引用：薛铭福，张智毅，洪如意，等 . 从经筋理论探讨刃针合谷刺法治疗胸廓出口综合征的诊疗思路[J]. 湖南中医杂志，2026，42（8）：118-122.

从经筋理论探讨刃针合谷刺法治疗胸廓出口综合征的诊疗思路

薛铭福，张智毅，洪如意，苏良喜，陈长贤，成彦斌，翁文水
（泉州市正骨医院，福建 泉州，362000）

［**摘要**］ 经筋系统是中医理论中描述运动与力学传导的关键组成部分，其“束骨而利机关”的功能与现代肌筋膜链理论相似，为胸廓出口综合征（thoracic outlet syndrome，TOS）这类软组织源性神经血管卡压性疾病的分析提供了“筋－经脉－气血”理论结构。基于经筋理论，TOS 的主要病机在于颈肩胸廓区域经筋因劳损、姿势不当或外邪侵袭等因素下形成“横络”（结筋病灶点），从而卡压走行于经筋中的经脉（神经血管束），导致气血运行障碍、肢体失养，即“不通则痛”“不荣则痛”。因此，治疗应遵循“筋骨失衡，以筋为先，解结为要”的原则，以“祛除痹阻，引和气血”为最终目的。本方案以胸廓出口区域相关的软组织为治疗重点，将经筋辨证指导下的三维触诊与现代医学特殊诱发试验相结合，精准辨识责任病灶；采用刃针合谷刺法，在“以痛为腧”的基础上，对前斜角肌、中斜角肌及胸小肌等关键区域内的核心结筋病灶点进行多方向、分层次的剥离与松解，解除机械性卡压、调控局部炎症，并重构生物应力，从而实现筋骨平衡、症状缓解的临床目标。

［**关键词**］ 经筋理论；胸廓出口综合征；结筋病灶点；横络；刃针；合谷刺；诊疗思路
［**中图分类号**］R274.917 ［**文献标识码**］A DOI：10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2026.08.021

胸廓出口综合征（thoracic outlet syndrome，TOS）是臂丛神经及锁骨下动静脉在前中斜角肌、第一肋骨、锁骨构成的解剖狭窄区被压迫而引发的一组临床症候群[1]。临床上根据其压迫组织不同，可分为神经源性、静脉源性及动脉源性，其中神经源性 TOS 最为常见[2]。神经源性 TOS 的主要临床表现为患侧颈肩部及上肢的疼痛、麻木、无力及感觉异常等，严重者可出现肌肉萎缩、手部肿胀或冰凉[1-3]。目前，现代医学对 TOS，尤其是神经源性 TOS 的诊断与治疗方案仍存在一定争议，虽然保守治疗（如物理治疗、药物治疗等）为神经源性 TOS 首选方案，但仍有部分患者疗效欠佳且容易复发[4-6]。中医学中虽无“TOS”病名，但其症状可归属于“痹证”“筋痹”范畴[7]。《灵枢·经筋》中系统描述了十二经筋的循行分布及致病特点，并提出了“燔针劫刺，以知为数，以痛为输”的治疗法则，在运动系统及解剖方向为颈肩腰腿痛的诊疗提供了理论依据。现代研究表明，中医学中经筋类似于现代解剖学中的肌肉、肌腱、韧带、筋膜等运动系统软组织，其“结”“聚”之处常是应力集中和易损点[8]。这为从经筋理论角度来解析 TOS 的“筋结”卡压机制和发展特色疗法提供了依据。本文融合经筋理论与现代解剖[9]，系统阐述了 TOS 的经筋病机，构建了一套以经筋辨证为理论基础、刃针合谷刺法解结为核心的诊疗思路，以期为临床提供一种更为精准、可重复操作且具有一定理论深度的中西医结合治疗方案。

