状显著缓解,颈椎活动偶有受限,但不影响一般家务劳动及工作;有效:治疗4周后患者颈肩部症状有所好转,但颈椎活动时受限;无效:治疗4周后患者未达上述标准,甚至病情加重。总有效率=(治愈例数+好转例数+有效例数)/总例数×100%。

1.3.2 中医证候积分^[13] 评估所有患者治疗前、治疗4周后中医证候积分,包括颈肩部疼痛、活动受限、颈部压痛、上肢疼痛麻木,每项由轻至重记为0、1、2、3分,总分0~12分。分数越高表明症状越严重。

1.3.3 疼痛情况 采用视觉模拟评分法(VAS)^[14] 评分评估所有患者治疗前、治疗4周后疼痛程度,总

分0~10分。分数越高表明疼痛越严重。

1.3.4 颈椎活动度 采用头盔式颈椎活动度测量仪测量所有患者治疗前、治疗4周后颈部前倾、后屈、左转、右转等活动角度。

1.3.5 实验室指标 采集所有患者治疗前、治疗4周后空腹静脉血3 mL,以3 000 r/min(离心半径10 cm)离心15 min,取上层血清,保存于-20 °C环境中待检。采用酶联免疫吸附试验检测血清前列腺素E2(PGE2)、白细胞介素-8(IL-8)与C反应蛋白(CRP)水平。

1.3.6 生活质量 采用日常生活能力量表(ADL)^[15] 评分评估所有患者治疗前、治疗4周后生活质量,总分0~100分,得分越高表明生活质量越差。

1.3.7 不良反应 观察并记录所有患者治疗期间不良反应发生情况,包括局部疼痛、头晕、皮疹、红肿。

1.4 统计学处理 采用SPSS21.0统计软件进行数据处理与统计分析。符合正态分布的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,2组间比较采用独立样本t检验,组内比较采用配对t检验。计数资料以例数或百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组临床疗效比较 治疗后,联合组总有效率为91.67%,高于穴位埋线组的75.00%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表2。

2.2 2组治疗前后中医证候积分比较 治疗前,2组颈肩部疼痛、活动受限、颈部压痛、上肢疼痛麻木中医证候积分比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组颈肩部疼痛、活动受限、颈部压痛、上肢疼痛麻木中医证候积分均低于治疗前,且联合组颈肩部疼痛、活动受限、颈部压痛、上肢疼痛麻木中医证候积分均低于穴位埋线组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表3。

表2 2组临床疗效比较[n(%)]

组别	n	治愈	好转	有效	无效	总有效
联合组	60	22(36.67)	25(41.67)	8(13.33)	5(8.33)	55(91.67)
穴位埋线组	60	13(21.67)	20(33.33)	12(20.00)	15(25.00)	45(75.00)
χ^2						6.000
P						0.014

表3 2组治疗前后中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	颈肩部疼痛		活动受限		颈部压痛		上肢疼痛麻木	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合组	60	3.22±0.54	1.09±0.14 ^a	3.19±0.60	1.26±0.19 ^a	3.25±0.55	1.73±0.20 ^a	2.99±0.39	1.14±0.16 ^a
穴位埋线组	60	3.24±0.61	2.07±0.28 ^a	3.20±0.59	2.48±0.26 ^a	3.27±0.59	2.66±0.31 ^a	3.01±0.40	1.89±0.23 ^a
t		-0.190	-24.249	-0.092	-29.346	-0.192	-19.527	-0.277	-20.735
P		0.850	<0.001	0.927	<0.001	0.848	<0.001	0.782	<0.001

注:与同组治疗前比较,^a $P < 0.05$ 。

2.3 2 组治疗前后 VAS 评分比较 治疗前, 2 组 VAS 评分比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后, 2 组 VAS 评分均低于治疗前, 且联合组 VAS 评分低于穴位埋线组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 4。

2.4 2 组治疗前后颈椎活动度比较 治疗前, 2 组前倾、后屈、左转、右转角度比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后, 2 组前倾、后屈、左转、右转角度均大于治疗前, 且联合组前倾、后屈、左转、右转角度均大于穴位埋线组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 5。

