

# 基于人迎寸口脉辨证理筋正骨手法联合经筋针刺治疗 急性期肩关节周围炎的临床研究

丁智杰<sup>1,2</sup> 田育魁<sup>1,2,3</sup> 贾伟伟<sup>1,2,3</sup> 李勇涛<sup>1,2</sup> 刘俊昌<sup>1,2,3△</sup>

**[摘要]** 目的:探讨基于人迎寸口脉辨证理筋正骨手法联合经筋针刺治疗急性期肩关节周围炎(PAS)的临床疗效。方法:选取 2020 年 8 月至 2023 年 8 月收治的 100 例急性期肩关节周围炎患者,分为两组。对照组(50 例)患者接受基于人迎寸口脉辨证理筋正骨手法治疗 1 周,观察组(50 例)患者接受基于人迎寸口脉辨证理筋正骨手法联合经筋针刺治疗 1 周。观察两组患者肩关节功能、肩关节活动度、疼痛程度、炎症因子和生活质量。结果:观察组患者治疗总有效率高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。两组患者治疗后 Constant-Murley 肩关节功能量表(CMS)评分,肩关节前屈、外展、后伸活动度,日常生活能力量表(ADL)评分,均较治疗前增高,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );数值评定量表(NRS)评分均较治疗前降低,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。观察组患者治疗后 CMS 评分,肩关节前屈、外展、后伸活动度,日常生活能力量表评分,均高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );数值评定量表评分低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论:基于人迎寸口脉辨证理筋正骨手法联合经筋针刺可改善急性期肩关节周围炎患者肩关节功能,减轻疼痛程度,抑制炎症反应,提高生活质量。

**[关键词]** 肩关节周围炎;理筋正骨手法;人迎寸口脉;经筋针刺;肩关节功能

**[中图分类号]** R684.3 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 1005-0205(2024)09-0047-05

**DOI:** 10.20085/j.cnki.issn1005-0205.240910

## Clinical Study on the Treatment of Patients with Acute Periarthritis of Shoulder Based on Renying Cunkou Pulse Dialectical Differentiation Tendon-Regulation and Bone Setting Manipulation Combined with Meridian Acupuncture

DING Zhijie<sup>1,2</sup> TIAN Yukui<sup>1,2,3</sup> JIA Weiwei<sup>1,2,3</sup> LI Yongtao<sup>1,2</sup> LIU Junchang<sup>1,2,3△</sup>

<sup>1</sup> Xinjiang Uygur Autonomous Region Institute of Traditional Chinese Medicine, Urumqi 830000, China;

<sup>2</sup> Fourth Affiliated Hospital of Xinjiang Medical University (Xinjiang Uygur Autonomous Region Hospital of Traditional Chinese Medicine), Urumqi 830000, China;

<sup>3</sup> Xinjiang Medical University, Urumqi 830000, China.

**Abstract Objective:** To investigate the clinical effect of tendon-regulation and bone setting manipulation combined with meridian acupuncture based on Renying Cunkou pulse dialectical differentiation on acute periarthritis of shoulder (PAS).

**Methods:** Select 100 acute phase PAS patients from August 2020 to August 2023 and divide them into two groups. The control group (50 cases) received tendon-regulation and bone setting manipulation based on Renying Cunkou pulse dialectical differentiation for 1 week, and the observation group

(50 cases) received tendon-regulation and bone setting manipulation based on Renying Cunkou pulse dialectical differentiation combined with meridian acupuncture for 1 week. Shoulder function, shoulder range of motion, pain, inflammatory factors and quality of life were observed. **Results:** The total effective rate of observation group was higher than that of control group ( $P < 0.05$ ). Constant-Murley shoulder (CMS) joint function scores, shoulder flexion, abduction and extension range of motion, activity of daily living (ADL)

基金项目:新疆维吾尔自治区天山创新团队项目  
(2022TSYCTD0008)

新疆维吾尔自治区重点研发计划项目  
(2021B03006-1)

<sup>1</sup> 新疆维吾尔自治区中医药研究院(乌鲁木齐,830000)

<sup>2</sup> 新疆医科大学第四附属医院(新疆维吾尔自治区中医医院)

<sup>3</sup> 新疆医科大学

△通信作者 E-mail:625854402@qq.com

scores, levels in both groups after treatment were increased compared with those before treatment ( $P < 0.05$ ). Numerical rating scale (NRS) scores were lower than those before treatment ( $P < 0.05$ ). After treatment, the CMS scores, shoulder flexion, abduction and posterior extension motion, ADL scores in observation group were higher than those in control group ( $P < 0.05$ ), NRS scores were lower than those in control group ( $P < 0.05$ ). **Conclusion:** The combination of tendon-regulation and bone setting manipulation and meridian acupuncture can effectively improve the shoulder joint function, reduce pain, inhibit inflammation and improve quality of life in patients with acute PAS.