基金项目：福建省泉州市医疗卫生领域指导性科技计划项目（2023N030S）
第一作者：薛铭福，男，主治医师，研究方向：骨伤科相关疾病的针灸推拿治疗
通信作者：苏良喜，男，副主任医师，泉州市正骨医院推拿一科（国家级重点中医专科）二级学科带头人，研究方向：骨伤科疾病的针灸推拿治疗

1 经筋理论视角下TOS的病理机制辨析

1.1 经筋归属与循行印证 从经筋理论辨证分析，TOS的症状符合经筋病的特征，其病位主要分布在手三阴经和手三阳经的经筋。《灵枢·经筋》明确提出，手太阴经筋“结于肩前髃”，并“下结胸里”；手厥阴经筋“结于肘内廉”，并“上臂阴，结腋下”；手少阴经筋“挟乳里，结于胸中”。此手三阴经的经筋“结”“聚”处在深部，对应现代解剖中的胸小肌间隙、肋锁间隙及锁骨下区域，当经筋拘急时可使胸廓出口前下方压力增高，导致局部压迫症状。而手三阳经筋均汇聚于肩、颈、缺盆(锁骨上窝)区域，其中手少阳经筋“上肩走颈”，其病“当所过者即支转筋”，与前、中斜角肌区域的症状密切相关[10]。《中国经筋学》提出经筋损伤后形成的“结筋病灶点”(或称“横络”)会“卡压伏行于分肉之间的经脉”，使“气血因卡压而不通”的观点[11]。这与TOS因软组织紧张、增生或粘连卡压臂丛神经及血管的现代病理吻合[12-13]。具体经筋辨证特点见表1。

表1 TOS经筋分型、解剖部位与体格检查对照表

经筋	麻木区域	经筋病位	诱发动作	诱发试验
手太阴经筋	拇指、桡侧前臂	前斜角肌、锁骨下区域、胸小肌起点附近	深呼吸、举手	斜角肌挤压试验、双臂上举应力试验
手厥阴经筋	中指、手掌正中	胸小肌、喙突下间隙、腋鞘区域	手臂下垂、负重	双臂上举应力试验、肋锁挤压试验
手少阴经筋	小指、手掌尺侧	臂丛下干(C8-T1神经根)受压区域，靠近第一肋与锁骨下肌	手臂下垂、负重	肩外展试验、肋锁挤压试验
手阳明经筋	食指、虎口	锁骨上窝外侧、斜角肌间隙前缘	外展上举	斜角肌挤压试验、锁骨上叩击试验
手少阳经筋	无名指、手背外侧	中斜角肌、肩胛提肌、锁骨后间隙	耸肩、转头	斜角肌挤压试验、双臂上举应力试验
手太阳经筋	小指、前臂尺背侧	中斜角肌后缘、肩胛提肌、颈胸交界处	后仰、负重	斜角肌挤压试验、锁骨上叩击试验

1.2 “筋结-骨错”互损的核心病机 TOS的病机为长期不良姿势(如头前倾、圆肩驼背)、劳损或急性损伤等使胸廓出口区域相关经筋(以手少阳、手太阴为主)气血运行不畅，导致气滞血瘀，从发病初期的“筋急”(肌肉紧张痉挛)逐渐发展为“筋结”(条索、硬结、粘连等“横络”形成)[14]。这一病理过程正是《中国经筋学》[11]中提到的“反复损伤而形成的瘢痕条索”卡压经脉的结果。这些“筋结”作为病理性的“横络”，直接卡压穿行其间的“经脉”(臂丛神经、锁骨下血管)，引起“不通则痛”(疼痛、麻木)与“不荣则痛”(无力、萎缩、发凉)的症状。另外，颈胸椎交界生物力线异常，导致颈椎(尤其是C7至T1)与第一胸肋关节的位移(“骨错缝”)，与经筋的痉挛(“筋出槽”)互为因果，形成“筋结-骨错”的恶性循环，加重出口狭窄[15-16]。