2.5 2 组治疗前后 PGE2、IL-8、CRP 水平比较 治疗前, 2 组 PGE2、IL-8、CRP 水平比较, 差异均无统计

学意义($P > 0.05$)。治疗后, 2 组 PGE2、IL-8、CRP 水平均低于治疗前, 且联合组 PGE2、IL-8、CRP 水平均低于穴位埋线组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 6。

表 4 2 组治疗前后 VAS 评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	VAS 评分	
		治疗前	治疗后
联合组	60	5.26 ± 1.05	1.77 ± 0.29 ^a
穴位埋线组	60	5.37 ± 1.08	2.65 ± 0.38 ^a
t		-0.566	-14.260
P		0.573	<0.001

注: 与同组治疗前比较, ^a $P < 0.05$ 。

表 5 2 组治疗前后颈椎活动度比较($\bar{x} \pm s$, °)

组别	n	前倾		后屈		左转		右转	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合组	60	36.83 ± 4.44	49.40 ± 6.31 ^a	38.11 ± 4.15	49.62 ± 5.78 ^a	57.25 ± 6.67	75.14 ± 8.52 ^a	58.66 ± 6.75	75.52 ± 8.22 ^a
穴位埋线组	60	36.75 ± 4.41	42.89 ± 5.36 ^a	38.09 ± 4.12	43.39 ± 5.01 ^a	57.27 ± 6.69	65.56 ± 7.59 ^a	58.63 ± 6.72	66.87 ± 7.28 ^a
t		0.099	6.091	1.298	6.309	-0.016	6.503	0.024	6.102
P		0.921	<0.001	0.197	<0.001	0.987	<0.001	0.981	<0.001

注: 与同组治疗前比较, ^a $P < 0.05$ 。

表 6 2 组治疗前后 PGE2、IL-8、CRP 水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	PGE2(pg/mL)		IL-8(μg/L)		CRP(mg/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合组	60	136.97 ± 15.95	68.12 ± 0.42 ^a	135.64 ± 15.36	51.78 ± 6.52 ^a	18.35 ± 2.56	4.73 ± 0.56 ^a
穴位埋线组	60	137.01 ± 15.97	76.26 ± 0.55 ^a	136.13 ± 15.57	87.16 ± 9.38 ^a	18.31 ± 2.52	6.54 ± 0.77 ^a
t		-0.014	-91.112	-0.174	-23.990	0.086	-14.726
P		0.989	<0.001	0.863	<0.001	0.931	<0.001

注: 与同组治疗前比较, ^a $P < 0.05$ 。

2.6 2 组治疗前后生活质量比较 治疗前, 2 组 ADL 评分比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后, 2 组 ADL 评分均低于治疗前, 且联合组 ADL 评分低于穴位埋线组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 7。

表 7 2 组治疗前后生活质量比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	ADL 评分	
		治疗前	治疗后
联合组	60	47.87 ± 5.26	26.15 ± 3.09 ^a
穴位埋线组	60	47.05 ± 5.32	32.37 ± 4.25 ^a
t		0.849	-9.169
P		0.398	<0.001

注: 与同组治疗前比较, ^a $P < 0.05$ 。

2.7 2 组不良反应发生情况比较 2 组治疗期间局部疼痛、头晕、皮疹、红肿等不良反应总发生率比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 8。

表 8 2 组不良反应发生情况比较 [n (%)]

组别	n	局部疼痛	头晕	皮疹	红肿	合计
联合组	60	1(1.67)	1(1.67)	1(1.67)	2(3.33)	5(8.33)
穴位埋线组	60	2(3.33)	0(0.00)	1(1.67)	1(1.67)	4(6.67)
χ^2						0.120
P						0.729

3 讨论

近年来, 随着智能化、信息化水平不断提升, 电子产品使用率大幅度增加, 伏案工作、日常低头族群体不断扩大, 加之社会节奏变快, 生活压力逐渐超负荷, 颈椎病患者数逐年增加, 且有年轻化趋势^[16]。颈椎若长期处于以曲颈-头前伸为主的状态下, 易损伤颈椎关节及其周围肌肉组织。CSR 具体发病机制暂未完全阐明, 现代医学认为该病通常与颈椎间盘突出、骨质增生、韧带松动、颈神经根受到压迫有关, 严重影响患者日常工作与生活^[17-19]。

