

DOI: 10.12209/CAIM202510110001

· 中西医结合临床案例 ·

1 例棍针疗法联合四子散热熨治疗 神经根型颈椎病的个案护理

马 元, 马宏伟

(重庆市江北区中医院 骨伤科, 重庆, 400020)

摘要: 本案例介绍 1 例风寒湿痹型神经根型颈椎病患者采用棍针联合四子散热熨的个案护理全过程。针对患者证型, 先采用棍针沿十二经筋循行拨筋松解筋结, 通过刺激体表经筋调节神经反射、改善局部微循环, 再予四子散热熨散寒祛湿、温通止痛, 两种疗法协同作用, 可有效改善患者疼痛症状、改善颈椎活动度及提升生活质量。

关键词: 棍针疗法; 四子散热熨; 颈椎病; 个案护理; 中西医结合

A Case Report on the Combined Use of Stick Needle Therapy and Four-Seeds Herbal Fomentation in the Nursing Management of Cervical Spondylotic Radiculopathy

MA Yuan, MA Hongwei

(Department of Orthopedics and Traumatology, Jiangbei District Hospital of
Traditional Chinese Medicine, Chongqing, 400020)

ABSTRACT: This case report presents the comprehensive nursing management of a patient diagnosed with cervical spondylotic radiculopathy of the wind-cold-dampness obstruction type, treated with a combination of stick needle therapy and Four-Seeds herbal fomentation. Tailored to the patient's syndrome pattern, the intervention protocol first involved stick needle therapy applied along the twelve tendon meridians to release muscular adhesions and regulate neural reflexes by stimulating superficial tendons, thereby improving local microcirculation. Subsequently, Four-Seeds herbal fomentation was administered to dispel cold-dampness, warm the meridians, and alleviate pain. The synergistic application of these two therapies effectively ameliorated the patient's pain symptoms, enhanced cervical mobility, and improved overall quality of life.

KEY WORDS: stick needle therapy; Four-Seeds herbal fomentation; cervical spondylosis; case nursing; integrated traditional Chinese and Western medicine

1 病例介绍

1.1 基本信息

患者女, 52 岁, 教师, 2025 年 03 月 16 日因“反复颈肩痛伴双上肢麻木 3 年, 加重 1 月”入院。患者长期伏案工作, 近 1 月因备课劳累致症状加剧, 夜间痛醒, 门诊以“神经根型颈椎病”收入我科。入院症见: 颈肩部疼痛及双上肢麻木明显, 遇寒加重, 得热痛减, 饮食可, 夜寐较差, 二便可。患者既往有高血压病 20+ 年, 现规律服用厄贝沙坦氢氯

噻嗪片控制血压, 血压控制可; 诉对头孢西丁过敏, 否认食物过敏史。

1.2 体格检查

中医四诊: 患者神志清楚, 精神可, 面色微黄有泽, 形体适中, 言语清晰、呼吸平稳, 舌质淡胖、苔白厚、脉弦。专科查体: 颈椎生理弧度稍变直, C4-C7 椎体棘突压痛, 双侧椎旁肌紧张、压痛; 双侧臂丛神经牵拉试验(+), 双侧椎间孔挤压试验(+), 椎动脉扭转试验(-); 双手指感觉麻木, 双侧霍夫曼征(-); 颈椎活动度: 前屈约 65°, 后伸 40°, 侧屈约 30°, 旋转约 30°。

收稿日期: 2025-10-11

OPEN ACCESS

<https://case.jcme.net.cn>

左右旋转约 60°, 左右侧屈约 30°; 双手握力、双侧肱二头肌及肱三头肌肌力 V 级。

1.3 辅助检查

颈椎 CT: 颈椎退行性改变, 颈 4-7 椎体双侧椎间孔稍狭窄, 颈 3-4 椎间盘膨出, 颈 4-5、5-6、6-7 椎间盘后缘向后局灶性突出, 硬脊膜囊明显受压, 椎管前后径狭窄。胸部 DR 正位: 双肺野纹理增多。骨密度检查: T 值 -1.7, 骨含量减少。心电图: 窦性心律, 异常 Q 波。凝血检查: 活化部分凝血活酶时间 (APTT) 23.90 s, 纤维蛋白原 (FIB) 1.81 g/L。空腹血糖 6.98 mmol/L。血常规 + hs-CRP: 白细胞计数 (WBC) $18.60 \times 10^9/L$, 中性粒细胞绝对值 (Neu#) $12.10 \times 10^9/L$, 嗜酸性粒细胞绝对值 (EOS#) $0.00 \times 10^9/L$, 中性粒细胞百分率 (Neu%) 88.6%, 淋巴细胞百分率 (Lym%) 10.0%, 单核细胞百分率 (MON%) 1.4%, 嗜酸性粒细胞百分率 (EOS%) 0.0%, 血小板压积 (PCT) 0.293%。