2 基于经筋理论的TOS诊断与病灶探查

2.1 诊断原则：经筋辨证与三维触诊 经筋辨证是诊断经筋疾病的主要方法。《中国经筋学》[11]提出，必须根据经筋的分布规律，“密切关注各条经筋的结、聚、离、合……等特殊循行、分布和易损点”进行辨析。 对于TOS，需在手三阴、手三阳经筋的循行区域内，结合现代解剖，定位责任肌肉群[17]。明确责任病灶的关键在于运用“三维触诊法”，即沿着受损经筋的循行区域，对其所涉及肌肉的起止点、肌腹及肌间隙进行立体、动态的触诊(钳捏式或平滑式)[18]，寻找出具有“痛、硬、结、紧”特征的结筋病灶点[19-20]。 同时按压该病灶点产生的酸胀麻木感常可沿经筋循行方向向上肢远端传导(即“气至病所”现象)，这是判定责任病灶点的重要指征[21-22]。

2.2 鉴别诊断与诱发试验结合 为进一步明确诊断并排除颈椎病、肩周炎等症状类似的疾病，需将经筋触诊与骨科特殊试验相结合。1)椎间孔挤压试验、臂丛神经牵拉试验等以鉴别神经根型颈椎病；2)肩关节主、被动活动可初步鉴别肩周炎。3)TOS相关诱发试验，临床上发现其单一试验假阳性率较高，因此需要联合应用以提高特异性，如斜角肌挤压试验评估斜角肌间隙；肩外展试验与双臂上举应力试验评估肋锁间隙及胸小肌间隙；肋锁挤压试验评估肋锁间隙[23-25]。当2种或以上的试验呈阳性时，诊断TOS的特异性显著增高[12,26]。

2.3 TOS常见靶向结筋病灶点 结合经筋循行区

域与现代解剖，TOS常见结筋病灶点主要分布如下：1）斜角肌。手三阳经筋及手太阴经筋循行部位；前斜角肌和中斜角肌的肌腹以及在第一肋骨上的附着点；去枕平卧位，头转向健侧，沿胸锁乳突肌后缘，自上而下通过拇指平滑式按压触诊前中斜角肌，于肌腹附近、附着点可触及紧绷肌带及硬结，横向及纵向按压后可向上肢放射，如“天鼎次”，这是神经源性TOS最常见的责任病灶[27-28]。2）胸小肌：胸小肌在喙突的附着点及肌腹，采用钳捏式联合平滑式触诊，可在胸小肌喙突附着点触及条索状硬结，伴有明显压痛，可向上肢放射；对应手太阴、手厥阴经筋“结于胸里”“结腋下”之“聚”，如“云门次”或“肩内陵次”[29]。胸小肌痉挛可压迫下方的臂丛神经与血管。3）锁骨下肌与第一肋区：锁骨下肌肌腹及第一肋软骨交界处，用食指指腹自锁骨下间隙内侧向外侧平滑式触诊，触及紧绷肌带时，行纵向、横向按压，患者有明显疼痛感，同时可向上肢放射，即可确定该位置为病灶点；该肌肉痉挛可造成肋锁间隙变窄，从而压迫神经血管束。4）肩胛提肌与上斜方肌：肩胛骨内上角（肩胛提肌上点）及锁骨外1/3上缘（斜方肌上点），其痉挛可间接影响颈肩生物力学，对应手太阳经筋“上绕肩胛”所过之处，如“肩外俞次”“肩井次”[10]。临床上这些病灶点通常不是孤立存在，大多因生物力学代偿形成以斜角肌或胸小肌为核心的原发点，并向上、下游继发多个病灶点[30]。