目前,临床针对 CSR 多采用保守方案治疗,如西医药物控制,给予患者抗炎药物、镇痛药物,或给予物理牵引疗法等,均可在一定程度上缓解患者疾病症状,但整体疗效不够理想^[20-21]。中医将 CSR 归属于“痹症”“项痹”等范畴,认为该病病机主要在于素体虚弱,正气不足,湿邪入体,致使积劳伤颈,精气亏虚,气血运化失常,筋骨失养,髓海不濡,难以调和,脉络受阻,不通则痛,发为本病^[22-23]。故此,中医辨证分析 CSR 治疗应以活血化瘀、行气止痛、舒筋活络等为主^[24]。穴位埋线作为中医常用外治法,利用经络穴位理论指导,以线代针,通过给予相关穴位特定长效刺激,可有效发挥舒经通络、活血散淤的作用^[25]。郑氏“颈四步”手法采用辨证施治,在推拿的基础上转化而来,全方位给予相应区域,包括颈枕关节、椎旁小关节、椎旁肌等不同的推拿手法,具有轻缓柔和、舒适大方等特点,有效改善机体局部血液循环,促进病情康复^[26]。

本研究在穴位埋线治疗的基础上加用郑氏“颈四步”手法治疗 CSR,结果显示,联合组总有效率为 91.67%,高于穴位埋线组的 75.00%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。表明穴位埋线联合郑氏“颈四步”手法治疗 CSR,可改善患者颈椎活动受限情况,提高临床疗效,且优于穴位埋线单独治疗。分析原因可能为穴位埋线通过刺激穴位改善血流动力学,改善颈椎活动情况^[27]。另郑氏“颈四步”手法通过推拿手法改善颈部血液循环,二者联合,有效提高临床疗效^[28-29]。

本研究结果显示,治疗后,2 组颈肩部疼痛、活动受限、颈部压痛、上肢疼痛麻木中医证候积分均低于治疗前,且联合组颈肩部疼痛、活动受限、颈部压痛、上肢疼痛麻木证候积分均低于穴位埋线组。表明穴位埋线联合郑氏“颈四步”手法可显著改善患者颈部、上肢、手指等处麻木、疼痛现象,促进病情快速康复,分析原因可能为郑氏“颈四步”手法治疗以辨证施治为原则,通过与西医解剖关系结合,调整关节错位,促进颈椎生理结构恢复,最终达到缓解疾病症状的目的^[30]。治疗后,2 组 VAS 评分均低于治疗前,且联合组 VAS 评分低于穴位埋线组,表明穴位埋线联合郑氏“颈四步”手法治疗可显著减轻患者颈肩部疼痛,缓解患者疾病痛苦。分析原因可能为穴位埋线通过将羊肠线置入特定穴位,刺激颈部相关经络,可有效提高肌群代谢能力,改善局部血液循环,继而减轻疼痛发生^[31];而郑氏“颈四步”手法通过分布操作,不同部位施行不同手法,可显著发挥理筋通络、活血化瘀之效,最终起到减轻颈肩部疼痛的效果^[32]。治疗后,2 组前倾、后屈、左转、右转角度均大于治疗前,且联合组前倾、后屈、左转、右转角度均大于穴位埋线组,表明穴位埋线联合郑氏“颈四步”手法治疗可显著扩大患者颈椎活动范围,缓解颈部活动受限。CSR 的发生、发展与炎症因子具有密切关系,椎管长期遭受压

迫后,毛细血管通透性升高,易发生水肿,并诱导炎症介质释放,引起颈椎疼痛^[33]。CRP、IL-8 有发挥促炎症性细胞因子的作用,与机体炎症密切相关;正常状态下,PGE2 水平较低,当发生炎症时,巨噬等细胞分泌 PGE2,促进炎症反应。治疗后,2 组 PGE2、IL-8、CRP 水平均低于治疗前,且联合组 PGE2、IL-8、CRP 水平均低于穴位埋线组,表明穴位埋线联合郑氏“颈四步”手法治疗可有效改善机体炎症反应,利于病情预后。治疗后,2 组 ADL 评分均低于治疗前,且联合组 ADL 评分低于穴位埋线组,表明穴位埋线联合郑氏“颈四步”手法治疗可显著提高患者日常活动能力,改善其生活质量。2 组治疗期间局部疼痛、头晕、皮疹、红肿不良反应总发生率比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。表明联合治疗方案未增加风险,安全性良好。