1.4 诊断

中医诊断: 项痹 (风寒湿痹证); 西医诊断: 神经根型颈椎病 (颈椎间盘突出、颈椎椎管狭窄、颈椎退行性病变)。

1.5 诊疗经过

中医理疗予温经通络膏贴敷双侧颈部, 中药穴位贴敷 (双侧颈百劳、肩井、大杼、肾俞、大肠俞、小肠俞)、中医定向透药 (双侧颈部)、隔物灸 (双侧颈百劳、肩井、大杼、肾俞、大肠俞、小肠俞) 及颈椎电动牵引等, 以散寒除湿、补益肝肾、行气活络、舒筋止痛; 西医治疗予静脉输液, 氟比洛芬酯 50 mg 止痛, 1 次/d, 兰索拉唑 30 mg 护胃, 1 次/d, 参芎葡萄糖注射液 200 mL 活血通络, 1 次/d, 地塞米松 5 mg 抗炎止痛, 1 次/d; 口服甲钴胺片 0.5 mg 营养神经, 3 次/d, 盘龙七片 4 片舒筋通络, 3 次/d, 颈痛颗粒 1 袋温经通络、散寒止痛, 3 次/d; 外用骨痛灵酊祛风散寒、通络止痛。2025 年 03 月 16 日至 03 月 20 日, 患者颈部反复疼痛, 双上肢麻木症状仍存在, 活动时 VAS 疼痛评分为 5 分, 静息时为 3 分。2025 年 03 月 20 日至 03 月 28 日, 予棍针疗法松解颈肩部肌肉筋膜、改善微循环, 联合四子散热熨包外敷散寒祛湿、温通止痛, 1 次/3 d, 累计治疗 3 次。治疗后患者颈肩部疼痛及双上肢麻木症状明显好转, VAS 疼痛评分降至 2 分, 颈椎活动度改善至前屈 75°、后伸 45°, 于 2025 年 03 月 28 日好转出院。住院期间指导患者保持颈椎中立位, 避免长时间低头, 每日进行颈椎米字操锻炼, 预防病情复发。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 中医四诊

①望诊: 神志清楚, 面色微黄有泽, 体型适中, 自主卧位, 颈部活动受限; 皮肤黏膜无异常; 舌质淡胖、苔白厚, 脉弦紧; 无管路留置。②闻诊: 语言清晰, 语音如常, 呼吸平稳; 无咳嗽、咳痰, 无特殊气味, 无呃逆、暖气。③问诊: 饮食正常, 无口渴, 听力、视力正常; 夜寐差 (入睡困难, 易醒); 二便调; 无特殊嗜好, 无假牙。④切诊: 脉象弦紧, 脘腹平软无压痛。

2.1.2 疼痛程度评估

采用视觉模拟评分法 (VAS) 评估疼痛, 入院时评分 5 分, 属中度疼痛^[1]。

2.1.3 生活自理能力评估

采用 Barthel 指数 (BI) 评估日常生活能力, 评分为 85 分, 属轻度依赖, 生活部分自理, 需协助完成穿衣、洗漱等活动^[2]。

2.1.4 焦虑程度评估

患者因颈肩部、上肢麻木及睡眠不足出现紧张焦虑, 采用焦虑自评量表 (SAS) 评估, 标准分 52 分, 属轻度焦虑^[3]。

2.1.5 睡眠质量评估

采用匹兹堡睡眠质量指数 (PSQI) 量表评估睡眠质量, 总分 15 分, 属中度睡眠障碍^[4]。

2.2 护理诊断

疼痛: 与神经根受压及炎症反应导致神经传导障碍有关; 焦虑: 与病情反复发作、颈肩疼痛及肢体麻木影响日常生活有关; 感知觉紊乱: 与神经根受压及炎症反应导致上肢感觉异常有关; 睡眠形态紊乱: 与颈肩部疼痛持续刺激及双上肢麻木引发躯体不适有关。