3 刃针合谷刺法解结技术操作

3.1 *刃针合谷刺法的理论依据与优势* 刃针疗法是《灵枢》“九针”中“锋针”“长针”理念与现代微创技术融合而成，平口刃状针头具备“针”的刺激与“刃”的松解功能，擅长治疗经筋病的“横络”结块[31-32]。《灵枢·官针》中曰：“合谷刺者，左右鸡足，针于分肉之间，以取肌痹。”此刺法重点在病变的“分肉之间”（肌肉层）进行多向透刺，以广泛松解肌肉痹阻。将刃针与合谷刺法相结合，优势在于：1）利用刃针的切割特点，能更有效地切割松解肌肉硬结，实现“筋结”的物理“解结”；2）通过合谷刺法的“一穴多向”操作，能扩大单点治疗范围，更全面地松解病灶立体范围内的挛缩组织，符合经筋病“横络”多向牵涉的特点；3）从针具的形态、功能上，刃针属于针刀的一种，但其针具外形及尺寸更加微小、临床操作更加精细化，因此产生的刺激强度及创伤也相对较小，针刀更适用于松解软组织粘连、瘢痕及关节周围组织松解，刃针更侧重局部筋结精准松解；4）毫针合谷刺法，激发经气，气至针下，疏泄分肉之间邪气，主要治疗肌痹，对针下组织松解力度较弱，故刃针合谷刺法对解除顽固的条索状筋结卡压效果更加直接和显著[33-34]。

3.2 *具体操作步骤（以松解“天鼎次”中斜角肌筋结点为例）* 1）定位与准备：患者术前应洗澡，清洁全身，取去枕仰卧位，头略转向健侧。术者于胸锁乳突肌锁骨头后缘，平环状软骨水平，触及紧张、压痛的中斜角肌肌腹，标记结筋病灶点（“天鼎次”）。2）刃针垂直松解：严格消毒后，术者双手穿戴无菌外科手套，左手食中指将胸锁乳突肌锁骨部和颈外静脉推向一侧，左手拇指指尖稍按压固定中斜角肌病灶点，避免针刺后肌肉收缩滑动，选用一次性无菌刃针，持针使刃口线沿着左拇指指甲边与中斜角肌肌纤维走向（大致为前上至后下）平行，快速破皮后，缓慢垂直（约90°）刺入，直达筋结硬块内，不宜穿透硬结背侧，深度10～15 mm（视患者胖瘦调整），再行纵向切割剥离，约3～5下，直至针下紧滞感、阻力感明显减轻，可伴有酸胀感向上肢放射，但操作过程中不宜过度追求这种放射感。该操作重在“破结”[31,35]。3）合谷刺多向透刺：将针退至皮下，不拔出，调整针身方向，紧贴左拇指指甲边分别向左上及右下约45°方向斜刺，深度同前，每刺入一个方向，均行小幅度纵向剥离，以松解不同肌束间的粘连。形成“一针三向”的鸡足状刺激[36-37]。4）出针与后续：完成操作后迅速出针，用无菌干棉球按压针眼1～2 min以防出血、血肿。术后指导患者行患侧上肢的外展、后伸运动及深呼吸训练，以帮助松解后的组织舒展[38]。结合病情及治疗后反应，通常每周治疗1次，以2～4次为1个疗程。

3.3 *刃针合谷刺法的适应证与禁忌证* TOS结筋

病灶点邻近臂丛神经、锁骨下动静脉，刃针操作存在血管神经损伤风险，因此临床上轻、中度神经源性 TOS 为最佳适应证，静脉源性及动脉源性 TOS 不作为首选治疗手段；禁忌证：严重心脑血管疾病、凝血功能障碍、局部皮肤感染、妊娠期患者及病灶点邻近有重要血管神经暴露者；同时急性期操作时应轻柔，避免暴力切割。