**Keywords:** periarthritis of shoulder; tendons-regulation and bone setting manipulation; Renying Cunkou pulse; meridian acupuncture; shoulder joint function

肩关节周围炎(PAS)急性期往往出现明显疼痛和肩部活动受限,严重影响日常生活和工作<sup>[1-2]</sup>,西医治疗疗效不理想,且副作用大<sup>[3]</sup>。中医理筋正骨手法是推拿手法的一种,可打通经脉瘀滞之气,疏通经络,缓解局部疼痛和活动受限症状<sup>[4-5]</sup>。经筋针刺根据经筋循行针刺,松解局部组织粘连有效,改善关节功能<sup>[6]</sup>。基于人迎寸口脉法辨阴阳、手足之经以寻求阴阳盛衰及平衡状态,确定病因,实现更精确的疾病治疗<sup>[7]</sup>。本研究探讨基于人迎寸口脉理筋正骨手法联合经筋针刺治疗急性期肩关节周围炎的临床疗效,现报告如下。

## 1 研究对象和方法

### 1.1 研究对象

选择2020年8月至2023年8月本院收治的100例急性期肩关节周围炎患者,分为两组,各50例。本研究获得本院伦理委员会批准。

### 1.2 诊断标准

1)外伤或着凉病史;2)肩关节疼痛、压痛,活动受限<sup>[8]</sup>。

### 1.3 纳入标准

1)符合急性期肩关节周围炎的诊断标准<sup>[8]</sup>;2)单侧肩部疼痛,伴有或不伴有肩部活动受限;3)年龄为40~70岁。

### 1.4 排除标准

1)肩袖肌腱各层撕裂、骨折、脱位、神经损伤等疾病引起的肩痛;2)有外伤或肩部手术史;3)脊柱侧弯或急性颈椎病;4)肩部屈曲或外展角度小于 $90^\circ$ ;5)肥胖(体重指数 $>28\text{ kg/m}^2$ );6)活动性感染;7)肿瘤;8)神经系统疾病和认知功能改变;9)类风湿关节炎、严重骨质疏松症。

### 1.5 剔除标准

1)不遵守研究方案和研究要求;2)出现严重不良反应,不能顺利完成治疗;3)无法完成随访。

### 1.6 方法

**1.6.1 对照组** 人迎寸口脉诊断方法:以颈部的颈总动脉搏动和桡动脉搏动的强度进行对比诊断,由高年资中医副主任医师进行脉诊。通过人迎寸口脉法辨明所病之经脉,人迎一盛病在少阳,二盛病在太阳,三盛

病在阳明,四盛已上为格阳。寸口一盛病在厥阴,二盛病在少阴,三盛病在太阴,四盛已上为关阴。基于人迎寸口脉经筋针刺,通过患者人迎脉和寸口脉象相互对比,得出相对应的经络,然后再寻经络位置。针对经脉理筋:患者正坐,施术者立于患侧,先以揉、揉、拨及按法松解胸大肌、三角肌、斜方肌等肩周肌群,触及筋结和条索者以点拨手法松解。再沿手太阴、手太阳、手少阳、手阳明经筋松解远端肌肉,力度以患者感到酸胀为宜。对应表里的阴经施以掌揉法。正骨:施术者立于患肩后方,一手握住患者腕部,一手放于肩部,用力拉伸肩部并环转摇动6或7次。施术者立于患肩侧,双手握住腕部拔伸抖颤6或7次;屈曲患侧肘关节,施术者握住患侧腕部向上提拉6或7次,活动范围以不引起疼痛为度。整理:患者坐位,肩部自然下垂,施术者位于患侧,抖法和捋顺法放松肩部6或7次结束。每次治疗20 min,1次/d,连续治疗1周。