2.3 护理目标

结合患者实际及护理评估结果, 制定如下可量化护理目标: 疼痛控制: VAS 疼痛评分降至 ≤ 3 分, 疼痛发作频率减少 $\geq 50\%$; 情绪改善: SAS 焦虑评分降至 < 50 分, 患者能主动倾诉感受并配合治疗; 感知觉恢复: 双上肢麻木范围缩小 $\geq 50\%$, 感觉灵敏度改善; 自理能力提升: Barthel 指数评分提高至 ≥ 90 分, 生活基本自理; 睡眠改善: PSQI 评分降至 ≤ 10 分, 夜间睡眠时间 ≥ 6 h。

2.4 护理措施

2.4.1 饮食护理

患者辨证为风寒湿痹证, 指导其进食祛寒除

湿、温经通络的温热性食物,如薏苡仁、木瓜、樱桃、羊肉、生姜等,推荐食疗方生姜羊肉汤(生姜 30 g、羊肉 200 g 炖煮)、薏米茯苓粥(薏苡仁 30 g、茯苓 15 g 熬粥)。避免生冷、寒凉食物(如西瓜、螃蟹、冰淇淋),忌辛辣、油腻之品,戒烟酒。

2.4.2 生活起居护理

颈肩部避寒保暖,佩戴纯棉颈围,避免吹空调或风扇直吹颈部;冬季外出时围围巾,防止风寒湿邪侵袭。避免久坐低头,每 30 min 起身活动颈肩(如做“米”字操),睡眠时选择高度适宜的枕头(8~10 cm),保持颈椎生理曲度,避免高枕或无枕。晨起缓慢活动颈肩后再起身,睡前用热毛巾热敷颈肩 10 min,或予中药热奄包外敷,放松肌肉、改善局部循环。

2.4.3 运动指导

遵循“温和通络、无疼痛/麻木加重”原则,分阶段进行康复训练。急性期(VAS 评分 ≥ 5 分):以颈部制动为主,可进行肩胛骨内收训练(双肩向后夹紧,保持 5 s 后放松,重复 10 次/组,3 组/d),缓解颈肩肌肉紧张。缓解期(VAS 评分 3~4 分):增加颈部后伸训练(缓慢抬头至最大角度,保持 5 s 后放松,重复 10 次/组,3 组/d),改善颈椎前屈代偿,减轻神经压迫。稳定期(VAS 评分 ≤ 2 分):加强颈部肌肉力量训练,如靠墙收下颌训练(背部靠墙,下颌微收,保持 10 s 后放松,重复 10 次/组)、温和侧屈训练(缓慢向左右侧屈颈部,保持 5 s 后放松,各重复 10 次/组)。禁忌动作:禁止剧烈甩头、颈椎绕环、长时间低头看手机或伏案工作,避免颈部过度负重。

2.4.4 心理护理

每日评估患者焦虑情绪,采用 SAS 量表动态监测,当评分 ≥ 50 分时,给予针对性心理疏导,如倾听患者主诉、讲解疾病康复案例,增强治疗信心。指导患者进行深呼吸放松训练(吸气 4 s、屏息 2 s、呼气 6 s,10 min/次,2 次/d),或播放角调音乐(如《草木青青》《绿叶迎春》)^[5],舒缓紧张情绪。鼓励家属多陪伴患者,与其聊天分散注意力,共同营造轻松的治疗环境。

2.4.5 中西医结合疼痛护理

2025 年 03 月 16 日至 03 月 20 日,予中西医结合镇痛治疗。中医特色理疗:温经通络膏贴敷双侧颈部、中药穴位贴敷(双侧颈百劳、肩井、大杼、肾俞、大肠俞、小肠俞)、中医定向透药(双侧颈部)、隔物灸(双侧颈百劳、肩井、大杼、肾俞、大肠

俞、小肠俞)、颈椎电动牵引,以散寒除湿、补益肝肾、行气活络、舒筋止痛。西医药物治疗:静脉输注氟比洛芬酯 50 mg 止痛,1 次/d,兰索拉唑 30 mg 护胃,1 次/d,参芎葡萄糖注射液 200 mL 活血通络,1 次/d,地塞米松 5 mg 抗炎止痛,1 次/d。治疗期间患者颈部疼痛反复,活动时 VAS 评分为 5 分,静息时为 3 分。护理人员加强情志护理,指导患者通过听音乐、看视频分散注意力,缓解疼痛感受。