4 小结与展望

TOS 是骨科及康复科临床中常见但诊断较为复杂的周围神经卡压性疾病。其临床表现多样，常与颈椎病、肩周炎等疾病混淆，诊断主要综合病史、体格检查及激发试验，缺乏单一的“金标准”[1]。治疗方案上，现代医学有保守治疗（如物理治疗、药物、局部封闭）和手术治疗，但存在疗效不一、复发或创伤风险等问题[1]。中医将 TOS 归属于“痹证”“筋痹”范畴，认为其病机与经筋劳损、气血瘀滞、经络不通密切相关[23]。经筋理论作为中医经络学说的重要组成部分，强调“筋”的力学属性和“结筋病灶点”（即“横络”）在疼痛性疾病中的关键作用[6,8]。近年来，经筋理论指导下针刺、针刀、手法等疗法在治疗颈肩腰腿痛及神经卡压性疾病中有独特优势。本文通过探讨并构建一种基于经筋理论的 TOS 诊疗思路。该思路的核心在于：1）病机层面，明确将 TOS 的核心病理环节归结为“经筋劳损形成横络，卡压伏行经脉”，这既继承了中医学“不通则痛”的理论，又与现代医学认为斜角肌、胸小肌等软组织异常是主要压迫因素的观点（约占 70%）相契合[26]。2）诊断层面，提出“经筋辨证－三维触诊－诱发试验验证”的复合路径。即先通过经筋循行规律进行辨证，确定受累经筋（如手少阳、手太阴经筋）；再运用三维触诊，在斜角肌肌腹、胸小肌喙突附着点等关键区域寻找条索状硬结、压痛明显的“结筋病灶点”；并以斜角肌挤压试验、双臂上举应力试验等激发试验进行验证，实现对责任病灶的精准定位。3）治疗层面，提出“刃针合谷刺法”作为核心“解结”技术。该方法融合了刃针的“切割松解”之力与合谷刺的“多向透刺”之效。刃针能直接松解粘连挛缩的“横络”，快速解除机械性卡压；而合谷刺法则能更广泛地疏散局部气血瘀滞，改善微循环。

未来这一中西医结合的诊疗思路仍需更高级别的证据支持和更多的临床案例，今后将在医院支持下收集病例，合理开展随机对照试验，将刃针合谷刺法与常规物理治疗对比，以视觉模拟评分法（Visual Analogue Scale，VAS）评分、神经传导速度、肌骨超声下肌肉硬度等为主要评估指标；同时总结经验并制定诊疗方案同步推广，如制定《刃针合谷刺法治疗 TOS 操作规范》，开展基层医师操作培训，明确疗法的适应证、禁忌证与操作流程。

参考文献

[1] 陈德松. 胸廓出口综合征[M]. 上海：上海科学技术出版社，2007.
[2] MacKinnon S E, Novak C B. Thoracic outlet syndrome[J]. Curr Probl Surg, 2002, 39(11): 1070-1145.
[3] 陈德松. 周围神经卡压：颈肩腰腿痛、手麻、肌肉萎缩的常见疾病[M]. 上海：上海科学技术出版社，2012：16-19.
[4] 白晨平，王坤正，党晓谦. 胸廓出口综合征的诊疗体会[J]. 中国骨与关节损伤杂志，2015，30(5)：541-542.
[5] 刘春洁. 神经型胸廓出口综合征保守治疗的研究进展[J]. 中国康复医学杂志，2024，39(3)：410-415.
[6] David G, Simons M D. 肌筋膜疼痛与功能障碍：激痛点手册[M]. 赵冲，译. 北京：人民军医出版社，2014.
[7] 周仲瑛. 中医内科学[M]. 2版. 北京：中国中医药出版社，2007：465-466.
[8] 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.
[9] 易秉瑛. 针刀医学应用解剖[M]. 2版. 北京：人民卫生出版社，2024：71-73.
[10] 薛立功，张海荣. 经筋理论与临床疼痛诊疗学[M]. 北京：中国中医药出版社，2002：300-301.
[11] 薛立功. 中国经筋学[M]. 北京：中医古籍出版社，2009：57-58.
[12] 陈德松. 关于TOS的病因和诊治[J]. 中华手外科杂志，2005，21(6)：321-322.
[13] 郭旭程，曾祥勇，沙轲，等. 下干型胸廓出口综合征卡压部位与临床症状的相关性研究[J]. 中华手外科杂志，2024，40(6)：485-490.
[14] 韩芳. 针灸治疗痹证的宋金元文献研究[D]. 太原：山西中医学院，2014.
[15] 钟士元. 人体经筋病治疗与扳机点图解[M]. 广州：广东科技出版社，2013：173.