**1.6.2 观察组** 采用理筋正骨手法联合经筋针刺治疗。基于人迎寸口脉经筋针刺,通过患者人迎脉和寸口脉象相互对比,得出相对应的经络,然后再寻经络位置。于患侧肩部以按压、推移和搓循方法寻找经络循行路线上的压痛点,压痛点为患者出现疼痛或避让行为的筋结点,选择5~8个疼痛程度较强的筋结点进行针刺治疗。操作:患者俯卧,暴露施术部位并消毒,一次性使用无菌针灸针(苏州市吴中区东方针灸器械厂,华冠 $\Phi 0.25\text{ mm} \times 25\text{ mm}$ )斜刺或直刺至骨膜,得气后沿肌腱方向透刺,提插捻转平补平泻1~2 min,频率为90~100次/min,以不出现阵挛为宜,留针20 min。治疗1次/d,连续治疗1周。

### 1.7 主要观察指标

肩关节功能:治疗前后采用Constant-Murley肩关节功能量表(CMS)<sup>[9]</sup>评分评估肩关节功能,CMS评分包括与肩部病理相关的四个方面(疼痛、日常生活活动、活动范围和肌力)。疼痛和日常生活活动由患者主观评估,活动度和力量由测评者完成,总分为0~100分,分数越高说明肩关节功能越好。

### 1.8 次要观察指标

**1.8.1 疼痛程度** 治疗前后采用数值评定量表

(NRS)<sup>[10]</sup>评估休息、运动和夜间睡眠时的疼痛强度,0 为无痛,10 为最痛。

1.8.2 关节活动度 治疗前后由推拿科医师采用测角仪测量患侧肩关节前屈、外展、后伸的活动度,取 3 次测量的平均值。

1.8.3 生活质量 治疗前后采用日常生活能力量表(ADL)<sup>[11]</sup>评价患者生活质量,日常生活能力量表从躯体生活自理和日常生活能力方面进行评分,总分为0~56 分,得分越高生活质量也越高。

1.9 疗效评定标准

1)痊愈:临床症状消失,肩关节活动范围恢复正常。2)显效:临床症状明显减轻,肩关节活动范围明显增大。3)有效:临床症状基本缓解,肩关节活动范围有

所增加。4)无效:临床症状无改善或加重<sup>[12]</sup>。

1.10 统计学方法

采用 PASS 11.00 估算样本量,设定  $1-\beta=0.9,\alpha=0.05,P_1=91.0\%,P_2=62.0\%$ ,计算所需样本量为 87 例,脱落率为 15%,实际所需样本量为 100 例。采用 SPSS 25.00 进行统计分析,正态分布的连续变量计量资料表示为  $\bar{x}\pm s$  形式,采用  $t$  检验。分类变量计数资料以“例(%)”表示,采用卡方检验。检验水准  $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 基线资料

两组患者均完成治疗,无脱落病例,均进入结果分析。两组患者基线资料均衡性良好,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),见表 1。

表 1 两组患者基线资料比较( $n=50$ )

组别	年龄/岁 ( $\bar{x}\pm s$ )	性别		侧别		体重指数/( $\text{kg}\cdot\text{m}^{-2}$ ) ( $\bar{x}\pm s$ )	病程/月 ( $\bar{x}\pm s$ )
		男/例	女/例	左侧/例	右侧/例		
对照组	57.65±6.09	22	28	19(38.00%)	31(62.00%)	23.65±1.74	1.89±0.57
观察组	58.02±7.34	20	30	21(42.00%)	29(58.00%)	24.01±1.59	1.93±0.62
统计检验值	$t=0.274$	$\chi^2=0.164$		$\chi^2=0.167$		$t=1.080$	$t=0.336$
$P$	0.784	0.685		0.683		0.283	0.738

2.2 疗效比较

观察组患者治疗总有效率高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),见表 2。

2.3 肩关节功能 CMS 评分比较

两组患者治疗后 CMS 评分均较治疗前增高,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),观察组患者治疗后 CMS 评分

高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),见表 3。

2.4 疼痛程度 NRS 评分比较

两组患者治疗后休息、运动、夜间睡眠时 NRS 评分均较治疗前降低,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),观察组患者治疗后休息、运动、夜间睡眠时 NRS 评分低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),见表 4。

表 2 两组患者疗效比较( $n=50$ )

组别	痊愈/例	显效/例	有效/例	无效/例	总有效率/%
对照组	12(24.00%)	13(26.00%)	9(18.00%)	16(32.00%)	68.00
观察组	21(42.00%)	16(32.00%)	8(16.00%)	5(10.00%)	90.00
$\chi^2$					7.294
$P$					0.007