2.4.6 中医特色护理技术

2.4.6.1 棍针疗法

在中医理论指导下,针对项痹(风寒湿痹证)患者予棍针拨筋疗法干预。操作路径:沿颈肩部十二经筋循行方向拨筋松解肌肉筋膜,重点处理筋结与紧张筋膜。从头半棘肌附着点开始,沿椎旁肌群向外侧拨动,松解肩胛提肌及斜方肌上部;沿颈椎后正中线旁开 1.5 寸(膀胱经第一侧线)、3 寸(第二侧线)走行,上达枕骨下缘(风池、玉枕穴附近),下连肩背(大杼、风门穴附近);从锁骨上窝向肩部外侧拨动,沿胸锁乳突肌后缘至肩井穴;从肩胛冈下缘沿上臂后侧至肘关节,延伸至前臂桡侧(手阳明大肠经)松解指伸肌群;从肩髃穴(肩峰后下方,三焦经)、天宗穴(肩胛冈下,小肠经)垂直肌纤维拨揉冈下肌、小圆肌,松解肩胛部。操作要点:护士手持棍针以一定的角度与力度在穴位上进行点按、刮擦、揉拨,以患者感到酸麻胀痛为宜^[6]。操作中每 5 min 询问患者感受及疼痛耐受度,注意颈肩部保暖,避免吹对流风。2025 年 03 月 20 日至 03 月 28 日,1 次/3 d,累计治疗 3 次。

2.4.6.2 四子散热熨包外敷

药物配方:莱菔子 60 g、白芥子 60 g、紫苏子 60 g、吴茱萸 30 g,混合后装入纯棉纱布袋(20 cm $\times$ 15 cm),封口后放入恒温箱加热至 50~60℃ 备用。操作方法:棍针疗法结束后,取四子散热熨包放置颈肩部,来回推熨或回旋运转,热敷时间 20 min,1 次/3 d,与棍针疗法同步进行。注意事项:治疗时每 5 min 观察患者皮肤颜色(避免烫伤),保持药袋温度(冷却后及时更换加热);如患者感到局部疼痛、红疹、瘙痒或水泡,立即停止操作,予碘伏消毒局部皮肤,必要时报告医师处理^[7]。热敷完毕后,擦净颈肩部皮肤,协助患者穿衣并取舒适体位,保暖避风。2025 年 03 月 20 日至 03 月 28 日,1 次/3 d,累计治疗 3 次。

2.5 护理评价

2025年03月20日至03月28日,患者接受颈肩部棍针拨筋疗法联合四子散热熨包外敷治疗,1次/3 d,累计治疗3次,操作规范,过程顺利,无局部烫伤、出血等不良反应发生。2025年03月28日进行出院疗效评估,患者神志清楚,面色红润,舌质淡红、苔薄白,脉弦缓;采用视觉模拟评分法(VAS)评估疼痛,评分为1分(轻度疼痛),颈肩部疼痛症状较治疗前明显减轻;双上肢麻木感显著缓解,感觉灵敏度恢复正常;匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)评分降至8分,夜间睡眠时间 ≥ 6 h,睡眠恢复安稳;焦虑自评量表(SAS)标准分降至45分,焦虑症状完全缓解;Barthel指数(BI)评分为100分,生活完全自理。患者符合好转标准,遂于当日办理出院。

3 出院指导

予患者生活指导,具体如下。姿势与生活习惯调整:保持正确坐姿,腰背挺直,双脚平放地面,电脑屏幕与视线平齐(避免低头或仰头);每40~60 min起身活动颈椎(做“米”字操或扩胸运动)。睡眠宜采取仰卧或侧卧位,避免俯卧;仰卧时枕头置于颈后,维持颈椎自然曲度;侧卧时枕头高度与肩同宽,防止颈部侧弯。枕头与床垫选择:枕头高度以8~15 cm为宜(仰卧时约一拳高,侧卧时与肩同宽),材质推荐荞麦皮或记忆棉,形状为波浪形或蝶形以支撑颈椎生理曲度^[8]。床垫选择软硬适中(以平躺时脊柱保持中立位为标准),避免过软导致脊柱代偿性变形。

颈部保护与活动管理:避免突然转头、提重物或颈部剧烈运动(如甩头、绕环);开车时系好安全带,避免急刹车或加速;减少长时间低头看手机、电脑(单次不超过30 min),必要时使用支架将屏幕调整至视线平齐高度。颈部保暖与环境调适:避免空调或风扇直吹颈部,冬季佩戴棉质围巾保暖,防止风寒湿邪侵袭诱发肌肉痉挛。优化工作环境:使用斜面工作台减少低头角度,调整座椅高度使视线与屏幕平齐,久坐时腰部垫靠垫维持腰椎生理曲度。