综上所述,CSR 患者采用郑氏“颈四步”手法联合穴位埋线治疗,临床疗效较好,可明显减少炎症反应,降低机体疼痛,改善患者生活质量,且安全性良好。但本研究仍存在一定不足之处,受纳入、排除标准严格及资金有限等因素影响,入组样本量有限,且来源于同一地域,郑氏“颈四步”手法联合穴位埋线治疗 CSR 的具体作用机制目前尚不明晰,后续将增加样本量,扩大地域来源,进行多中心、大样本探究予以验证。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突。

作者贡献 王新宇:设计研究方案,实施研究过程,论文撰写;方兴刚:提出研究思路,分析试验数据;王俊华、陈从山、张远洋、李明辉:实施研究过程,资料收集,论文修改;黄钰滢:进行统计学分析。

参考文献

- [1] WEN M, LI X, LU X, et al. Short-term efficacy of unilateral biportal endoscopy technology in the treatment of cervical spondylotic radiculopathy[J]. *Eur Spine J*, 2025, 34(1): 118-127.
- [2] LI J, ZHANG T. Comparison of clinical outcomes and complications of biportal and uniportal endoscopic decompression for the treatment of cervical spondylotic radiculopathy: a systematic review and Meta-analysis[J]. *Jt Dis Relat Surg*, 2024, 35(3): 583-593.
- [3] 程远东, 刘太, 王标, 等. 颈四针加郑氏手法治疗神经根型颈椎病的临床观察[J]. *中国中医骨伤科杂志*, 2018, 26(10): 40-44.
- [4] 苏代祥, 彭一华, 田永飞, 等. 刺络放血疗法联合加味身痛逐瘀汤治疗气滞血瘀型神经根型颈椎病的疗效及对血清炎症因子和椎-基底动脉血流动力学的影响[J]. *河北中医*, 2022, 44(6): 1002-1006.
- [5] 王标, 唐流刚, 吴晓惠, 等. 疏风止痛饮联合颈四