[16] 李波. 超声诊断及引导注射治疗神经型胸廓出口综合征一例[J]. 中国医学影像技术, 2022, 38(3): 472.
[17] 田强. 脊柱推拿手法治疗胸廓出口综合征临床研究[J]. 中国骨伤, 2015, 28(7): 612-616.
[18] 姜允圭. 图解肌筋膜激痛点治疗[M]. 王策宇, 译. 台北: 合记图书出版社, 2012: 22-23.
[19] 魏凌云, 沙轲, 赵劲民, 等. 神经型胸廓出口综合征的诊疗进展[J]. 中华手外科杂志, 2023, 39(1): 92-96.
[20] 苏美(Somayeh Ghiasi). 针灸与针刀治疗胸廓出口综合征的对比研究[D]. 北京: 北京中医药大学, 2019.
[21] 曹星, 陆丽娜. 推拿手法治疗胸廓出口综合征52例[J]. 实用中医药杂志, 2016, 32(11): 1125-1126.
[22] 曲宇豪, 朱俊, 胡祖愉. 浮针疗法治疗神经型胸廓出口综合征疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2023, 42(7): 721-724.
[23] 孙淼. "探穴搓针法" 治疗胸廓出口综合征(TOS)的临床疗效观察[D]. 长春: 长春中医药大学, 2020.
[24] 黄欣. 基于 "经筋理论" 探究合谷刺对神经根型颈椎病的临床疗效观察[J]. 针灸临床杂志, 2024, 40(5): 45-49.
[25] 张展, 崔树森. 以大鱼际肌萎缩为主要症状的神经型胸廓出口综合征一例[J]. 中华手外科杂志, 2025, 41(3): 封3.
[26] 徐定涛. 拨筋通络点穴法治疗胸廓出口综合征的临床疗效观察[D]. 成都: 成都中医药大学, 2022.
[27] 况莎莎, 付玉娟, 张治国. 脏腑推拿联合针灸治疗神经型胸廓出口综合征验案举隅[J]. 四川中医, 2019, 37(11): 156-158.
[28] 万刚平, 刘福水, 周凡, 等. 针刀联合筋膜牵拉技术治疗胸廓出口综合征的临床观察[J]. 辽宁中医杂志, 2024, 51(6): 167-170.
[29] 李智, 王海东, 李建霞. 水针刀治疗前斜角肌综合征的效果观察[J]. 中国针灸, 2018, 38(11): 1195-1198.
[30] Simons D G. Diagnostic criteria of myofascial pain caused by trigger points[J]. J Musculoskelet Pain, 1999, 7(1/2): 111-120.
[31] 吴绪平. 针刀医学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2014: 45.
[32] 文宇鹏. 环跳穴合谷刺治疗梨状肌综合征的临床疗效观察[D]. 哈尔滨: 黑龙江中医药大学, 2025.
[33] 邓越. 颈神经不同支配区合谷刺治疗神经根型颈椎病(气滞血瘀证)的临床研究[D]. 成都: 成都中医药大学, 2023.
[34] 聂晓甜. 合谷刺法治疗风寒痹阻型神经根型颈椎病的临床观察[D]. 张家口: 河北北方学院, 2025.
[35] 田芳. 合谷刺法治疗颈源性头痛的临床研究[D]. 长春: 长春中医药大学, 2023.
[36] 管蔚娜. 合谷刺激痛点治疗颈型颈椎病的临床疗效观察[D]. 哈尔滨: 黑龙江中医药大学, 2025.
[37] 杨迎春. 经筋合谷刺法治疗颈肩肌筋膜炎的疗效观察[D]. 唐山: 华北理工大学, 2022.
[38] 方云添, 林志诚, 李俐. 合谷刺松解筋结点结合常规针刺治疗膝骨关节炎30例[J]. 中国针灸, 2024, 44(10): 1169-1170.

(收稿日期: 2026-01-27)
[编辑: 韩晗]