表 3 两组患者肩关节功能 CMS 评分比较( $n=50,\bar{x}\pm s$ )

组别	治疗前/分	治疗后/分	$t$	$P$
对照组	43.26±6.06	55.32±9.59	7.517	<0.001
观察组	43.58±7.65	64.65±10.74	11.298	<0.001
$t$	0.232	4.582		
$P$	0.817	<0.001		

表 4 两组患者疼痛程度 NRS 评分比较( $n=50,\bar{x}\pm s$ )

组别	时间	休息/分	运动/分	夜间睡眠/分
对照组	治疗前	3.96±1.32	5.02±1.68	3.11±0.76
	治疗后	2.01±0.45	3.02±0.98	1.25±0.32
	$t$	9.887	7.271	15.949
	$P$	<0.001	<0.001	<0.001
观察组	治疗前	4.02±1.39	5.03±1.85	3.13±0.78
	治疗后	1.32±0.39	2.41±0.45	0.95±0.26
	$t$	13.224	9.730	18.749
	$P$	<0.001	<0.001	<0.001

(续表 4)

组别	时间	休息/分	运动/分	夜间睡眠/分
两组比较	治疗前	$t=0.221, P=0.825$	$t=0.029, P=0.978$	$t=0.130, P=0.897$
	治疗后	$t=8.193, P<0.001$	$t=4.000, P<0.001$	$t=5.145, P<0.001$

2.5 关节活动度比较

两组患者治疗后肩关节前屈、外展、后伸活动度均较治疗前增大,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),观察组患者治疗后肩关节前屈、外展、后伸活动度大于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),见表 5。

表 5 两组患者关节活动度比较( $n=50, \bar{x} \pm s, ^\circ$ )

组别	时间	前屈	外展	后伸
对照组	治疗前	$42.75 \pm 6.39$	$65.69 \pm 7.85$	$13.54 \pm 2.35$
	治疗后	$102.32 \pm 7.98$	$108.21 \pm 10.45$	$32.05 \pm 6.74$
	$t$	41.203	23.004	18.337
	$P$	$<0.001$	$<0.001$	$<0.001$
观察组	治疗前	$42.96 \pm 6.43$	$65.93 \pm 8.03$	$13.65 \pm 2.41$
	治疗后	$123.05 \pm 10.49$	$136.25 \pm 9.49$	$38.15 \pm 8.42$
	$t$	46.028	39.998	19.781
	$P$	$<0.001$	$<0.001$	$<0.001$
两组比较	治疗前	$t=0.164, P=0.870$	$t=0.151, P=0.880$	$t=0.231, P=0.818$
	治疗后	$t=11.121, P<0.001$	$t=14.046, P<0.001$	$t=3.999, P<0.001$

表 6 两组患者生活质量评分比较( $n=50, \bar{x} \pm s, \text{分}$ )

组别	治疗前	治疗后	$t$	$P$
对照组	$53.45 \pm 8.35$	$63.32 \pm 12.62$	4.612	$<0.001$
观察组	$54.73 \pm 9.86$	$72.65 \pm 13.79$	7.475	$<0.001$
$t$	0.701	3.529		
$P$	0.485	$<0.001$		

3 讨论

目前西医治疗肩关节周围炎的方法较多,但有效性尚未得到证实,且副作用显著<sup>[13-14]</sup>。肩关节周围炎属于中医“痹证”“冻结肩”“肩凝证”等范畴,《黄帝内经·痹论》中记载“风寒湿三气杂至,合而为痹也”,指出关节疼痛、麻木、屈伸不利等症状统称为痹。肩关节周围炎发病病机为素体阳气虚弱,正气渐损,肝肾不足,气血虚弱,营卫失调,筋脉肌肉失去濡养,若外感风湿寒邪,导致机体气血凝滞,脉络不通,不通则痛,故而出现疼痛、关节屈伸不利等症,因此以活血通痹、舒筋活络治疗。