- 针治疗神经根型颈椎病疗效及对白三烯、炎症因子影响[J]. 海南医学院学报, 2021, 27(4): 275-279.
- [6] 李少敏, 谢继萍, 徐向阳, 等. 穴位埋线结合养血清脑颗粒治疗椎动脉型颈椎病中眩晕的近期效果[J]. 宁夏医学杂志, 2013, 35(8): 693-695.
- [7] 陈宇, 邓小磊, 王有雪, 等. 针刺联合手法治疗神经根型颈椎病的疗效评估[J]. 世界中医药, 2023, 18(5): 677-681.
- [8] 晏圣松, 尉迎丽, 唐流刚. 郑氏“颈四步”手法推拿对神经根型颈椎病患者颈功能活动度及实验室指标的影响[J]. 吉林中医药, 2023, 43(8): 980-984.
- [9] 孙建峰, 丁晓虹, 段俊峰, 等. 颈椎病的分型与诊断[J]. 颈腰痛杂志, 2014, 35(2): 108-111.
- [10] 陈园桃. 中医病证诊疗常规[M]. 南京: 东南大学出版社, 2008: 406-407.
- [11] 全国针灸标准化技术委员会. 腧穴名称与定位[S]. 北京: 中国标准出版社, 2005.
- [12] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 125-129.
- [13] 宋志靖. 颈椎病的中医药治疗与康复[M]. 广州: 中山大学出版社, 2016: 35.
- [14] 邹箭山, 王晴. 中医正骨推拿联合中医康复锻炼及牵引疗法治疗神经根型颈椎病的临床效果[J]. 医药前沿, 2025, 15(23): 99-102.
- [15] 范文可, 胡永善. 日常生活活动能力评定的研究进展[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2008, 30(2): 126-129.
- [16] 张琪, 马信龙, 赵娜, 等. 青年颈椎病患者中医外治法研究进展[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2024, 30(4): 585-588.
- [17] 姚智渊, 樊舒瑶. 超声引导下针刀疗法辅助射频消融术治疗神经根型颈椎病的临床观察[J]. 针刺研究, 2024, 49(6): 604-610.
- [18] 李曰文, 戴国钢, 廖仕川, 等. 郑氏经穴按摩联合定点旋转复位手法治疗神经根型颈椎病的疗效[J]. 川北医学院学报, 2023, 38(11): 1513-1516.
- [19] 张振发, 张桂芳, 张珊珊, 等. 神经动力学技术联合麦肯基力学疗法对神经根型颈椎病的临床疗效观察[J]. 中国康复医学杂志, 2024, 39(11): 1588-1593.
- [20] 全权, 符少杨, 李滋平, 等. 颈痛颗粒联合针刺治疗神经根型颈椎病疗效及对血清 IL-6、TNF- α 、IL-1 β 水平影响[J]. 北方药学, 2020, 17(7): 38-39.
- [21] 胡呈. 针灸联合微创埋线治疗椎动脉型颈椎病患者的效果及对血流动力学的影响[J]. 中外医学研究, 2021, 19(28): 23-26.
- [22] 黄立师, 何天翔, 金富锐, 等. 腕踝针联合三步推拿法对颈型颈椎病功能恢复及实验室指标的影响[J]. 重庆医学, 2022, 51(2): 267-270.
- [23] 刘剑伟, 李胜吾, 张琳, 等. 颈七针结合郑氏手法治疗神经根型颈椎病的临床疗效及对血液流变学的影响[J]. 辽宁中医杂志, 2022, 49(10): 181-184.
- [24] 王燕飞, 吕玉玲. 针灸结合微创埋线对椎动脉型颈椎病患者动脉血流的影响及其临床疗效分析[J]. 世界中西医结合杂志, 2019, 14(10): 1419-1422.
- [25] 李荣清, 王秉君, 孙丽香, 等. 穴位埋线治疗神经根型颈椎病疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2015, 24(33): 3685-3687.
- [26] 尉迎丽, 晏圣松, 唐流刚, 等. 郑氏“颈四步”手法治疗神经根型颈椎病疗效研究[J]. 陕西中医, 2021, 42(12): 1779-1782.
- [27] 李艳. 穴位埋线联合加味桃红四物汤对神经根型颈椎病患者的影响[J]. 医学理论与实践, 2024, 37(12): 2045-2048.
- [28] 吕海霞, 张彦, 郝小英, 等. 穴位埋线疗法对重症医学科老年危重症患者疼痛应激反应的影响[J]. 检验医学与临床, 2022, 19(20): 2857-2859.
- [29] 尉迎丽, 晏圣松, 唐流刚, 等. 郑氏“颈四步”手法治疗神经根型颈椎病对患者 NPQ 评分、疼痛症状及臂丛神经影像参数的影响[J]. 颈腰痛杂志, 2025, 46(3): 454-459.
- [30] 周红, 程远东, 赵琛. 中医熏药结合颈四针加郑氏手法治疗神经根型颈椎病的临床观察[J]. 现代消化及介入诊疗, 2020, 24(S01): 304-305.
- [31] 邓越, 洪秋阳, 王桂玲, 等. 颈部七线法穴位埋线调衡神经根型颈椎病的临床研究[J]. 中国中医急症, 2024, 33(11): 1938-1942.
- [32] 曹晶蕾, 陆泳, 孟晓耘. 郑氏“颈四步”手法辅助微针刀治疗神经根型颈椎病[J]. 吉林中医药, 2024, 44(4): 486-490.
- [33] 潘胜莲, 郑士立, 周夏慧, 等. 针刺联合颈痛颗粒治疗神经根型颈椎病及对患者 IL-6、TNF- α 、IL-1 β 和血液流变学指标的影响[J]. 中国针灸, 2019, 39(12): 1274-1278.

(收稿日期: 2025-08-13)

修回日期: 2025-11-25)

(编辑: 陈晶 周晓凤)