功能锻炼与康复训练:基础训练:每日进行颈部核心肌群训练(前屈后伸、左右侧屈、缓慢旋转),动作轻柔缓慢,5~10 min/次,以不引起疼痛为度;进阶训练:肩背肌群强化(小重量哑铃扩胸、耸肩后旋),10~15次/组,2组/d,增强颈肩稳定

性;全身运动:选择低强度运动如游泳(蛙泳为佳)、瑜伽(猫牛式、婴儿式),或传统养生功法(八段锦“双手托天理三焦”“左右开弓似射雕”、五禽戏“熊戏”),改善体态并减轻颈椎压力^[9]。

饮食与心理调适:多摄入富含钙(牛奶、豆制品)、维生素D(深海鱼、蛋黄)及胶原蛋白(猪蹄、银耳)的食物,控制盐分(每日 < 5 g)和辛辣刺激性食物。可辅助食疗方葛根猪脊骨汤(葛根30 g、猪脊骨500 g炖煮),以舒筋活络。保持乐观心态,通过深呼吸训练(2次/d,10 min/次)缓解焦虑,必要时寻求心理咨询师支持。

日常注意事项与应急处理:急性发作期局部冷敷(15~20 min/次,3次/d)消肿止痛;慢性期热敷(热水袋或中药热奄包)缓解肌肉痉挛。按医嘱定期复诊(出院后1个月、3个月),评估康复进展;若出现上肢麻木加重、头晕、恶心、行走不稳或肌力下降,须立即就医。

4 结果和随访

2025年03月20日至03月28日,患者接受颈肩部棍针拨筋疗法联合四子散热熨包外敷治疗,治疗后疗效评估显示颈肩部疼痛较前明显减轻,双上肢麻木症状显著缓解,生活完全自理,颈椎活动度恢复正常,治疗目标达成,于2025年03月28日好转出院。2025年4月4日、4月11日、4月18日(1次/周,共3次)进行电话随访,患者诉颈肩部疼痛、双上肢麻木症状未复发,生活自理能力保持BI评分100分,颈部活动正常,无局部皮肤红肿、疼痛、麻木加重等治疗相关不良反应,病情稳定。

5 讨论

神经根型颈椎病在临床中发病率较高,其发病与长期伏案、颈椎退行性改变、不良生活习惯等因素密切相关。项痹属传统医学“痹证”“筋病”及“骨痹”范畴,总病因为本虚标实:本为肝肾亏虚、气血不足,标为长期劳损、风寒湿邪侵袭颈部,循经络流注于肌肉、筋脉、关节,致寒邪凝滞颈肩、筋脉失养而发病,临床表现为颈部僵硬、困痛,伴肢体疼痛、麻木等症状^[10]。核心病机为肝肾亏虚为本,经筋拘急、气血瘀滞、风寒湿邪痹阻经络为标;“十二经筋主束骨而利关节”理论指出,经筋功能正常是维持颈椎活动与稳定的关键,经筋紧张或筋结形成会导致气血运行不畅,引发疼痛与功能障碍。现代医学认为,颈椎间盘退变突出、钩椎关

节骨赘形成或黄韧带肥厚可压迫神经根,引发炎症反应,导致疼痛与感觉异常。

在临床指南与标准方面,《神经根型颈椎病中医诊疗指南(2023版)》《临床护理实践指南(2023版)》为疾病诊疗与护理评估提供规范依据。当前临床治疗现状显示,单纯西医止痛、抗炎治疗虽能短期缓解症状,但易复发;单一中医疗法如针灸、牵引等,对复杂经筋问题改善效果有限。中西医结合护理模式通过中医特色技术与现代护理评估结合,实现“标本兼顾”,已成为该疾病治疗的新方向。

本病例创新性采用棍针疗法联合四子散热熨,形成“物理松解+药物温通”双重干预体系:棍针疗法沿十二经筋循行精准松解筋结,直接缓解经筋对神经根的机械性压迫,为颈椎恢复生理曲度创造条件;四子散热熨借助温热效应与药物(莱菔子、白芥子、紫苏子、吴茱萸)透皮作用,进一步散寒祛湿、减轻神经根炎症水肿,二者协同提升症状改善效果。但本病例为单一案例,患者为52岁女性教师,存在年龄、性别、职业特异性,其病情严重程度、身体基础状况(如既往高血压病史)等均具个体差异,治疗与护理效果可能不适用于其他年龄段、性别、职业或合并基础疾病的患者,推广至整体患者群体需谨慎。