推拿是利用手或肢体的某一部位作用于患病部位,进行压、推、抓、攘、捏等手法操作,从而产生生物效应,改善相应的临床症状。本研究对照组采用理筋正骨手法治疗,笔者前期通过对前锯肌的治疗,发现使用以掌揉法为主的推拿手法能够松解前锯肌,可起到舒筋通络、活血化瘀和行气止痛的作用,有利于改善前锯肌紧张,促进局部组织气血循环,放松肌肉。推拿手法改善了前锯肌纤维紧张强度,从而进一步增强了肩胛的旋转力,能够使肩胛骨进一步上旋,肩胛骨上旋的动作能够使肩关节获得充分外展,使上臂进一步抬高,从而增加了肩关节活动度。然而随着临床经验的积累和认识,笔者发现前锯肌的治疗切合补阴经的方法。金

2.6 生活质量比较

两组患者治疗后日常生活能力量表评分均较治疗前增高,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),观察组患者治疗后日常生活能力量表评分高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),见表 6。

筱好等<sup>[15]</sup>研究显示推拿手法通过直接力学作用松弛肩关节周围肌肉,松解粘连、滑利关节,缓解疼痛,推拿不同手法产生感觉刺激,可调节神经-内分泌-免疫系统。Zhang 等<sup>[16]</sup>指出推拿还可增加免疫系统肥大细胞内  $\text{Ca}^{2+}$  的浓度,提高活性氧含量,降低丙二醛水平,抑制氧化应激反应,减轻骨骼肌细胞损伤。本研究对照组治疗后肩关节功能、关节活动度、生活质量较治疗前增高,疼痛程度较治疗前降低,说明理筋正骨手法可缓解疼痛程度,提高肩关节活动度和功能,在肩关节周围炎急性期治疗中具有较高的价值,提示临床对于急性期肩关节周围炎患者,可沿着经筋循行路线理筋,通过人迎寸口脉辨证发现肩周炎患者大多人迎脉强于寸口脉且燥者多,通常定位为手三阳经病,阳经实而阴经虚,因此在松解三阳经的过程中以轻手法揉补阴经,从而达到更好的效果,再实施局部正骨手法,恢复肩胛骨和肱骨解剖位置,松解组织粘连,扩大肩关节活动范围。

本研究观察组在理筋正骨手法基础上联合经筋针刺,肩关节功能恢复更好,肩关节活动范围更广泛,炎症反应和疼痛程度更轻,生活质量更高,说明理筋正骨手法联合经筋针刺较单独手法治疗临床疗效更显著。经筋是十二经脉之气结、聚、散、络于筋肉、关节的体

系,具有联络四肢百骸、主司关节运动的作用<sup>[17]</sup>。《灵枢注证发微》云“各经皆有筋,而筋又有病”,《灵枢经》也记载经筋的循行,起于四肢指爪之间,而后盛于辅骨,结于肘腕,系于关节,联于肌肉,上于颈项,终于头面。若经筋结构受创或慢性劳损,会出现挛缩、扭转、位移,积聚、粘连、瘢痕等改变,迫使筋路受阻、气血瘀滞,关节活动不利<sup>[18]</sup>。《内经·灵枢》里面既用到了人迎脉寸口脉相互对比,又用到了人迎脉寸口脉自比的办法来确定疾病。《素问·病能论》曰“人迎者,胃脉也”,《灵枢·本输》曰“次任脉侧之动脉,足阳明也,名曰人迎”。还有《灵枢·寒热病》云“颈侧之动脉,人迎。人迎,足阳明也,在婴筋之前”,明确指出人迎即颈部的颈总动脉搏动处;而寸口脉则见于《灵枢·经筋》曰“手太阴之筋,结于后,行寸口外侧”。《灵枢·经脉》曰“手太阴之脉,入寸口,上循鱼际”。《灵枢·本输》云“经渠,寸口也,动而不居”,明确提出寸口脉为桡动脉。通过《内经》中关于十二经络的叙述,可见水谷入胃化为精微,从中焦接手太阴肺经、手阳明大肠经、足阳明胃经、足太阴脾经、手少阴心经、手太阳小肠经、足太阳膀胱经、足少阴肾经、手厥阴心包经、手少阳三焦经、足少阳胆经、足厥阴肝经的顺序布散到十二经络,能量的盛衰按照经脉运行的顺序依次是:太阴-阳明系统,少阴-太阳系统,少阳-厥阴系统,逐渐减弱,故才会出现太阴阳明为三盛,少阴太阳为二盛,少阳厥阴为一盛的情况,再根据手经在上为阳,足经在下为阴,故脉躁者为手经之病,脉不躁者为足经之病,来判断疾病所处的经脉。