本病例通过棍针疗法联合四子散热熨治疗风寒湿痹型神经根型颈椎病,结合精准化护理评估与多维度康复干预,有效缓解患者症状、提升生活质量。实践表明,中西医结合护理模式在该疾病治疗中具有显著优势,但需注意单一病例的局限性。临床护理中,应借鉴本病例的干预思路与操作细节,同时开展大样本、长期随访的随机对照试验,进一步验证方案有效性,为神经根型颈椎病患者提供更优质、规范的护理服务。

患者知情同意:病例报告公开得到患者或家属的知情同意。

利益冲突声明:作者声明本文无利益冲突。

参考文献

- [1] 张伟. 药物并推拿联合中药熏蒸治疗颈型颈椎病伴头痛头晕的疗效研究[D]. 合肥: 安徽中医药大学, 2020.
- [2] 游莎. 基于质量反馈理论的护理干预对静脉溶栓脑梗死患者神经功能恢复及 Barthel 指数的影响[J]. 医学信息, 2025, 38(3): 161-164.
- [3] 安雪峰, 周桂庆, 赵春阳. 针刺疗法联合四逆散加减在老年焦虑症合并肝郁脾虚型失眠中的应用效果[J]. 中国当代医药, 2024, 31(33): 108-112. AN X F, ZHOU G Q, ZHAO C Y. Application effect of acupuncture therapy combined with Modified Sini Powder in senile anxiety disorder combined with liver depression and spleen deficiency insomnia[J]. China Mod Med, 2024, 31(33): 108-112. (in Chinese)
- [4] 李敏兰, 杨春静, 潘冉. 滋水清心汤联合揸针及艾司唑仑对老年失眠患者睡眠质量及神经递质水平的影响[J]. 河南中医, 2025, 45(12): 1891-1895. LI M L, YANG C J, PAN R. The effect of water-replenishing and heart-clearing decoction combined with thumbtack needle therapy and estazolam on sleep quality and neurotransmitter levels in elderly patients with insomnia[J]. Henan Tradit Chin Med, 2025, 45(12): 1891-1895. (in Chinese)
- [5] 丁阅昇. 针刺联合角调音乐治疗慢性失眠临床观察[J]. 光明中医, 2025, 40(15): 3243-3246. DING Y Y. Clinical Observation on the Treatment of Chronic Insomnia with Acupuncture Combined with Chime Music [J]. Guangming J Chin Med, 2025, 40(15): 3243-3246. (in Chinese)
- [6] 廖苏苏, 许晶, 黄晖. 中医棍针疗法联合康复训练在腰椎间盘突出症患者中的应用效果[J]. 中国民康医学, 2024, 36(22): 65-67. LIAO S S, XU J, HUANG H. Application effects of traditional Chinese medicine stick needle therapy combined with rehabilitation training in patients with lumbar disc herniation [J]. Med J Chin People's Health, 2024, 36(22): 65-67. (in Chinese)
- [7] 杨亚平, 欧尽南. 四子散热奄包联合穴位敷贴对虚寒型神经根型颈椎病患者康复的影响[J]. 中国民间疗法, 2021, 29(12): 64-67. YANG Y P, OU J N. The influence of the combined use of four-son cooling bandage and acupoint application on the rehabilitation of patients with neurally-related cervical spondylosis of the deficient-cold type [J]. China's Naturopathy, 2021, 29(12): 64-67. (in Chinese)
- [8] 梁晶亮, 刘强. 一觉醒来, 脖子为何“落枕”? 预防与治疗全攻略[J]. 健康必读, 2024(17): 4-5.

LIANG J L, LIU Q. When you wake up, why does your neck "go stiff"? Comprehensive guide to prevention and treatment[J]. Health Page, 2024(17): 4-5. (in Chinese)

[9] 沈重庆. 推拿结合“托天桩”治疗颈型颈椎病的临床疗效观察[D]. 福州: 福建中医药大学, 2021.

[10] 阳扬. 红炉拨筋罐在风寒痹阻型项痹患者中的临床研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2024.

声明: 此案例经过本平台同行评议, 全文开放获取, 采用知识共享(CC BY 4.0)许可协议, 作者可在其他媒体再次发表。