肩关节周围炎累及肩部相关经筋系统,可导致经筋功能异常,在肩周形成多处筋结点病灶,进而导致肩部疼痛、板滞等症状,需要“解结”治疗。任彬彬等<sup>[19]</sup>基于人迎寸口脉经筋针刺治疗慢性腰痛,通过针刺方式松解筋结病灶点,疏通经筋系统,促使经筋气血运行,缩小和消除病理筋结点,恢复经筋关联的肌肉和韧带功能,显著缓解疼痛症状。理筋正骨手法联合经筋针刺治疗急性期腰痛的优势在于病理筋结点是筋腱、肌肉附近的血管及神经卡压形成的结块和硬结,可能阻塞局部血液循环,诱导无菌性炎症反应<sup>[20]</sup>,通过针刺病理筋结点可缓解肌肉筋腱痉挛,解除血管受挤压现象,加快血流速度,改善局部微循环,降低炎症反应,抑制 P 物质与缓激肽的释放,进而减少经筋的病理性损害,缓解疼痛,改善关节功能<sup>[21]</sup>。理筋正骨手法联合经筋针刺治疗可增强舒筋活血通痹以及抗炎作用,达到协同增效的目的。

综上所述,在人迎寸口脉的辨证指导下可明确疾病所过的具体经脉,可用于判断疾病的轻重及预后,高效判断疾病的病位及病性,精准指导临床辨证

论治及针刺手法,更准确地治疗疾病,在明确辨证的基础上理筋正骨手法联合经筋针刺治疗急性期肩关节周围炎可显著缓解疼痛,改善肩关节功能和生活质量,临床具有较高的应用价值。本研究排除肥胖人群是因为肥胖者往往存在脂肪堆积情况,寻穴定位相对困难,针刺针感较差,影响疗效评估,因此,基于人迎寸口脉辨证理筋正骨手法联合经筋针刺,治疗肥胖患者肩关节周围炎的应用效果尚待针对性招募肥胖患者加以证实。

## 参考文献

- [1] WU Z, YU X, XIONG J, et al. Acupuncture and moxibustion therapy for scapulohumeral periarthritis: protocol for an overview of systematic reviews and meta-analysis[J]. Medicine (Baltimore), 2020, 99(35): e21567.
- [2] TANG L, CHEN K, MA Y, et al. Scapular stabilization exercise based on the type of scapular dyskinesis versus traditional rehabilitation training in the treatment of periarthritis of the shoulder: study protocol for a randomized controlled trial[J]. Trials, 2021, 22(1): 713.
- [3] KOTHARI S Y, SRIKUMAR V, SINGH N. Comparative efficacy of platelet rich plasma injection, corticosteroid injection and ultrasonic therapy in the treatment of periarthritis shoulder[J]. J Clin Diagn Res, 2017, 11(5): RC15-RC18.
- [4] AI J, DONG Y, TIAN Q, et al. Tuina for periarthritis of shoulder: a systematic review protocol[J]. Medicine (Baltimore), 2020, 99(11): e19332.
- [5] 杨勇, 陈文静, 郑伟, 等. 理筋正骨手法联合中药热敷治疗神经根型颈椎病临床观察[J]. 湖北中医药大学学报, 2020, 22(1): 98-101.
- [6] 张良志, 张任攀, 刘洪, 等. 多种经筋针刺疗法治疗膝骨关节炎网状 Meta 分析[J]. 辽宁中医药大学学报, 2021, 23(9): 83-88.
- [7] 郑志杰, 赖新生. 人迎寸口脉诊法的文献与临床研究探讨[J]. 中华中医药杂志, 2011, 26(5): 990-993.
- [8] 中华中医药学会. 肩关节周围炎(ZYYXH/T378-2012)[J]. 风湿病与关节炎, 2013, 2(2): 73-75.
- [9] ROY J S, MACDERMID J C, WOODHOUSE L J. A systematic review of the psychometric properties of the Constant-Murley score[J]. J Shoulder Elbow Surg, 2010, 19(1): 157-164.
- [10] CHAUNY J M, PAQUET J, LAVIGNE G, et al. Evaluating acute pain intensity relief: challenges when using an 11-point numerical rating scale[J]. Pain, 2016, 157(2): 355-360.
- [11] CIESLA J R, SHI L, STOSKOPF C H, et al. Reliability of Katz's activities of daily living scale when used in telephone interviews[J]. Eval Health Prof, 1993, 16(2): 190-203.

- [10] 吴振斌,叶丹丹,陈西玲,等.骨密度及骨代谢指标与骨质疏松性骨折相关性研究[J].中国医药指南,2022,20(6):29-32.
- [11] YAN Y,TAN B,FU F,et al. Exercise vs conventional treatment for treatment of primary osteoporosis: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials[J]. Orthop Surg,2021,13(5):1474-1487.
- [12] 秦天楠,艾元飘,汪学良,等. 中医外治法治疗痛风性关节炎进展[J]. 风湿病与关节炎,2017,6(8):72-75.
- [13] 周小建,余德金,严晶. 槲木根皮总皂苷的提取及其对淋巴瘤 Daudi 细胞增殖影响的研究[J]. 中医临床研究,2020,12(9):93-95.
- [14] 陈德旺,张敏,魏星星,等. 手法整复联合生龙接骨胶囊治疗桡骨远端 Colles 骨折患者的应用效果[J]. 微创医学,2022,17(6):744-747.
- [15] 严培军,刘铎,魏成建. 智能气囊夹板治疗不稳定型 Colles 骨折的单中心前瞻性临床研究[J]. 南京中医药大学学报,2023,39(1):10-15.
- [16] 董万涛,吕泽斌,宋敏. 三柱理论在 Colles 骨折手法复位、小夹板固定及早期康复功能锻炼中的指导作用[J]. 中国骨伤,2014,27(6):478-481.
- [17] 栗景阳,荣国威,贡小英. 30 例严重 Colles 骨折非手术治疗疗效分析[J]. 中华创伤杂志,2001,17(7):402-404.
- [18] 钱雪丰,曹平,刘拴,等. 仙灵骨葆辅助外科治疗老年妇女 Colles 骨折的愈合时间、钙磷含量及骨代谢的评估[J]. 海南医学院学报,2017,23(2):281-284.
- [19] 李镜,胡学清,李中才. 外固定治疗 Colles 骨折临床疗效评价[J]. 中国骨伤,2003,16(2):97-98.
- [20] 叶浩杰. 手法复位小夹板外固定治疗 Colles 骨折 98 例报道[J]. 中国医药科学,2011,1(18):191.
- [21] 方媛,蒋定尧,龚向阳,等. X 线分型对老年人 Colles 骨折治疗策略及预后的价值研究[J]. 临床放射学杂志,2016,35(10):1560-1565.
- [22] 罗晓,宋敏,宋志靖. Colles 骨折常见并发症及防治[J]. 中医正骨,2009,21(12):71-74.

(收稿日期:2023-10-05)

(上接第 51 页)

- [12] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社,1994:191.
- [13] 周可林,董硕,魏培栋,等. 基于倾向性评分的振腹推拿干预肩关节周围炎前瞻性队列研究[J]. 北京中医药,2021,40(6):633-636.
- [14] 陈柯村,施杞,邱文超,等. 手法治疗肩关节周围炎研究进展[J]. 西部中医药,2022,35(7):152-156.
- [15] 金筱妤,邓蓉蓉,黄勇,等. 中医正骨手法治疗肩关节周围炎的临床研究[J]. 华南国防医学杂志,2022,36(10):772-777.
- [16] ZHANG H,LIU H,LIN Q,et al. Effects of intermittent pressure imitating rolling manipulation on calcium ion homeostasis in human skeletal muscle cells[J]. BMC Complement Altern Med,2016,16(1):314.
- [17] 马强,王荃,曾永蕾. 早期经筋理论特点刍议[J]. 中国针灸,2022,42(5):569-572.
- [18] 张炎,顾非,林丹椿,等. 经筋病“筋结”理论及其临床应用探析[J]. 上海中医药杂志,2023,57(6):96-100.
- [19] 任彬彬,冯晓东,张超. 经筋辨证理论针刺治疗慢性腰痛镇痛效应的临床研究[J]. 中国康复医学杂志,2021,36(6):676-680.
- [20] 郑蒙,俞晓飞. 经筋理论对中风后痉挛性偏瘫的临床指导意义[J]. 上海中医药杂志,2021,55(1):40-41.
- [21] 唐志杰,王泽宇,刘天宇,等. 基于“动静筋结点”针刀治疗神经根型颈椎病机制探讨[J]. 中国中医急症,2021,30(11):1974-1977.

(收稿日期:2024-03-01)